VERIFICACIÓN NATURALEZA Y CAPACIDAD JURÍDICA
CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE NUTRICIÓN A TRAVÉS DE CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS CON HOSPITALES PÚBLICOS.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E DE CALI VALLE
NIT. 890.399.047-8

No.	REQUISITO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
a.	Certificado de Existencia y Representación Legal (o el documento equivalente) con una fecha de expedición **no superior a TREINTA (30) DÍAS calendario**.	**X Decreto**		
b.	Resolución de nombramiento, acta de posesión o documento que acredite la delegación. (para contratar con entidades públicas)	**X**		
c.	Certificado del Registro Único Tributario RUT (actualizado)	**X**		
d.	Certificado de antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional del Representante Legal.	**X**		
e.	Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación (Del Representante Legal y de la Persona Jurídica).	**X**		
f.	Certificado de antecedentes fiscales expedido por la Contraloría General de la República (Del Representante Legal y de la Persona Jurídica).	**X**		
g.	Verificación de multas del sistema de Registro Nacional Medidas Correctivas del Representante Legal. (RNMC)	**X**		
h.	Certificación del Representante Legal o del Revisor Fiscal (según corresponda), sobre cumplimiento de pagos en seguridad social y aportes parafiscales en los últimos 6 meses o manifestación de no tener esa obligación (en caso de Revisor Fiscal se deberá aportar: copia de cédula, TP y certificación vigente sobre ausencia de antecedentes disciplinarios expedida por la Junta Central de Contadores).	**X**		
i.	Fotocopia de la cédula de ciudadanía / Extranjería (en caso de extranjeros deberán presentar visa de trabajo) del Representante Legal.	**X**		
j.	Autorización por parte del Órgano Directivo al Representante Legal, cuando exista limitación para contratar (cuando este se requiera).	**X RL Facultado hasta 1.500 SMLMV**		
k.	Formato de compromiso de Confidencialidad de Información (contratistas)	**X**		
l.	Formato de Autorización de Tratamiento de Datos Personales (contratistas)	**X**		
m.	Certificación de cuenta bancaria.	**X**		
n.	Inscripción en el registro de proveedores del ICBF.	**X**		
ñ.	Inscripción en SECOP II.	**X**		

OBSERVACIONES: Después de haber verificado cada uno de los documentos aportados por la EAS, de conformidad con el ***"ANEXO 1. – VERIFICACIÓN DE REQUISITOS MÍNIMOS JURÍDICOS Y FINANCIEROS."*** emitido por la Dirección de Nutrición, y allegada al Grupo Jurídico por parte del Grupo de Ciclos de Vida y Nutrición de la Regional, se **CONCLUYE** que el **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E DE CALI VALLE** identificado con **NIT. 890.399.047-8, CUMPLE** con los requisitos jurídicos exigidos para contratar la modalidad señalada por ICBF.

Para constancia se expide a los veinticuatro (24) días del mes de junio de dos mil veinticuatro (2024).

Jurany Navia

EYLEEN JURANY NAVIA JANSASOY
Coordinadora Grupo Jurídico ICBF Regional Valle del Cauca

Aprobó: Eyleen Jurany Navia Jansasoy – Coordinadora Grupo Jurídico.
Control de Legalidad: Eyleen Jurany Navia Jansasoy – Coordinadora Grupo Jurídico.
Proyectó: Alejandro Nieto Martínez - Abogado Dirección Regional