LA SUSCRITA GERENTE DE LA ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO

CERTIFICA

DIAGNOSTIMAXMEDICAL S.A, identificada con Nit número 901.045.128-6, representada legalmente por el señor **DAVID EDUARDO SANABRIA LEON,** identificado con cedula de ciudadanía número **91.493.781**, Cumple con todos los requerimientos legales y contractuales, estableciendo que la misma cuenta con los requisitos de idoneidad, experiencia acreditada y capacidad por lo cual se aprueba y autoriza su contratación mediante contrato de prestación de servicios para prestar **"SUMINISTRO DE INSTRUMENTACIÓN Y OTROS ELEMENTOS PARA EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DE LA ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DEL MUNICIPIO DE EL PLAYÓN - SANTANDER"**

— **Calidades del personal a contratar**

EXPERIENCIA		**CUMPLE O NO CUMPLE**
Acreditar experiencia adjuntando mínimo 1 contratos, actas de liquidación o certificaciones cuyo objeto sea igual, similar o relacionado a la presente contratación.	Copia del contrato o certificación	CUMPLE
IDONEIDAD		
PERSONAS NATURALES	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
Copia de la cédula de ciudadanía y hoja de vida de la persona natural. Si ejerce una profesión y\o tecnología liberal deberá corroborarla mediante la presentación de la copia de la tarjeta y\o matrícula, además copia de la cédula de ciudadanía. Si es persona natural comerciante debe allegar copia del registro mercantil con fecha de expedición no mayor a noventa (90) días calendario previo a la fecha de cierre del presente proceso de contratación, y que se encuentren actividades socioeconómicas relacionadas al presente proceso, además copia de la cedula de ciudadanía.	X	

- **Verificación de requisitos de habilitación e idoneidad:**

	REQUISITOS	**O.K.**	**N.C.**	**N.A.**
1	Carta de Intención para proponer			**X**
2	Carta de presentación de propuesta	**X**		
3	Certificado de existencia y Representación Legal, duración, fecha de expedición y objeto social.	**X**		
4	Certificado inscripción del RUP (Registro único de proponentes)			**X**
5	Documento que acredita conformación de Consorcio o unión temporal			**X**
6	Propuesta económica	**X**		
7	Certificado Art. 50 ley 789 de 2002 (Cumplimiento de pago de aportes parafiscales y/o seguridad social)			**X**
8	Idoneidad (título Bachiller, profesional, técnico o tecnológico, otorgado por ente universitario reconocido en la Nación y/o certificados de estudio requeridos) O (Documento que acredito actividad comercial relacionada con el objeto)	**X**		
9	Acreditación de experiencia específica solicitada			**X**
10	Certificado de antecedentes disciplinarios	**X**		

	REQUISITOS	O.K.	N.C.	N.A.
11	Certificado de antecedentes fiscales	X		
12	Certificado de antecedentes penales	X		
13	Medidas correctivas	X		
14	Formato de hoja de vida DAFP	X		
15	Declaración bienes y rentas DAFP	X		
16	Documento de identidad	X		
17	Copia del Nit			X

Se expide en El Playón – Santander, a los Treinta y Un (31) días del mes de enero de 2023.

SILVIA PATRICIA AMADO RODRÍGUEZ

Representante Legal
E.S.E Hospital Santo Domingo Savio
El Playón – Santander

E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO EL PLAYON NIT 804.005.555-5 GERENTE