IDCBIS Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud	INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA, BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD COMPRAS Y CONTRATACIÓN	**CÓDIGO:** IDCBIS-GGCC-FT-029 **Versión**: 03	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL PROVEEDOR NACIONAL	**Vigente a partir de:** 22/07/2024	

1. INFORMACIÓN GENERAL

TIPO DE SOLICITUD	ACTUALIZACIÓN	**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO**	3	9	2024

2. IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR

RAZÓN SOCIAL	**STERINOVA SAS**				
TIPO DE PERSONA	JURÍDICA	**TIPO DE DOCUMENTO**	NIT	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	901.130.790-6
TIPO DE SOCIEDAD	SOCIEDAD AUTÓNOMA SIMPLIFICADA	**DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL**	CALLE 137A 50-62		
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ	**CIUDAD/MUNICIPIO**	BOGOTA D.C.	**CÓDIGO POSTAL**	NA
SUCURSALES	NO	**¿DÓNDE?**	NA		
TELÉFONO PRINCIPAL	601 3714800	**TELÉFONO / CELULAR**	3154766304	**WHATSAPP**	3154766304
PÁGINA WEB	WWW.STERINOVA.CO	**CORREO ELECTRÓNICO EMPRESARIAL**	INFO@STERINOVA.CO	**AUTORIZA RECIBIR COMUNICACIONES DEL RESULTADO DEL PROCESO DE REGISTRO VÍA CORREO ELECTRÓNICO**	SI
¿ES BENEFICIARIO FINAL?	NO	**ES MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA DEL IDCBIS**	NO	**¿POSEE RECONOCIMIENTO PÚBLICO Y/O POLÍTICO O TIENE CALIDAD DE PEP?**	NO

3. ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL	SERVICIO DE EMPAQUE DE PAPEL GRADO MEDIDO, SERVICIO DE ESTERILIZACION DE BAJA Y ALTA TEMPERATURA	**CÓDIGO CIIU PRINCIPAL**	8699
ACTIVIDAD SECUNDARIA	VENTA Y COMERCIALIZACION DE DIPOSITIOS MEDICOS PARA CENTRAL DE ESTERILIZACION	**CÓDIGO CIIU SECUNDARIO**	4645
OTRAS ACTIVIDADES	NA	**¿OTRO, CUÁL?**	NA

4. INFORMACIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	RIVEROS	**SEGUNDO APELLIDO**	GUERRERO	**NOMBRES**	DANIEL ALBERTO
N° IDENTIFICACIÓN	80.097.464	**TIPO DE DOCUMENTO**	CÉDULA DE CIUDADANÍA		
NÚMERO DE CONTACTO	318 3388210	**CORREO ELECTRÓNICO**	DANIEL.RIVEROS@STERINOVA.CO		

5. INFORMACIÓN DE CONTACTO COMERCIAL

PRIMER APELLIDO	AVILA	**SEGUNDO APELLIDO**	NA	**NOMBRES**	LILIANA
N° IDENTIFICACIÓN	1.012.318.537	**TIPO DE DOCUMENTO**	CÉDULA DE CIUDADANÍA	**¿OTRO, CUÁL?**	
NÚMERO DE CONTACTO	315 4766304	**CORREO ELECTRÓNICO**	COMERCIAL3@STERIOVA.CO		

6. RELACIÓN DE ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE POSEAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE EL 5% O MÁS DEL CAPITAL SOCIAL O DE SUS UTILIDADES, APORTE O PARTICIPACIÓN

(adjuntar relación si los campos son insuficientes) *C.E. 100-000016 24/12/2020 SSC - Numeral 2.- Definiciones - Beneficiario Final - Literal b) Persona Natural*

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	N° IDENTIFICACIÓN	TIPO DE DOCUMENTO	% DE PARTICIPACIÓN	¿ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	¿TIENE RECONOCIMIENTO PÚBLICO?	¿TIENE GRADO DE PODER PÚBLICO?	¿TIENE VÍNCULO CON ALGUNA PERSONA CONSIDERA COMO PEP?
WALTER DE JESUS MORENO MONTOYA	79.568.342	CÉDULA DE CIUDADANÍA	100%	**NO**	**NO**	**NO**	**NO**

7. INFORMACIÓN TRIBUTARIA

RESPONSABLE DE IMPUESTO A LAS VENTAS	NO	**GRAN CONTRIBUYENTE**	SI	**RESOLUCIÓN N°**		**FECHA**	dd	mm aaaa
REGIMEN DE RENTA		**AUTORRETENEDOR**	SI	**RESOLUCIÓN N°**		**FECHA**	dd	mm aaaa
RESPONSABLE DE IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA	SI			**RESOLUCION FACT ELECTRÓNICA**	**1864052975531,00**	**FECHA**	3	8 2023

8. INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PROVEEDOR

¿POSEE CERTIFICACION ISO 9001?	SI	**¿POSEE CERTIFICACION ISO 45001?**	NO	**¿POSEE CALIFICACIÓN RUC?**	NO	**¿POSEE ISO 14001?**	NO
¿POSEE CERTIFICACIÓN ISO 27001?	NO	**¿POSEE CERTIFICACIÓN DE PRODUCTO?**	SI	**¿OTRO, CUÁL?**	CERTIFICAICON ISO13485		
TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO DE LA EMPRESA (AÑOS)	**20**	**¿OFRECE ASESORÍA TÉCNICA Y COMERCIAL?**	SI				
OBSERVACIONES							

9. PORTAFOLIO DE BIENES PRODUCTOS Y SERVICIOS (Favor Registrar los principales Bienes productos y/o servicios que oferta)

SERVICIO DE EMPAQUE EN PAPEL GRADO MEDICO, SERVICIO DE ESTERILIZCION DE ALTA Y BAJA TEMPERATURA Y LA COMERCIALIZACION DE DISPOSITIVS MEDICOS PARA CENTRAL DE ESTERILIZACION

10. REFERENCIAR MARCAS Y/O MARCAS EXCLUSIVAS QUE OFERTA

NA

11. REFERENCIAS COMERCIALES

EMPRESA O PROVEEDOR	DEPARTAMENTO	CIUDAD O MUNICIPIO	NOMBRE DEL CONTACTO	NÚMERO DE CONTACTO	PRODUCTO O SERVICIO SUMINISTRADO
DAVITA SAS	BOGOTÁ	BOGOTA D.C.	ANDREA RODRIGUEZ	3174597503	SERVICIO DE EMPAQUE PGM Y ESTERILIZACION DE ALTA Y
FUNDACION OFTALMOLOGICA NACIONAL	BOGOTÁ	BOGOTA D.C.	DERLY BELTRAN	3214910049	SERVICIO DE EMPAQUE PGM Y ESTERILIZACION DE ALTA Y

12. INFORMACIÓN BANCARIA

BANCO	DEPARTAMENTO	CIUDAD O MUNICIPIO	CUENTA N°	TIPO DE PRODUCTO
BBVA	BOGOTÁ	BOGOTA D.C.	242027753	CORRIENTE
BANCOLOMBIA	BOGOTÁ	BOGOTA D.C.	94485185796	CORRIENTE

13. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE INGRESOS

Yo, **DANIEL ALBERTO RIVEROS GUERRERO**, identificado con el documento de identidad No. 80.097.464, expedido en **BOGOTA**, obrando de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración del origen de los fondos de mi empresa , con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en el Capítulo III de la Ley 2195 de 2022 de la Función Pública; la Circular 058 de 2022 de la Secretaría Jurídica del Distrito de Bogotá y demás normas que modifiquen, amplíen o deroguen, y otras exigencias de ley; así: 1. Que mi actividad laboral, profesión u oficio es lícito y lo ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano Arts. 323 y 345. 2. Que los recursos que se deriven durante el desarrollo del vínculo jurídico que suscriba con el Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud IDCBIS., no se destinarán a la financiación del terrorismo, financiación de grupos armados para el desarrollo de actividades terroristas. 3. Que autorizo al Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud IDCBIS., a cancelar todo vínculo jurídico, en caso de infracción de cualquiera de los compromisos y obligaciones contenidos en este documento o porque aparezca la entidad que represento o mi nombre o identificación en las listas vinculantes, restrictivas e inhibitorias. 4. Que por lo tanto eximo al Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud IDCBIS., de toda responsabilidad que se derive por la información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento o en cualquier documento que la modifique, adicione o complemente. 5. Que los recursos que posee la compañía que represento provienen del desarrollo de una actividad legal.

14. AUTORIZACIÓN DE CONSULTA EN BASES DE DATOS Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

1. Autorizo al Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud IDCBIS., para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo al Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud IDCBIS, de toda responsabilidad que se derive de ello. Autorizo de manera permanente e irrevocable al Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud IDCBIS., a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero y comercial desde el momento de mi vinculación, en las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas colombianas y autoridades establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del sector financiero o de cualquier otra conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.
2. Se entiende que se tiene el derecho a radicar ante Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud IDCBIS., los operadores de información, solicitudes de corrección, actualización o retiro de la información personal que hayamos solicitado según lo indica en Colombia la ley estatutaria 1581 de 2012 acerca de las disposiciones generales para la protección de datos personales.

15. ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS

Yo **DANIEL ALBERTO RIVEROS GUERRERO** en nombre propio y/o en representación de **STERINOVA** , declaro expresamente conocer y aceptar las políticas de **Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud IDCBIS,** en adelante las **IDCBIS** en materia de información confidencial, protección de datos y Modelo de Prevención. En consecuencia, manifiesto que:
1. Se entiende que "Información Confidencial" comprende a toda la propiedad de la información o grupo de conocimientos que posee la cualidad de confidencial, es decir que su acceso sólo está disponible a personas autorizadas. Dicha información es proporcionada por el **IDCBIS** como **PARTE REVELADORA**, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. Sin embargo, dicha información no entra dentro del ámbito de la naturaleza pública.
2. Se protegerá y mantendrá en estricta reserva toda la "Información Confidencial" que reciba o llegare a conocer del **IDCBIS**, no divulgándola ni transfiriéndola a terceras personas sin autorización previa y escrita otorgada por el **IDCBIS.**
3. No se utilizará la "Información Confidencial" para ningún objeto diferente al de ejecutar la relación comercial como proveedor de los productos o servicios del **IDCBIS**.
4. No se efectuará para sí o para terceros, copias, arreglos, reproducciones, adaptaciones o cualquier otra clase de mutilación, deformación o modificación de la "Información Confidencial".
5. Se devolverá y/o destruirá toda la "Información Confidencial" que se haya recibido, sin mantener en poder ningún tipo de copia de esa información, tan pronto como termine la relación comercial con el **IDCBIS** o en el momento que el **IDCBIS** así lo solicite.
6. Se entiende que debe abstenerse de recolectar, almacenar, administrar, o usar información relativa a los datos personales de los que tenga conocimiento en virtud de su calidad de tercero, proveedor de productos o servicios del **IDCBIS**, por fuera de las finalidades propias del servicio contratado y de las políticas de tratamiento de datos personales del **IDCBIS**, dispuestas en la página web.
7. Se dará estricto cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y su respectivo reglamento compilado en el Decreto 1074 de 2015, así como en las demás que lo adicionen, modifiquen o complementen.
8. Se conoce el documento denominado Política de Administración de riesgos, el cual se indican los principales lineamientos institucionales dirigidos a mitigar los potenciales riesgos derivados del lavado de activos y la financiación al terrorismo y/o de actos de corrupción, contrabando y soborno transnacional así como de todas aquellas conductas sancionadas por el Código Penal Colombiano, las cuales resultan ser inadmisibles, intolerables y de alto riesgo para las **IDCBIS**. Se declara conocer que se puede consultar dicha política en la página web **www.idcbis.org.co**, y que el incumplimiento al mismo puede acarrear que el **IDCBIS** pueda terminar unilateralmente la relación contractual o comercial.
9. Se compromete a respetar la Política de Administración de riesgo establecida por el **IDCBIS**, en donde se indican diferentes acciones en contra de cualquier tipo de actividad ilegal, en cumplimiento de la normatividad colombiana e internacional.
10. Se acepta el diligenciamiento de este formato como mecanismo de prevención, control y supervisión el proceso de debida diligencia establecido por el **IDCBIS**, con el fin de descartar cualquier eventual riesgo derivado de la presente relación contractual o comercial.
11.Se es consciente de que comprendo que este acuerdo de confidencialidad, tiene como propósito anular toda posibilidad de que se configure cualquier tipo de actividad ilegal y que por el contrario demanda un comportamiento recto, estricto y diligente de conformidad con su contenido y en general con toda norma jurídica relacionada.

16. FIRMA DEL PROVEEDOR

Declaro que la información contenida en el presente formato es veraz y que conozco las sanciones legales en el caso de falsedad en los datos aquí contenidos



FIRMA DE PERSONA QUE DILIGENCIA EL FORMATO

DANIEL ALBERTO RIVEROS GUERRERO

NOMBRE COMPLETO

16. ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA EMPRESA

FECHA DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS	dd	mm	aaaa	¿SE VERIFICÓ EN LISTAS VINCULANTES/RESTRICTIVAS?		FECHA DE CONSULTA EN LISTAS	dd	mm	aaaa

¿ADJUNTA SOPORTE CONSULTA LISTA OFAC?	

Nota: Si el proveedor está en estas listas debe notificar a Profesional en riesgos y Director

OBSERVACIONES	

La presente información es consistente con la documentación presentada y con la verificación de datos realizada.	ID CONSULTA	
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VERIFICACIÓN		

Declaro que la información contenida en el presente formato es veraz y que conozco las sanciones legales en el caso de falsedad en los datos aquí contenidos

VoBo DE RESPONSABLE DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN	NOMBRE COMPLETO	CÉDULA
VoBo DE PROFESIONAL EN RIESGOS	**NOMBRE COMPLETO**	**CÉDULA**