VERIFICACIÓN SARLAFT PROCESO No. CP-001-2026

Bogotá, D.C., marzo del 2026

OBJETO: SUMINISTRO DE PRUEBAS, INSUMOS REACTIVOS, SOPORTE TECNOLOGICO, SERVICIO DE TRANSPORTE Y DEMAS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA CORRECTA EJECUCIÓN DE LOS EXAMENES REALIZADOS EN LABORATORIOS CLINICOS DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LAS SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, SUR, SUR OCCIDENTE Y NORTE E.S.E

CRITERIOS POR EVALUAR	**PROPONENTE 1**	**PROPONENTE 2**	**PROPONENTE 3**	**PROPONENTE 4**	**PROPONENTE 5**	**PROPONENTE 6**
	PROASECAL SAS	**TECHNOMEDICAL SAS**	**ANNAR DIAGNOSTICA IMPORT SAS**	**QUINBERLAB SAS**	**BIOSYSTEMS SAS**	**DISTRIQUIMICOS ALDIR SAS**
	NIT: 830.079.375-8					
CONDICIONES	**CONDICIÓN**	**CONDICIÓN**	**CONDICIÓN**	**CONDICIÓN**	**CONDICIÓN**	**CONDICIÓN**
	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	NO Numeral V incompleto, No subsana la observación relacionada con el no diligenciamiento total del apartado de ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES, los campos fueron diligenciados con N/A. No existen soportes que permita validar los datos.	SI Dirección de domicilio registrada en el RUT y en el certificado de existencia no corresponde con la registrada en el formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se valida con la información registrada en el RUT y el certificado de existencia.	SI La Fecha de nacimiento del representante legal no corresponde a lo registrado en el documento de identidad. - se valida con la fotocopia del documento de identidad del representante legal. 2, No se ajustan formulario de conocimiento del cliente o contraparte diligenciado parcialmente INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES, EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES Y EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES dicha información fue verificada en los estados financieros aportados.	SI	SI	NO Aporta el formulario de conocimiento del cliente o contraparte diligenciado parcialmente y no registra huella del representante legal.
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.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
NOTA 1: Se aporta la documentación indicada en el numeral VII del formato SARLAFT	SI	SI	SI	SI	SI	NO

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

CRITERIOS POR EVALUAR	PROPONENTE 1	PROPONENTE 2	PROPONENTE 3	PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6
	PROASECAL SAS	**TECHNOMEDICAL SAS**	**ANNAR DIAGNOSTICA IMPORT SAS**	**QUINBERLAB SAS**	**BIOSYSTEMS SAS**	**DISTRIQUIMICOS ALDIR SAS**
	NIT: 830.079.375-8					
CONDICIONES	**CONDICIÓN**	**CONDICIÓN**	**CONDICIÓN**	**CONDICIÓN**	**CONDICIÓN**	**CONDICIÓN**
	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO
NOTA 2: 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.	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Búsquedas en listas	RUT. Permite la consulta de las listas restrictivas	RUT. Permite la consulta de las listas restrictivas	RUT. Permite la consulta de las listas restrictivas	RUT. Permite la consulta de las listas restrictivas	RUT. Permite la consulta de las listas restrictivas	RUT. Permite la consulta de las listas restrictivas
CRITERIO	**NO HABILITADO**	**HABILITADO**	**HABILITADO**	**HABILITADO**	**HABILITADO**	**NO HABILITADO**

Nota 1: Teniendo en cuenta la Política Institucional cuyo objeto es "*Contribuir con estrategias para la reducción y buen uso de papel con el fin de mitigar los gastos institucionales y aportar en el cuidado del medio ambiente y responsabilidad social frente a las partes interesadas, en cumplimiento de la normatividad vigente*". Los documentos para realizar la respectiva verificación se encuentran en la oferta presentada por el proponente al proceso en la Plataforma Electrónica Secop II.

Nota: 2: El presente concepto corresponde exclusivamente a la evaluación del riesgo LA/FT/FPADM y no sustituye ni condiciona la evaluación jurídica, técnica o financiera del proceso de contratación.

MARTHA ISABEL ORTIZ HURTADO	LILIANA RIOS VELANDIA	IVAN CADENA GRANDAS	JUAN CAMILO VILLAMIL
OFICIAL DE CUMPLIMIENTO	OFICIAL DE CUMPLIMIENTO	OFICIAL DE CUMPLIMIENTO	OFICIAL DE CUMPLIMIENTO
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S. E

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."