



## EVALUACIÓN FINANCIERA INVITACION A COTIZAR No. 090 DE 2017

EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - INVITA A PRESENTAR PROPUESTAS PARA CONTRATAR EL SERVICIO DE AMBULANCIAS PARA EL TRASLADO DE PACIENTES DEL INSTITUTO, ACORDE A ESTA INVITACIÓN, SUS ANEXOS Y EL CONTRATO QUE SE CELEBRE PARA EL EFECTO.

Una vez realizada la **EVALUACIÓN FINANCIERA** de la propuesta presentada, de acuerdo a lo señalado en los términos de condiciones, adendas y anexos, para la Invitación a Cotizar No.090 de 2017, **SE HABILITA FINANCIERAMENTE** al proponente.

### LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S

No tiene puntaje, habilita o deshabilita y será publicada en la página web del Instituto. Se le podrán presentar observaciones a la evaluación financiera, en caso de requerir subsanar algún criterio de los que sean subsanables o presentar observaciones a la evaluación, deben aportar lo correspondiente, teniendo como fecha máxima, la del día siguiente de la publicación de la evaluación, hasta las 16:00 horas o cuatro de la tarde (4:00 pm). Deben dirigirlas al correo [invitaciones@cancer.gov.co](mailto:invitaciones@cancer.gov.co) y si se requiere radicar un documento original se debe realizar la radicación en el área de correspondencia del Instituto dirigido al Grupo de Compras. En caso de que lleguen extemporáneamente, no se tendrán en cuenta, se entenderán como no presentadas. En ningún caso podrá hacerse mejora de la oferta (Numeral 9 de los Términos de Referencia).

Se firma en Bogotá D.C., a los Treinta (30) días del mes de Mayo de 2017.

ANA NANCY CAMELO VANEGAS  
Coordinador Grupo Contabilidad

GCC/ANCV/Estefanny Herrera/ Cont 058

**EVALUACION FINANCIERA  
INVITACION A COTIZAR N° 090-2017**

EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - INVITA A PRESENTAR PROPUESTAS PARA CONTRATAR EL SERVICIO DE AMBULANCIAS PARA EL TRASLADO DE PACIENTES DEL INSTITUTO, ACORDE A ESTA INVITACIÓN, SUS ANEXOS Y EL CONTRATO QUE SE CELEBRE PARA EL EFECTO.

| DOCUMENTOS SOLICITADOS                                                                                                                                                                                                                                                                          | LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----|----|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                              | NO | NA |
| COPIA REGISTRO UNICO DE PROponentES (RUP)                                                                                                                                                                                                                                                       |                                 |    |    |
| ESTADOS FINANCIEROS FIRMADOS POR EL REPRESENTANTE LEGAL Y CONTADOR                                                                                                                                                                                                                              | X                               |    |    |
| NOTAS A LOS ESTADOS FINANCIEROS                                                                                                                                                                                                                                                                 | X                               |    |    |
| DICTAMEN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS POR EL REVISOR FISCAL                                                                                                                                                                                                                                       |                                 | X  |    |
| FOTOCOPIA CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL                                                                                                                                                                                                                                                        | X                               |    |    |
| FOTOCOPIA DE TARJETA PROFESIONAL DEL CONTADOR                                                                                                                                                                                                                                                   | X                               |    |    |
| FOTOCOPIA DE TARJETA PROFESIONAL DEL REVISOR FISCAL                                                                                                                                                                                                                                             | X                               |    |    |
| CUMPLE CON EL INDICADOR DE CAPITAL DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                   | X                               |    |    |
| CUMPLE CON EL INDICADOR INDICADOR DE RAZON CORRIENTE                                                                                                                                                                                                                                            | X                               |    |    |
| CUMPLE CON EL INDICADOR DE NIVEL DE ENDEUDAMIENTO                                                                                                                                                                                                                                               | X                               |    |    |
| <br><b>ANA NANCY CAMELO VANEGAS</b><br>Coordinadora de Contabilidad                                                                                                                                         |                                 |    |    |
| <b>OBSERVACIONES:</b> Se solicita al Oferente LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS, allegar el dictamen de los estados financieros firmados por el revisor fiscal, ya que al presentado le falta este requisito. Favor dirigirlo al Grupo de Compras para que se anexe a la carpeta de la propuesta. |                                 |    |    |
| Fecha de Expedición: 30 de Mayo de 2017                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 |    |    |