**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**
**DIRECCION FINANCIERA**

**ESTUDIOS PREVIOS PROCESO**
**IC-034-2026**
**ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, MOBILIARIO Y DEMÁS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA DOTACIÓN DEL CENTRO DE SALUD 29 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No.805 DE 2019 SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD.**

**Tiempo: 04 meses**

**2. OBJETO:"Adquisición de equipos biomédicos, mobiliario y demás elementos necesarios para la dotación del Centro de Salud 29 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, en cumplimiento a lo establecido en el Convenio Interadministrativo No.805 de 2019 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de Salud."**

| No. | CONCEPTO | HOSPITECNICA S.A.S. | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | RESULTADO | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA |
| 1 | **INDICE DE LIQUIDEZ**<br>**ACTIVO CORRIENTE / PASIVO CORRIENTE**<br>**CUMPLE SI ES MAYOR O IGUAL A 1,3** | 8.433.029.374 / 2.388.300.480 = **3,5** | X | | |
| 2 | **NIVEL DE ENDEUDAMIENTO**<br>**PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL *100**<br>**CUMPLE SI ES MENOR O IGUAL A 70%** | 3.682.423.021 / 11.407.590.718 = **32%** | X | | |
| 3 | **RAZÓN DE COBERTURA**<br>**UTILIDAD OPERATIVA/GASTOS POR INTERESES**<br>**CUMPLE SI ES MAYOR O IGUAL A 1,2** | 945.042.370 / 255.264.085 = **3,7** | X | | |
| 4 | **CAPITAL DE TRABAJO**<br>**ACTIVO CORRIENTE MENOS PASIVO CORRIENTE**<br>**SUMA CAPITALES DE CONSORCIADOS**<br>**CUMPLE SI ES MAYOR O IGUAL A 50% DE LA OFERTA TOTAL CARTA DE PRESENTACIÓN**<br>**OFERTA TOTAL PRESENTADA C.P $ 23.014.600**<br>**50% DE LA OFERTA TOTAL $ 11.507.300,00** | 8.433.029.374 - 2.388.300.480 = 6.044.728.894<br>6.044.728.894 / 11.507.300 = **26265%** | X | | |
| | **CONCEPTO FINANCIERO: CUMPLE** | | | | |

Marzo 02, 03, 04 de 2026

**OSCAR FERNANDO GARCIA MORENO**
Líder Contabilidad

**ANA LUCÍA QUINTERO MOJICA**
Directora Financiera

| | Cargo Funcionario / Contratista | Nombre | Firma |
|---|---|---|---|
| Tramitado y proyectado por: | Profesional Universitario II Contabilidad | Adriana Sánchez | |
| Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para firma. | | | |