	Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E	Código: FT-JURI-027
		Vigencia: Marzo 2024
	ESTUDIO DE MERCADO/ MATRIZ COMPARATIVA DE PRECIOS	Versión: 05

FECHA: **miércoles, 21 de octubre de 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	Iva	Valor Total	Precio Unitario antes de IVA	Iva	Valor Total	Precio Unitario antes de IVA	Iva	Valor Total	PRECIO PROMEDIO MERCADO
1		1	licencia Micorsoft Power BI Pro se requiere para fortalecer las capacidades institucionales de analisis de datos, generacion de informes i seguimiento de indicadores estrategicos, administrativos y operativos del Hospital mario correa Rengifo E.S.E.	UNIDAD	$1.035.000,00	$0,00	**$1.035.000,00**	$1.190.000,00	$0,00	**$1.190.000,00**				$ 1.112.500
1					$ -	-	1.035.000		-	1.190.000	SUB-TOTAL	0	$0,00	1.112.500
					$ -		$0,00	$ -		$0,00	IVA 19%		$0,00	$0
					$ -		$1.035.000,00	$ -		$1.190.000,00	TOTAL		$0,00	$1.112.500

OBSERVACIONES: Se requiere la adquisición de una (1) licencia de Microsoft Power BI Pro en presentación de unidad, destinada a fortalecer las capacidades institucionales de análisis de datos, generación de informes y seguimiento de indicadores estratégicos, administrativos y operativos del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E. Con base en las cotizaciones presentadas por los dos oferentes evaluados (MES DE OCCIDENTE e INDUSCOMERCIALES DEL VALLE SERVICIOS Y SUMINISTROS), En consecuencia, se sugiere solicitar al ordenador del gasto la expedición del correspondiente Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) por la suma UN MILLON TREINTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($1.035.000) siendo este el menor valor.

Nombre del Oferente No. 1:MES DE OCCIDENTE
Nombre del Oferente No. 2: INDUSCOMERCIALES DEL VALLE SERVICIOS Y SUMINISTROS
Nombre del Oferente No. 3: N/A

No. PROVEEDOR APROBADO: _____

REQUIERE CONTRATO: SI _X__ NO_____

AUTORIZA TRAMITAR DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: SI:_X___ NO:_____

FORMA DE PAGO: CRÉDITO:__X___ CONTADO:____

ELABORADO POR:

FIRMA PROFESIONAL UNIVERSITARIO

OSCAR EDUARDO PARRA GONZALEZ
NOMBRE PROFESIONAL ESPECIALIZADO

REVISADO POR:

SUBDIRECTOR

APROBADO POR:

GERENTE

Vo. Bo. PRESUPUESTO:_____