

|                                                                                                                                  |                                      |          |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------|---------|
| <br>DEPARTAMENTO DEL META<br>NIT. 892.000.148-8 | CERTIFICADO IDONEIDAD DEL PROPONENTE | CÓDIGO:  | F-BS-09 |
|                                                                                                                                  |                                      | VERSIÓN: | 04      |

## LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL META

### Verificación de Idoneidad o Experiencia Artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015

#### 1. Objeto del Contrato a Celebrarse

**“REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL DENSIMETRO 4100M DEL LABORATORIO DE SALUD PUBLICA DEL META REQUERIDO PARA FORTALECER SU CAPACIDAD ANALITICA EN LA DETERMINACION DE DENSIDAD DE LIQUIDOS Y APOYAR LA VIGILANCIA SANITARIA DE ALIMENTOS Y BEBIDAS Y PRODUCTOS QUIMICOS”**

#### 2. Perfil Requerido

##### 2.1 Idoneidad (Formación Académica): N/A

#### Perfil del proveedor

Nombre: **ANTON PAAR SAS**/ Número de Identificación:901.281.444 1, Representante Legal: **ANDRES FELIPE REY VILLALBA**/ Documento de Identificación: **80.203.476. de Bogotá D.C.**

#### a. Experiencia

| ENTIDAD                     | CARGO       | SOPORTE       | INICIO     | FIN        | AÑOS      | MESES | DIAS |
|-----------------------------|-------------|---------------|------------|------------|-----------|-------|------|
| Secretaria de Salud de Meta | CONTRATISTA | CERTIFICACION | 26/04/2025 | 25/07/2025 |           | 2     |      |
| TOTAL EXPERIENCIA           |             |               |            |            | DOS MESES |       |      |

- b. Que el objeto social se ajusta al objeto a contratar.
- c. Que el proveedor tiene el respaldo financiero necesario para ejecutar el presente proceso.
- d. Que el proveedor no tiene vigentes sanciones por parte de los organismos de control.

En mérito de lo expuesto,

### CERTIFICA

Que **ANTON PAAR SAS** identificado (a) tributariamente con el NIT. No. **901.281.444-1** representada legalmente por **ANDRES FELIPE REY VILLALBA** identificada con la cédula de ciudadanía No. **80.203.476 de Bogotá D.C.**,Cuyo objeto social es: “*Venta y comercio al por mayor de instrumentos de medición y análisis, equipos y sus componentes*”, según consta en el certificado de existencia y representación legal de fecha 03 de Agosto de 2026.

En cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, mediante la revisión de los documentos solicitados, de conformidad con lo requerido por los estudios previos; y de acuerdo con lo evidenciado en los documentos aportados como las declaraciones de renta, estados financieros y la

|                                                                                                                                  |                                      |          |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------|---------|
| <br>DEPARTAMENTO DEL META<br>NIT. 892.000.148-8 | CERTIFICADO IDONEIDAD DEL PROPONENTE | CÓDIGO:  | F-BS-09 |
|                                                                                                                                  |                                      | VERSIÓN: | 04      |

experiencia se demostró que el proveedor tiene la capacidad económica, la idoneidad y experiencia, necesarias para ejecutar las actividades y dar cumplimiento del objeto a contratar.

Que **ANTON PAAR SAS** diligenció el Formato Único de Hoja de Vida, con el que se anexa los siguientes documentos:

| DOCUMENTOS DEL PROVEEDOR |                                                                                                                                                                                                                                         | APLICA | NO APLICA |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|
| 1                        | Propuesta                                                                                                                                                                                                                               | X      |           |
| 2                        | Formato único hoja de vida de la función pública                                                                                                                                                                                        |        | X         |
| 3                        | Publicación proactiva declaración bienes rentas y registro de conflicto de interés                                                                                                                                                      |        | X         |
| 4                        | Formato declaración de rentas e impuestos complementario. (Persona Jurídica)                                                                                                                                                            |        | X         |
| 5                        | Soportes que acrediten la formación académica consignada en la hoja de vida, (un solo archivo pdf)                                                                                                                                      |        | X         |
| 6                        | Soportes que acrediten la experiencia.                                                                                                                                                                                                  | X      |           |
| 7                        | Documento de identificación, (copia de ambas caras legibles)                                                                                                                                                                            | X      |           |
| 8                        | Copia certificada de existencia y representación legal del y/o certificado de matrícula mercantil, no superior a 30 días de expedición                                                                                                  | X      |           |
| 9                        | Copia del Registro Único Tributario RUT, vigente                                                                                                                                                                                        | X      |           |
| 10                       | Aporte documento que acredite su situación militar definida (hombres menores de 50 años). Este requisito se validará en la etapa de selección del proveedor.                                                                            | -      | X         |
| 11                       | Certificación bancaria de la cuenta en que se harán los pagos pactados (fecha de expedición no superior a 90 días)                                                                                                                      | X      |           |
| 12                       | Certificado afiliación sistema de salud y pensión o planilla en la que conste pago de aporte del mes en el que se firma el contrato. (Persona Natural)                                                                                  |        | X         |
| 13                       | Certificación expedida por el representante legal y/o revisor fiscal, donde acredite que se encuentra a paz y salvo con los aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses. (Persona Jurídica)                   | X      |           |
| 14                       | Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación inferior a 3 meses de expedición. (persona natural y/o persona jurídica)                                                                   | X      |           |
| 15                       | Certificado de antecedentes fiscales expedido por Contraloría General de la República inferior a 3 meses de expedición. (persona natural y/o jurídica)                                                                                  | X      |           |
| 16                       | Certificación de antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional y Certificado del Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC en un solo archivo pdf.                                                               | X      |           |
| 17                       | Certificación de antecedentes de delitos sexuales expedido por la Policía Nacional de Colombia. De acuerdo al Decreto 753 de 2019.                                                                                                      |        | X         |
| 18                       | Certificado del registro de deudores alimentarios morosos (REDAM), expedido por la autoridad competente de acuerdo a la ley 2097 del 2 de julio del 2021 (Mientras se implementa la plataforma de consulta, se deberá incluir dentro de |        | X         |

|                                                                                                                                  |                                      |          |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------|---------|
| <br>DEPARTAMENTO DEL META<br>NIT. 892.000.148-8 | CERTIFICADO IDONEIDAD DEL PROPONENTE | CÓDIGO:  | F-BS-09 |
|                                                                                                                                  |                                      | VERSIÓN: | 04      |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
|    | su propuesta si se encuentra o no incurso en alguna demanda a manera de declaración)                                                                                                                                                              |   |   |
| 19 | Certificado médico de ingreso legible (tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del decreto 723 de 2013). (Personas Naturales) |   | X |
| 20 | Certificado de antecedentes disciplinarios legible expedido por la entidad correspondiente (cuando aplique según la profesión. Ejemplo: Abogados certificación del consejo superior de la judicatura).                                            |   | X |
| 21 | Tarjeta profesional legible.                                                                                                                                                                                                                      |   | X |
| 22 | Acreditación como proveedor exclusivo en el territorio nacional                                                                                                                                                                                   | X |   |

Se expide, en Villavicencio a los Veintisiete (27) días de Agosto de 2026.

|          |                             |         |                              |         |                         |
|----------|-----------------------------|---------|------------------------------|---------|-------------------------|
| Firma:   | <u>ORIGINAL FIRMADO</u>     | Firma:  | <u>ORIGINAL FIRMADO</u>      | Firma:  | <u>ORIGINAL FIRMADO</u> |
| Nombre:  | JUAN CARLOS MOJICA CASTILLO | Nombre: | YOVIR ALBERTO MONROY PALACIO | Nombre: | ANA ZENIT ARGOTE PEREZ  |
| Cargo:   | Profesional Especializado   | Cargo:  | Abogado Especializado        | Cargo:  | Secretaria de Salud     |
| Proyectó |                             | Revisó  |                              | Aprobó  |                         |

**Nota:** Verificar la vigencia del documento en el listado maestro de documentos.