

FECHA: 09 DE ABRIL 2026				OFERENTE No 1		OFERENTE No 2		OFERENTE No 3	
Item	Código Interno HDMCR (si aplica)	Cantidad	Descripción del Bien o Servicio	Presentación (Unidad de empaque)	Precio Unitario antes de IVA	Valor Total	Precio Unitario antes de IVA	Valor Total	Valor Total
1		3	Servicio de vigilancia y seguridad privada 24 horas durante todo el mes. Medio de comunicación	UNIDAD	\$ 8,553,171.00	\$ 25,659,513.00	\$ 9,392,285.00	28,176,855	\$ -
2		2	Servicio de vigilancia y seguridad privada 12 horas diurnos durante todo el mes. Medio de comunicación	UNIDAD	\$ 3,757,342.00	\$ 7,514,684.00	\$ 4,255,360.00	8,510,720	\$ -
3		1	Servicio de vigilancia y seguridad privada 12 horas nocturno durante todo el mes. Medio de comunicación	UNIDAD	\$ 4,795,829.00	\$ 4,795,829.00	\$ 5,136,925.00	5,136,925	\$ -
					SUB-TOTAL	\$37,970,026	SUB-TOTAL	\$41,824,500	\$0
					AIU 8%	\$ 3,037,602.08	AIU 8%	\$ 4,182,450	\$ 0.00
					IVA 19%	\$ 577,144.40	IVA 19%	\$ 794,665.50	\$ 0.00
					TOTAL	\$ 41,584,772	TOTAL	\$ 42,619,166	\$ 0.00

OBSERVACIONES: Tras revisar dos cotizaciones, se destaca el costo individual por cada descripción del servicio de vigilancia en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E. El costo de quince días promedio estimado es de \$42,101,969 (Cuarenta y dos millones ciento un mil novecientos sesenta y nueve pesos M/cte). Se establece que para el periodo actual se necesitará un total de \$41,584,772.00 (Cuarenta y un millones quinientos ochenta y cuatro mil setecientos setenta y dos pesos M/cte). Este servicio es esencial para proteger a pacientes, funcionarios, visitantes y bienes. Se sugiere que el proceso tenga una duración de Quince (15) días, iniciando desde la firma del acta inicial hasta el 30 de abril de 2026, asegurando así una cobertura continua y adecuada.

Nombre del Oferente No. 1: G911 GUARD SECURITY GROUP

Nombre del Oferente No. 2: PROTECCIÓN INTEGRAL 24/7

Nombre del Oferente No. 3:

No. PROVEEDOR APROBADO: _____

REQUIERE CONTRATO: SI ____ NO ____

AUTORIZA TRAMITAR DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: SI ____ NO ____

FORMA DE PAGO: CRÉDITO: _____ CONTADO: _____

ELABORADO POR: 

FIRMA PROFESIONAL UNIVERSITARIO / AGREMIADO

YEFERZON MEJIA RIZO

NOMBRE PROFESIONAL UNIVERSITARIO / AGREMIADO

REVISADO POR:  SUBDIRECTOR

APROBADO POR:  GERENTE

Vo. Bo. PRESUPUESTO: _____