VERIFICACIÓN JURÍDICA

Objeto: ADQUISICIÓN DE LA TARJETA DE KILOVOLTIOS, PARA EQUIPO DE RAYOS X (TXR 325 D) de LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. CON SU RESPECTIVA INSTALACIÓN

CD-OC-081-2021

Bogotá, D.C., Junio de 2021

CRITERIO A VERIFICAR	PROPONENTE ÚNICO
	ACCESORIOS & EQUIPO BIOMÉDICO SAS
	NIT. 900455887-3
CONDICIONES	CONDICIÓN SI/NO
Carta de presentación de la propuesta, de acuerdo al modelo suministrado por la Prestadora de Servicios de Salud (formato anexo en el proceso), firmada por el proponente, indicando su nombre y número de identidad; esta carta debe ser diligenciada en la totalidad de los ítems requeridos, de forma clara y legible.	SI
Certificado de Existencia y Representación Legal, expedido con vigencia no mayor a treinta (30) días, por la Cámara de Comercio, de dicho documento se desprende que las facultades del Representante Legal, están restringidas, el oferente deberá anexar la autorización correspondiente, expedida por el órgano competente. En todo caso, las personas jurídicas dentro de su razón social deberán estar facultadas, legalmente para contratar el objeto del presente proceso. Tener una duración no inferior a la del plazo del contrato resultante de este proceso y un (1) año más. La actividad económica principal debe estar debidamente inscrita en el RUT	SI
Carta firmada por el Representante Legal, en la cual certifique que cuenta con un Establecimiento de Comercio está ubicado, matriculado y registrado en la Cámara de Comercio de la ciudad de Bogotá D.C, perímetro Urbano y zonas aledañas (Documento que será verificado por el evaluador, por los medios tecnológicos disponibles y vigentes).	SI
Carta firmada por el Representante Legal, en la cual certifique que el Establecimiento de Comercio actualmente se encuentra vigente, activo y brindando servicio con una antigüedad no inferior a un (1) año, contado a partir de la fecha de presentación de la propuesta. (Documento que será verificado por el evaluador, por los medios tecnológicos disponibles y vigentes).	SI
Registro Único Tributario (RUT).	SI
Registro de Información Tributaria RIT (cuando aplique) (Articulo 16 y 17 de Acuerdo 469 de 2011 Concejo de Bogotá D.C.).	SI
Registro Único de Proponentes (RUP) (Aplica para contratos superior a 121 SMMLV).	N/A
Certificación de Paz y Salvo Aportes Parafiscales firmada por el Representante Legal y/o el Revisor fiscal. (Art.50 de la ley 789 de 2002).	SI
Certificado de Responsabilidades Fiscales emitido por la Contraloría General de la República, del Representante Legal y de la empresa Cra 10 No. 17-82 Tel. 2816300 (Ley 734/2002, Parágrafo 1 No. 4 Art 38.) (Vigente). Documento verificable por la entidad.	SI
Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación para el representante legal y la empresa. (Vigente) Documento verificable por la entidad.	SI
Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería Distrital para el Representante Legal (Vigente). Documento verificable por la entidad.	SI
Certificado de antecedentes POLICÍA NACIONAL del Representante Legal. (Vigente) Documento verificable por la entidad.	SI
Certificado de medidas correctivas de la POLICÍA NACIONAL.	SI
Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Representante Legal.	SI
Formato de Pacto de Transparencia.	SI
Certificación de no encontrarse incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad contenidas en las normas legales que regulan la materia, esta carta debe ser diligenciada en forma clara y legible, y en ella el proponente deberá manifestar que ni él, ni la empresa que representa están incursos en ninguna de estas causales o conflictos de intereses previstas en el Manual de Contratación (Resolución 754 de 2017) y en la ley para la presentación de la propuesta, ni para la celebración del contrato y que en caso de sobrevenir, se hará responsable frente a la Unidad Prestadora de Servicios y a terceros por los perjuicios que se ocasionen.	SI
CRITERIO	CUMPLE

Dra. ~~Emilson Rondón Peña~~
~~Profesional Especializado~~ III
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

1. No CD-OC-081-2021

2. OBJETO: ADQUISICIÓN DE LA TARJETA DE KILOVOLTIOS, PARA EQUIPO DE RAYOS X (TXR 325 D) de LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. CON SU RESPECTIVA INSTALACIÓN.

	4. CRITERIOS	5. PUNTAJE OBTENIDO	6. OBSERVACIONES
3. ACCESORIOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS SAS NIT. 900.455.887-3	El oferente debe entregar la ficha técnica de la tarjeta de kilo voltaje (DIGITAL KWP METR) si aplica.	CUMPLE	Adjunta documento
	Carta de compromiso firmada por el representante legal, donde el proveedor se compromete a cumplir el programa nacional de tecno vigilancia de acuerdo a la resolución 4816 del 2008 y el decreto 4725 del 2005.	CUMPLE	Adjunta documento
	Carta firmada por el representante legal que garantice que los repuestos sean de las características y especificaciones técnicas requeridas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CUMPLE	Adjunta documento
	Carta certificando cumplimiento a política ambiental de la subred integrada de servicios de salud suroccidente E.S.E.	CUMPLE	Adjunta documento
	Copia del Registro Sanitario o permiso de comercialización cuando aplique.	CUMPLE	Adjunta documento
	7.PUNTAJE TOTAL	**CUMPLE**	

Conclusión:

- El proveedor ACCESORIOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS SAS, cumple con los criterios técnicos

8. FECHA: Junio de 2021

NASLY JORDAN MURILLO
Ingeniera Biomédica - Dirección de Administrativa
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Indicaciones de diligenciamiento del formato

1. Se debe diligenciar el nombre de la invitación, número y año
2. Nombre del proponente.
3. Nombre del proponente como aparece en la cámara de comercio
4. Criterio se deben evaluar a los requisitos técnicos solicitados
5. El puntaje corresponde al valor asignado para cada criterio
6. En el campo observaciones se debe colocar el número de folio de la oferta donde se encuentra el soporte con una descripción.
7. Se debe colocar el resultado de la suma de los puntajes obtenidos de cada criterio.
8. En este campo se debe colocar la fecha y de estar de acuerdo al cronograma de la invitación.
9. Nombre y firma del evaluador.

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: ADQUISICIÓN DE LA TARJETA DE KILOVOLTIOS, PARA EQUIPO DE RAYOS X (TXR 325 D) de LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. CON SU RESPECTIVA INSTALACIÓN

CD-OC-081-2021

Bogotá, D.C., Junio de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE ACCESORIOS & EQUIPO BIOMÈDICO SAS NIT: 900455887-3
CONDICIONES	CONDICIÓN SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa Nª 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud.	N/A
NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	
BÚSQUEDAS EN LISTAS RESTRICTIVAS	Actividad principal establecida en el RUT, permite la consulta en las listas restrictivas
CRITERIO	**HABILITADO**

Luz Myriam Roncancio Roncancio
Oficial de Cumplimiento Suplente

Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2021-06-16

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA:	2021-06-16	CIUDAD:	BOGOTA D.C.	DEPARTAMENTO:	BOGOTA D.C

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR	☒ PROVEDOR	☐ CONTRATISTA	☐ PARTICULAR	☐ OTRO	CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	ACCESORIOS Y EQUIPO BIOMEDICO S.A.S.		NIT:	900455887-3
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	
	SUAREZ	RAMIREZ	VICTOR HUGO	

CEDULA DE CIUDADANÍA	☒	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	86.088.607	VILLAVICENCIO	27/11/2003

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
1985-11-09	VILLAVICENCIO	(META)	COLOMBIANA	

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CALLE 60 SUR N° 68B-39 MADELENA	BOGOTA	BOGOTA .D.C.	COLOMBIA	

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
ayebiomedicosas@gmail.com	

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CARRERA 71 N° 50-31	BOGOTA	BOGOTA D.C.	COLOMBIA	

TIPO DE EMPRESA:		ACTIVIDAD ECONOMICA:			
☐ PUBLICA	☐ INDUSTRIAL	☐ AGRICOLA	☐ SERVICIOS DE SALUD	CUAL:	
☐ MIXTA	☒ COMERCIAL	☐ FARMACEUTICA	☐ SERVICIOS FINANCIEROS		
☒ PRIVADA	☐ ASEGURADOR	☐ TRANSPORTES	☐ OTRA,		
☐ EXTRANJERA	☐ SERVICIOS				

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA/CREE	(SI) ☒ (NO) ☐	IVA	(SI) X ☐ (NO) ☐	LC.A. (SI) ☐ (NO) ☐	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMIC	
						PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

II. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS	SI ☐ NO ☒
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO	SI ☐ NO ☒
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL	SI ☐ NO ☒
ES USTED SUJETIO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA	SI ☐ NO ☒

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
VICTOR HUGO SUAREZ RAMIREZ	100,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I ☐ N ☐ OTI ☐	86.088.607
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I ☐ N ☐ OTI ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I ☐ N ☐ OTI ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I ☐ N ☐ OTR ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	$ 46.523.665	ACTIVOS TOTALES	$ 228.811.241
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	-	PASIVOS TOTALES	$ 95.450.180

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2021-06-16

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	$ 10.473.317	PATRIMONIO	$ 133.361.061
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	-		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	N/A		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	N/A		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

IMPORTAC IONES ☐	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐	Especifique cual:
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRASFERENCIAS ☐	
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐	

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA

VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:
1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):

DEL OBJETO SOCIAL

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectuan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilicitas de conformidad con el Codigo Penal Colombiano.
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la informacion suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parametros establecidos legalmente.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiacion del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificacion del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.
APODERADO
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, deteeción, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con Nit 900.959.048-4, ubicada en la Calle 9 No 39-46, teléfono 7560505 Cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.
Declaro expresamente:
I. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
II. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámiote de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involuere la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la - Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Calle 9 No 39-46, Bogota DC. Telefono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				**XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION**			
1.Fecha		**2. Ciudad**		**1. Fecha**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:				**3. Nombre y Cargo de quien verifica:**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y cédula:**			
7. Firma y Cédula							

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14711508632

(415)7707212489984(8020) 000001471150863 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 4 5 5 8 8 7	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
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
ACCESORIOS & EQUIPO BIOMÈDICO SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 71 50 31

42. Correo electrónico ayebiomedicosas@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 4 5 9 1 3 2 7 4	3 1 4 4 2 9 3 7 3 3

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
4 6 5 9	2 0 1 1 0 7 1 9	3 3 1 2	2 0 1 5 0 4 0 1	4 7 7 3			

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	9	1 0	1 4	4 2	4 8																			

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código 2 2	2 3								

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
3	3	57. Modo	1		
		58. CPC	9 7		

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 61. Fecha 2020 - 09 - 18 / 11 : 27: 45

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre SUAREZ RAMIREZ VICTOR HUGO
985. Cargo Representante legal Certificado

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14711508632

(415)7707212489984(8020) 000001471150863 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 4 5 5 8 8 7	3	Impuestos de Bogotá	3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos 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 4	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 1 0 7 1 9	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 1 0 7 2 7	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 2 1 2 5 3 9 1	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	

Vigencia

80. Desde	2 0 1 1 0 7 1 9	
81. Hasta	9 9 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

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	4 9	2 0 1 1 0 8 0 5		-
2	8 1	2 0 1 6 0 1 0 1		-
3				-
4				-
5				-

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
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 3 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14711508632

(415)7707212489984(8020) 000001471150863 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 4 5 5 8 8 7	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 4 1 0 0 7

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	8 6 0 8 8 6 0 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
SUAREZ	RAMIREZ	VICTOR	HUGO

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

2

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

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

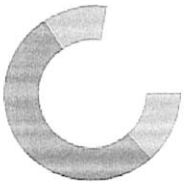
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SARLAFTCOL

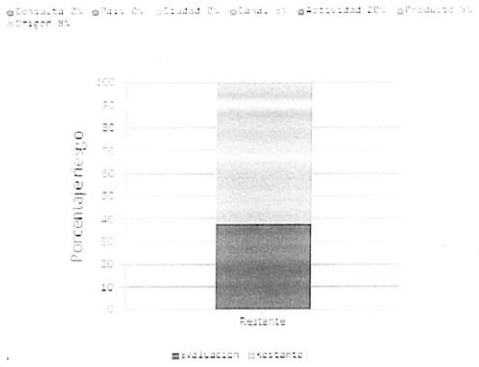
REPORTE

Nombre	Accesorios & equipo biomÈdico sas
Número de identificación	900455887-3
Alias	
Fecha de reporte	Jueves 17 de Junio del 2021, 2:57 pm
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4659 comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p.



CRITERIOS DE EVALUACIÓN

	INDICADOR	RESULTADO
TIPO DE RELACIÓN	PROVEEDOR	
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%



SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma

ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/ACCESORIOS&EQUIPOBIOMÈDICOSAS.xls

CONSOLIDADO DE EVALUACIONES Y VERIFICACIONES

OBJETO: ADQUISICIÓN DE LA TARJETA DE KILOVOLTIOS, PARA EQUIPO DE RAYOS X (TXR 325 D) de LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. CON SU RESPECTIVA INSTALACIÓN

CD-OC-081-2021

Bogotá, D.C., Junio de 2021.

RESUMEN INFORME DE VERIFICACIÓN FINAL:

PROPONENTE	ACCESORIOS & EQUIPO BIOMÈDICO SAS	
CRITERIOS	VERIFICACIÓN JURÍDICA	CUMPLE
	VERIFICACIÓN TÉCNICA	CUMPLE
	VERIFICACIÓN SARLAFT	HABILITADO

CONCLUSIONES: del total de las verificaciones se desprende que la empresa, ACCESORIOS & EQUIPO BIOMÈDICO SAS, cumple con todos los criterios de habilitación.

Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

ACTA DE COMITÉ EVALUADOR

PROCESO DE CONTRATACIÓN PARA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

OBJETO: ADQUISICIÓN DE LA TARJETA DE KILOVOLTIOS, PARA EQUIPO DE RAYOS X (TXR 325 D) de LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. CON SU RESPECTIVA INSTALACIÓN

NÚMERO DEL PROCESO Nro. CD-OC-081-2021

ACTA COMITÉ EVALUADOR

En Bogotá D.C., a los diecisiete (17) días del mes de Junio de 2021 siendo las 01:00 p.m., se reunieron en las instalaciones de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. las personas que suscriben las evaluaciones y verificación Sarlaft, las cuales conforman y son integrantes del Comité Evaluador, por lo tanto procedieron a realizar el análisis y verificaciones de las propuesta (s) presentadas para la selección objetiva del (los) proponente (s) con el cual se contratará la prestación de servicios y/o adquisición del bien (es), según el objeto contractual.

De las verificaciones realizadas se evidencia la siguiente información:

PROPONENTE	ACCESORIOS & EQUIPO BIOMÈDICO SAS	
CRITERIOS	VERIFICACIÓN JURÍDICA	CUMPLE
	VERIFICACIÓN TÉCNICA	CUMPLE
	VERIFICACIÓN SARLAFT	HABILITADO

Por las razones anteriormente expuestas, el Comité Evaluador según el consolidado de las evaluaciones y verificación Sarlaft recomienda a la gerencia adjudicar a ACCESORIOS & EQUIPO BIOMÈDICO SAS, puesto que cumple con los requisitos mínimos exigidos en el proceso CD-IC-049-2021; se remite para lo de su competencia.

Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

ACTA DE CARGUE DE DOCUMENTOS

PROCESO DE CONTRATACIÓN PARA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

OBJETO: ADQUISICIÓN DE LA TARJETA DE KILOVOLTIOS, PARA EQUIPO DE RAYOS X (TXR 325 D) de LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. CON SU RESPECTIVA INSTALACIÓN.

Teniendo en cuenta lo establecido en el Manual de Contratación (Resolución 754 de 2017) ,en el Estatuto de Contratación (Acuerdo No. 037 de Septiembre 20 de 2017) y acorde con los principios que rigen la contratación, en particular de pluralidad , transparencia y publicidad entre otros , todos los procesos contractuales de adquisición de bienes y servicios que lleva a cabo la Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente E.S.E. se desarrollan a través de la plataforma Secop II (Contratación Régimen especial y Contratación Régimen Especial con ofertas, teniendo en cuenta la modalidad y tipología establecidas para el proceso, aprobadas por el Comité de Evaluación y Verificación .

De acuerdo con lo anterior, los documentos contentivos del proceso CD-OC-081-2021, tales como: solicitud de bienes y servicios, estudio de mercado, estudio previo, Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP), documentos propuesta ganadora, detallado de la propuesta ganadora (documentos jurídicos, técnicos, financieros y económicos de la firma ACCESORIOS & EQUIPO BIOMÈDICO SAS, las verificaciones Jurídica, Técnica, Financiera, Económica y Verificación Sarlaft, consolidado de evaluaciones y acta de comité evaluador) se encuentran publicados en la plataforma Secop II mediante número de proceso CD-OC-081-2021.

Adriana Velandia.

Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E