Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE 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: 04
FECHA: 2021-04-26

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA:	10/12/2024	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

ASEGURADOR		PROVEDOR	X	CONTRATISTA		PARTICULAR		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	ROPSOHN THERAPEUTICS S.A.S.			NIT:	X	DV	

REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:
	HERNANDEZ	BUITRAGO	RICARDO ALONSO

CEDULA DE CIUDADANÍA	X	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION DD/MM/AAAA	ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL REPRESENTANTE LEGAL	
CEDULA DE EXTRANJERÍA		79.561.196	BOGOTA	24/07/1989	CODIGO CIIU	

FECHA NACIMIENTO DD/MM/AAAA	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
17/05/1971	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIANA	

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL EMPRESA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO FIJO Y MOVIL
CARRERA 13 # 50-78	BOGOTA		COLOMBIA	3438750

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
ropdiagnostica@ropsohn.com.co	www.ropsohn.com.co

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO FIJO Y MOVIL
N/A	N/A	N/A	N/A	

TIPO DE EMPRESA:		ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar Con X):									
PUBLICA		INDUSTRIAL		COMERCIAL		SERVICIOS		ASEGURADOR		CONSTRUCCION	
PRIVADA	X	FAMACEUTICO	X	FARMACEUTICO		SERVICIOS DE SALUD		AGROPECUARIO		SOLIDARIO	
MIXTA		MINERO ENERGETICO		COMUNICACIONES		TRANSPORTES		SERVICIOS FINANCIEROS		ALIMENTOS	
EXTRANJERA		OTRA ACTIVIDAD :				CUAL:					

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE(Marcar con X):	RENTA		IVA		I.C.A.		CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI	X	SI	X	SI	X	PRINCIPAL: 2100	SECUNDARIA:
	NO		NO		NO			

GRAN CONTRIBUYENTE	SI	X	NO		AGENTE RETENEDOR	SI	X	NO		AGENTE AUTORETENEDOR	SI	X	NO	

2. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)(Marcar Con X) DECRETO 1674 de 2016.

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

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

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

3. 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	ACTIVIDAD ECONOMICA - CODIGO CIIU	TIPO DE IDENTIFICACION (Marcar Con X)	NUMERO IDENTIFICACION
Beng V. Kindgren Diaz	18.96 %		C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] NIT [ ] OTRO [ ]	79.937.927
Anna Christina Kindgren Diaz	18.96 %		C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] NIT [ ] OTRO [ ]	53.123.180
Maria Eugenia Diaz de Kindgren	18.96 %		C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] NIT [ ] OTRO [ ]	41.392.682
			C.C. [ ] C.E. [ ] T.I [ ] NIT [ ] OTRO [ ]	
			C.C. [ ] C.E. [ ] T.I [ ] NIT [ ] OTRO [ ]	

4. INFORMACION FINANCIERA(PESOS $)

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		ACTIVOS TOTALES	
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		PASIVOS TOTALES	
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		PATRIMONIO	
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES			
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:			
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:			

5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA ? :(Marcar Con X)				SI		NO	
IMPORTAC IONES [X]	EXPORTACIONES [ ]	INVERSIONES [ ]	PRESTAMOS [ ]	OTRA [ ]			
OPERACIONES REDESCUENTO [ ]	LEASING [ ]	TRASFERENCIAS [ ]	PAGOS SERVICIOS [ ]	CUAL:			

TIPO PRODUCTO CUENTA	No DEL PRODUCTO CUENTA	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA

6. INFORMACION COMERCIAL (Marcar Con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE	CORRESPONDENCIA [ ]	PUBLICIDAD ENTIDAD [ ]	MERCADEO [ ]	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO [ ]
	EVENTOS [ ]	LLAMADA TELEFONICA [ ]	PORTAL WEB SUBRED [ ]	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO [ ]
OTRO: [ ]	INTERNET [ ]	PORTALES EMPLEO [ ]	BASE DE DATOS [ ]	INVITACION A COTIZAR [X]

7. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (describa en detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

COMERCIALIZACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y REACTIVOS DE DIAGNOSTICO IN VITRO

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código 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 información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.

4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.

5. Estados Financieros del ultimo año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

SI SE ACTUA MEDIANTE APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico o Autoridad Competente.

9. 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 Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 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, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría 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 también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o 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 prestación 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 prestación 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 Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió 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 finalidades mencionadas a: a) Las peronas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras 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 externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 adelante gestiones para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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 harán 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 Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de 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 consecuencia, 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.

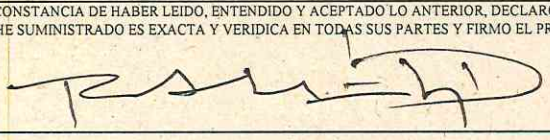
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, 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 Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5-43, Bogotá DC, Teléfono 344 44 84 E-mail:sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 autorizados, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Si desea ampliar esta información por favor visite: ***www.subredcentrooriente.gov.co*** , en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES", o al correo electrónico: ***sarlaft@subredcentrooriente.gov.co***

10. 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 Índice Derecho

11. INFORMACION DE ENTREVISTA				12. VERIFICACION DE LA INFORMACION					
1.Fecha		**2. Ciudad**		**1. Fecha**		**2. Ciudad**		**3. Hora**	
3.Nombre del funcionario Subred:				**4. Nombre y Cargo de quien verifica (Contraparte):**					
4. Lugar de la Entrevista:				**5. Lugar de la verificación:**					
5. Observaciones:				**6. Observaciones:**					
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**7. Firma y No cédula**					
7. Firma y Cédula				**8. Nombre Apellidos Funcionario Subred**					
8.Proceso Responsable Subred				**9. Proceso Responsable Subred:**					

Bogotá, 05 febrero 2025

Señores,
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Ciudad

Asunto: Declaración de no Inhabilidades e Incompatibilidades

Por medio de la presente certifico que ni el suscrito ni ROPSOHN THERAPEUTICS S.A.S con NIT N° 860.029.022 nos encontramos incursos en ninguna inhabilidad e incompatibilidad de que trata la constitución y la ley para la celebración de contratos.

Cordialmente,

Firma: _____
Ricardo Alonso Hernandez Buitrago
79.561.196

ANEXO N° 3 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

No. de Proceso: CD-006-2025

Ricardo Alonso Hernandez Buitrago, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de Ropsohn Therapeutics S.A.S, manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E. S. E. para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.

2. No estamos en causal de inhabilidad, incompatibilidad ni conflicto de interés alguno para contratar CD-006-2025 CONTRATAR EL SUMINISTRO DE REACTIVOS TSH NEONATAL AUTODELFIA PARA EL PROCESAMIENTO DE PRUEBAS EN EL LABORATORIO DE GENETICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, representantes, asesores, contratistas o terceros.

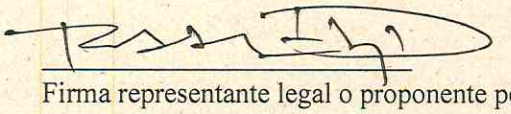
4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el CD-006-2025 CONTRATAR EL SUMINISTRO DE REACTIVOS TSH NEONATAL AUTODELFIA PARA EL PROCESAMIENTO DE PRUEBAS EN EL LABORATORIO DE GENETICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el CD-006-2025 CONTRATAR EL SUMINISTRO DE REACTIVOS TSH NEONATAL AUTODELFIA PARA EL PROCESAMIENTO DE PRUEBAS EN EL LABORATORIO DE GENETICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. nos soliciten los organismos de control del territorio nacional.

6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados, representantes, asesores y contratistas, el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados, representantes, asesores y contratistas.

7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los 06 días del mes de febrero de 2025.



Firma representante legal o proponente persona natural
Nombre: Ricardo Alonso Hernandez Buitrago
Cargo: Representante legal
Documento de Identidad: 79.561.196

ANEXO 8

EXPERIENCIA DEL INTERESADO

No	Contratante (1)	Contratista (1)	Contrato (1)		Forma de Ejecución (2)		Plazo de ejecución	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Valor total del contrato (3)	Numero consecutivo RUP (4)
			No	Objeto	I,C,UT	%	En meses	(DD/MM/AA)	(DD/MM/AA)		
1	INSTITUTO ACIONAL DE SALUD	ROPSOHN THERAPEUTICS S.A.S	CO1.SLCNTR.11771556	Contratar la prestación del servicio de mantenimiento preventivo y verificación operacional, así como la adquisición de consumibles para el equipo Victor 2D Marca Perkin Elmer del Laboratorio de Salud Pública Departamental del Valle, la expedición del reporte de dicho mantenimiento con el propósito de mantener en óptimas condiciones de funcionamiento el equipo.		100	1	14/12/2023	15/12/2023	$33.064.000	
2	DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA	ROPSOHN THERAPEUTICS S.A.S	07-8-20248-22	SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA LOS LABORATORIOS		100	19	06/11/2023	30/09/2024	$180.510.394	

	NACIONAL			CLÍNICOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL							
3	Sub red Centro Oriente	Ropsohn Therapeutics SAS.	02-BS-274-2020	SUMINISTRO DE REACTIVOS TSH NEONATAL AUTODELFIA PARA EL PROCESAMIENTO DE PRUEBAS EN EL LABORATORIO DE GENÉTICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		100	32	09/02/2020	20/08/2023	$209.823.600	
4											

(1) Para cada Contrato se debe indicar la razón social del contratante, el número y objeto y si se ha ejecutado en forma individual (I), Consorcio (C), Unión Temporal (UT) o bajo cualquier otra modalidad de asociación y el porcentaje de su participación.
(2) En el caso de Contratos suscritos en Consorcio, Unión Temporal, indicar únicamente el valor que corresponde según la participación.
(3) Los valores consignados deben expresarse solamente en pesos colombianos.
(4) Deberá indicarse el número consecutivo del RUP donde se evidencia el contrato que acredita como experiencia

Firma: _____
Nombre del Representante Legal: Ricardo Alonso Hernández Buitrago__
Nombre del Interesado: Ropsohn Therapeutics S.A.S.
Nit del Interesado: 860.029.022

(LOGO DEL PROVEEDOR)

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

OBJETO: "CONTRATAR EL SUMINISTRO DE REACTIVOS TSH NEONATAL AUTODELFIA PARA EL PROCESAMIENTO DE PRUEBAS EN EL LABORATORIO DE GENETICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS D SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E."

ANEXO No. 6 - ECONOMICO

ITEM	Nombre / Descripcion	UNIDAD/MEDIDA	CONSUMO PROMEDIO MES	ESPECIFICACION TECNICA	VALOR UNITARIO	VALOR IVA (SI APLICA)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR UNITARIO TOTAL X CANTIDAD	OBSERVACIONES PROVEEDOR
1	KIT TSH NEONATAL AUTODELFIA	KIT	2	KIT TSH NEONATAL -Anti-h TSH microtitration strips -h TSH standards -h TSH controls -Anti h TSH-Eu -Neo h TSH assay buffer	$ 8.056.000,00	$ -	$ 8.056.000	$ 16.112.000,00	
VALOR OFERTA MES							$ 8.056.000	$ 16.112.000,00	
VALOR OFERTA 6 MESES							$ 48.336.000	$ 96.672.000,00	

	NOTAS
1	El valor de la propuesta debe incluir la totalidad de los costos directos e indirectos (gastos, impuestos, tasas, contribuciones o participaciones, proyecciones económicas del mercado y situación actual) que genere el servicio y/o bien a ofertar, los cuales serán a cargo del futuro Contratista. El oferente deberá presentar su oferta en pesos colombianos, sin anotar centavos, aproximando por exceso o por defecto al entero más cercano y debidamente totalizado.
2	Cuando el proponente omita diferencial el IVA de un servicio que esté gravado, se entiende que está incluido dentro del valor presentado.
3	Los precios consignados en la propuesta se mantendrán vigentes durante el termino de ejecución del contrato, adiciones, prorrogas y hasta la liquidación del contrato, por lo tanto, se realizarán de común acuerdo y basados en los principios de conmutatividad y equivalencia de obligaciones, que permiten ajustar los precios de los contratos, con el fin de obtener el equilibrio financiero, ayudados en los comunicados de ajuste de precios de La Agencia Nacional de Contratación Pública- Colombia Compra Eficiente- en donde informa la variación anual del Índice del Precio al Consumidor - IPC y del Salario Mínimo Mensual Legal Vigente – SMMLV y basado en el análisis del mercado que se realice para determinar su viabilidad.
4	Serán de exclusiva responsabilidad del proponente los errores u omisiones en que incurra al indicar los valores totales en la propuesta, debiendo asumir los mayores costos y/o perdidas que se deriven de dicho Contrato.
5	El proponente deberá presentar su oferta por el 100% de los ítems descritos en las especificaciones técnicas, no se tendrá en cuenta la oferta que no cumpla con esta condición.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL:	
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL:	Ricardo Alonso Hernandez Buitrago
RAZÓN SOCIAL:	ROPSOHN THERAPEUTICS S.A.S.
NIT / C.C.:	860.029.022
CORREO ELÉCTRONICO:	ropdiagnostica@ropsohn.com.co
TELEFONO:	3438750
FECHA:	6/02/2025
VALIDEZ DE LA OFERTA	

FORMATO DE RELACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA JURÍDICA

Yo Ricardo Alonso Hernandez Buitrago, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 79.561.196 expedida en la ciudad de Bogotá, en calidad de representante legal de Ropsohn Therapeutics S.A.S. con NIT 860.029.022, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que SI ( ) NO (X) he suscrito contratos de prestación de servicios con otras entidades estatales y que relaciono a continuación:

No.	ENTIDAD ESTATAL	CONTRATO No. (vigente)	FECHA DE INICIO (DD/MM/AAAA)	FECHA DE FINALIZACIÓN (DD/MM/AAAA)
1				
2				
3				
4				
5				

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento a los Diez (06) días del mes de febrero del año 2025.

Firma
Nombre: Ricardo Alonso Hernandez Buitrago
C.C.: 79.561.196

Decreto 189 de 2020 "Por el cual se expiden lineamientos generales sobre transparencia, integridad y medidas anticorrupción en las entidades y organismos del orden distrital y se dictan otras disposiciones". "Artículo 17. Información complementaria de los contratistas. Todas las personas naturales y jurídicas que suscriban contrato de prestación de servicios con el Distrito Capital, deberán presentar a la entidad distrital contratante la relación de contratos de prestación de servicios suscritos con otras entidades estatales cualquiera sea su orden."