VERIFICACIÓN JURÍDICA

SUMINISTRO DE ELEMENTOS, HERRAMIENTAS E INSUMOS DE FERRETERÍA, ELÉCTRICOS Y REDES REQUERIDAS PARA EL MANTENIMIENTO Y ADECUACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA DE LAS SEDES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CD-OC-122-2020

Bogotá, D.C., Agosto de 2020

CRITERIO A VERIFICAR	PROPONENTE ÚNICO JULSTAR Y CIA S.A.S. NIT: 8 3 0 0 7 8 0 5 1-2
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 ítem 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 y acorde con el objeto del presente proceso contractual.	SI
Registro Único Tributario (RUT).	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
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

Marly Lucey Acosta González
Jefe Oficina Asesora Jurídica
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

1. ORDEN DE COMPRA O DE SUMINISTRO No CD-OC-093-2020

2. OBJETO:

SUMINISTRO DE ELEMENTOS, HERRAMIENTAS E INSUMOS DE FERRETERÍA, ELÉCTRICOS Y REDES REQUERIDAS PARA EL MANTENIMIENTO Y ADECUACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA DE LAS SEDES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

	4. CRITERIOS	5. PUNTAJE OBTENIDO	6. OBSERVACIONES
3. JULSTAR Y CIA S.A.S.	Carta firmada por el Representante Legal en donde garantiza que entregará los elementos, herramientas y equipos en las unidades de Servicios de Salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE.	**CUMPLE**	**Adjunta documento**
	Carta firmada por el Firmado por el Representante Legal en donde garantiza que se cumplirá con las especificaciones técnicas requeridas	**CUMPLE**	**Adjunta documento**
	Carta firmada por el Representante Legal en donde se otorga un tiempo de Garantía de los equipos no inferior a 6 meses	**CUMPLE**	**Adjunta documento**
	Carta firmada por el Representante Legal en la cual garantice que las los elementos, herramientas y equipos solicitadas deberán ser de buena calidad y deberá ajustarse a los requisitos solicitados, así mismo, cambiar inmediatamente los elementos de mala calidad por otros en perfectas condiciones, so pena de hacerse acreedor a las sanciones establecidas en la ley y en este proceso de Suministro.	**CUMPLE**	**Adjunta documento**
	7.PUNTAJE TOTAL	**CUMPLE**	

Conclusión:

- **El proveedor cumple con los criterios técnicos**

8. FECHA: AGOSTO DE 2020

NESTOR ALBERTO ROMERO PULIDO
Jefe Oficina de TICS (E)
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.

VERIFICACIÓN SARLAFT

SUMINISTRO DE ELEMENTOS, HERRAMIENTAS E INSUMOS DE FERRETERÍA, ELÉCTRICOS Y REDES REQUERIDAS PARA EL MANTENIMIENTO Y ADECUACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA DE LAS SEDES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CD-OC-122-2020

Bogotá, D.C., Agosto de 2020

CRITERIOS A VERIFICAR	PROPONENTE ÚNICO JULSTAR Y CIA S.A.S. NIT. 8 3 0 0 7 8 0 5 1-2
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. 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.	N/A
CRITERIO	CUMPLE

DIEGO CAMILO SIERRA RAMÍREZ
Líder de Precontractual
Elaboró: Adriana Milena Velandia Trujillo - Técnico Administrativo II

Formulario persona Jurídica

FECHA:	14-08-2020	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	D.C.

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

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

2. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL	JULSTAR Y CIA SAS			NIT	830078051-2
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO: GARCIA		SEGUNDO APELLIDO: VARGAS		NOMBRES: ORLANDO
CEDULA DE CIUDADANÍA	☒	NUMERO: 79325721	LUGAR DE EXPEDICION: BOGOTA		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 1983/02/28
CEDULA DE EXTRANJERIA	☐	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION:		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)

FECHA NACIMIENTO:AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO	DEPARTAMENTO	NACIONALIDAD (1)	NACIONALIDAD (2)
1964/05/18	BOGOTA	DC	COLOMBIANO	

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAIS	TELEFONO/FAX
Cra 17B # 175-91 T3 AP1203	BOGOTA	DC	COLOMBIA	9247981

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
gerencia@julstarcorp.com	www.julstarcorp.com

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAIS	TELEFONO/FAX
Cra 16 # 82-29	BOGOTA	DC	COLOMBIA	3123711318

TIPO DE EMPRESA

☐ PUBLICA ☐ MIXTA ☒ PRIVADA ☐ EXTRANJERA

ACTIVIDAD ECONOMICA

☐ INDUSTRIAL ☒ COMERCIAL ☐ ASEGURADOR ☐ SERVICIOS

☐ AGRICOLA ☐ FARMACEUTICA ☐ TRANSPORTES

☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ OTRA,

CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	(SI) ☒ (NO) ☐	RENTA/CREE	(SI) ☒ (NO) ☐	IVA	(SI) ☒ (NO) ☐	ICA	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA: 4651 PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

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

3. 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
ORLANDO GARCIA VARGAS	100	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	79325721
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	

4. INFORMACION FINANCIERA (ULTIMO PERIODO DECLARADO)

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	14.933.750	ACTIVOS TOTALES	126.809.000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		PASIVOS TOTALES	15.063.000
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	10.010.250	PATRIMONIO	111.746.000
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	3.010.667		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:			
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	costos de funcionamiento y administracion		

5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

IMPORTACIONES ☐ EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐ REDESCUENTO ☐
OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐ LEASING ☐ SERVICIOS ☐
PAGO DE SERVICIOS ☐ PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐ OTRA ☐

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA

6. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE,** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio): Nuestra actividad en el sector comercial de tecnología

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 destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)

7. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

8. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas.

9. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

10. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

11. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.

7. 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 identificación del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

8. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones o 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

9.1. AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No15-41 (Sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
"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 prestacion de servicios de salud.
"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 la ESE y/o sus Unidades Prestados 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 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 involucre la gestion 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 , estadisticas, 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. TRATAMIENTO: 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 personas 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 externos, 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, y a cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion 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 elaboracion 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 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 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 LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. 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 Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Télefono 3499080, email sariaft@subrednorte.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 autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional o internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

10. FIRMA Y HUELLA

SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACION SUMIN TODAS SUS PARTES



Firma Cliente / Representante Legal **Huella Dedo Derecho**

11. INFORMACION DE ENTREVISTA		**12. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION**	
1. Ciudad y fecha		**1. Ciudad y fecha**	
2.Nombre del funcionario o Asesor:		**2. Nombre y Cargo de quien verifica:**	
3. Lugar de la Entrevista:		**3. Lugar de la verificación:**	
4. Observaciones:		**4. Observaciones:**	
5. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐		
6. Firma y Cédula		**5. Firma y cédula:**	

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14640568359

(415)7707212489984(8020) 000001464056835 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 7 8 0 5 1	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

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:
JULSTAR Y CIA S.A.S.

36. Nombre comercial:	37. Sigla:
JULSTAR Y CIA S.A.S.	

UBICACION

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 16 82 29

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
julstarogv@hotmail.com		7 5 3 5 1 7 8	3 1 2 3 7 1 1 3 1 8

CLASIFICACION

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
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 0 0 1 0 2 0					

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	1	4	4	2																		

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
11- Ventas régimen común
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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: 2 0 1 9 0 8 1 4

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 GARCIA VARGAS ORLANDO
985. Cargo: Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14640568359

(415)7707212489984(8020) 000001464056835 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 7 8 0 5 1	2	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 5	0 1
72. Número:	2 2 9 4	2
73. Fecha:	2 0 0 0 1 0 1 2	2 0 1 2 1 2 1 3
74. Número de Notaría:	3 2	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro:	2 0 0 0 1 0 2 0	2 0 1 2 1 2 2 7
77. No. Matrícula mercantil:	0 1 0 4 6 7 8 3	0 1 0 4 6 7 8 3
78. Departamento:	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio:	4	4

Vigencia:

80. Desde:	2 0 0 0 1 0 1 2
81. Hasta:	

Composición del Capital

82. Nacional:	1 0 0 %
83. Nacional público:	0 %
84. Nacional privado:	1 0 0 %
85. Extranjero:	0 %
86. Extranjero público:	0 %
87. Extranjero privado:	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):
1	8 1	2 0 1 5 0 1 0 1	-
2			-
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
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14640568359

(415)7707212489984(8020) 000001464056835 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 7 8 0 5 1	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

Representación

1

98. Representación:	99. Fecha inicio ejercicio representación:
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 2 1 2 1 3

100. Tipo de documento:	101. Número de identificación:	102. DV	103. Número de tarjeta profesional:
Cédula de ciudadaní 1 3	7 9 3 2 5 7 2 1	-	

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
GARCIA	VARGAS	ORLANDO	

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

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14640568359

(415)7707212489984(8020) 000001464056835 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8300078051	2	Impuestos de Bogotá 32	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento:	112. Número de identificación:	113. DV	114. Nacionalidad:
Cédula de ciudadan 13	41658652	-	COLOMBIA 169

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
DELGADO	PAEZ	FANNY	ENITH

119. Razón social

120. Valor capital del socio:	121. % Participación:	122. Fecha de ingreso:	123. Fecha de retiro:
200,000	20	2000 10 12	2012 12 13

2

111. Tipo de documento:	112. Número de identificación:	113. DV	114. Nacionalidad:
Cédula de ciudada 13	79325721	-	COLOMBIA 169

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
GARCIA	VARGAS	ORLANDO	

119. Razón social

120. Valor capital del socio:	121. % Participación:	122. Fecha de ingreso:	123. Fecha de retiro:
100,000	10	2000 10 12	2011 01 05

3

111. Tipo de documento:	112. Número de identificación:	113. DV	114. Nacionalidad:
Registro civil de n 11	961028	-	COLOMBIA 169

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
GARCIA	DELGADO	JULIAN	ORLANDO

119. Razón social

120. Valor capital del socio:	121. % Participación:	122. Fecha de ingreso:	123. Fecha de retiro:
800,000	80	2000 10 12	2012 12 13

4

111. Tipo de documento:	112. Número de identificación:	113. DV	114. Nacionalidad:
		-	

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio:	121. % Participación:	122. Fecha de ingreso:	123. Fecha de retiro:

5

111. Tipo de documento:	112. Número de identificación:	113. DV	114. Nacionalidad:
		-	

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio:	121. % Participación:	122. Fecha de ingreso:	123. Fecha de retiro:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14640568359

(415)7707212489984(8020) 000001464056835 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 7 8 0 5 1	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor Fiscal Principal

124. Tipo de documento:	125. Número de identificación:	126. DV	127. Número de tarjeta profesional:
		-	

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

132. Número de Identificación Tributaria (NIT):	133. DV	134. Sociedad o firma designada:
	-	

135. Fecha de nombramiento:

Suplente Revisor Fi

136. Tipo de documento:	137. Número de identificación:	138. DV	139. Número de tarjeta profesional:
		-	

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT):	145. DV	146. Sociedad o firma designada:
	-	

147. Fecha de nombramiento:

Contador

148. Tipo de documento:	149. Número de identificación:	150. DV	151. Número de tarjeta profesional:
Cédula de ciudadanía 1 3	2 3 9 1 3 2 7 6	-	2 7 6 1 4

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
DIAZ	CARDENAS	MARTHA	ELIZABET

156. Número de Identificación Tributaria (NIT):	157. DV	158. Sociedad o firma designada:
	-	

159. Fecha de nombramiento: 2 0 0 9 0 2 0 6

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

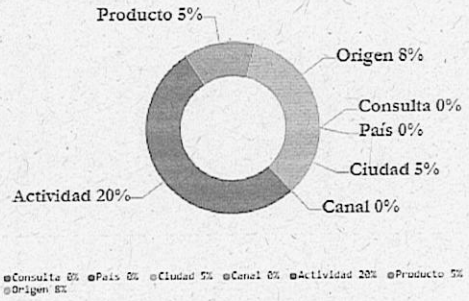
SARLAFTCOL

REPORTE

Nombre	Julstar y cia s.a.s.
Número de identificación	8 3 0 0 7 8 0 5 1-2
Alias	
Fecha de reporte	Lunes 31 de Agosto del 2020, 2:20 pm
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	11001 bogotÁ, d.c.
Canal	-
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.

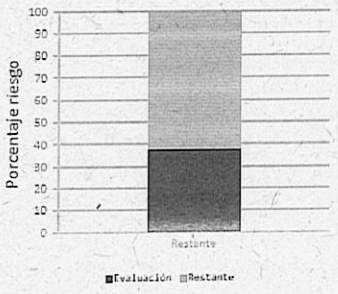
CRITERIOS DE EVALUACIÓN

	INDICADOR	RESULTADO
TIPO DE RELACIÓN	-	
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	5%
Canal	5%	0%
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

AREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/JULSTARYCIAS.A.S..xls

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE

CONSOLIDADO DE VERIFICACIONES

SUMINISTRO DE ELEMENTOS, HERRAMIENTAS E INSUMOS DE FERRETERÍA, ELÉCTRICOS Y REDES REQUERIDAS PARA EL MANTENIMIENTO Y ADECUACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA DE LAS SEDES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CD-OC-122-2020

Bogotá, D.C., Agosto 31 de 2020.

RESUMEN INFORME DE VERIFICACIÓN FINAL:

PROPONENTE	JULSTAR Y CIA S.A.S.	
CRITERIOS	VERIFICACIÓN JURÍDICA	CUMPLE
	VERIFICACIÓN TÉCNICA	CUMPLE
	VERIFICACIÓN SARLAFT	HABILITADO

CONCLUSIONES: del total de las verificaciones se desprende que la empresa JULSTAR Y CIA S.A.S., cumple con todos los criterios de habilitación.

DIEGO CAMILO SIERRA RAMÍREZ
Líder Proceso Precontractual

Elaboró: Adriana Milena Velandia Trujillo - Técnico Administrativo

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

ACTA DE COMITÉ EVALUADOR

PROCESO DE CONTRATACIÓN PARA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

OBJETO: SUMINISTRO DE ELEMENTOS, HERRAMIENTAS E INSUMOS DE FERRETERÍA, ELÉCTRICOS Y REDES REQUERIDAS PARA EL MANTENIMIENTO Y ADECUACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA DE LAS SEDES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NÚMERO DEL PROCESO Nro. CD-OC-122-2020

ACTA COMITÉ EVALUADOR

En Bogotá D.C., a los treinta y un días (31) días del mes de Agosto de 2020 siendo la 09:00 a.m., se reunieron en las instalaciones de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. las personas que suscriben las verificaciones, 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	JULSTAR Y CIA S.A.S.	
CRITERIOS	VERIFICACIÓN JURÍDICA	CUMPLE
	VERIFICACIÓN TÉCNICA	CUMPLE
	VERIFICACIÓN SARLAFT	HABILITADO

Por las razones anteriormente expuestas, el Comité Evaluador según el consolidado de las verificaciones recomienda a la gerencia adjudicar a la empresa firma JULSTAR Y CIA S.A.S., puesto que cumple con los requisitos mínimos exigidos en la CD-OC-122-2020; se remite para lo de su competencia.

DIEGO CAMILO SIERRA RAMÍREZ
Líder Proceso Precontractual
Elaboró: Adriana Milena Velandia Trujillo - Técnico Administrativo II

ACTA DE CARGUE DE DOCUMENTOS

PROCESO DE CONTRATACIÓN PARA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

OBJETO: SUMINISTRO DE ELEMENTOS, HERRAMIENTAS E INSUMOS DE FERRETERÍA, ELÉCTRICOS Y REDES REQUERIDAS PARA EL MANTENIMIENTO Y ADECUACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA DE LAS SEDES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

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-122-2020, 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 JULSTAR Y CIA S.A.S., las evaluaciones Jurídica, Técnica y Sarlaft, consolidado de evaluaciones y acta de comité evaluador) se encuentran publicados en la plataforma Secop II mediante número de proceso CD-OC-122-2020.

DIEGO CAMILO SIERRA RAMÍREZ
Líder Proceso Precontractual
Elaboró: Adriana Milena Velandia Trujillo - Técnico Administrativo