FORMULARIO OFERTA TÉCNICA

Santiago de Cali, 03 de marzo 2021

Señores
MDN-FAC-DGSM-EMAVI-ESM
Cali – Valle del Cauca.

Proceso de Selección Abreviada de Menor Cuantía para servicios de salud No.007-00-S-DIGSA-JEFSA-EMAVI-ESM-2021

Objeto: "*PRESTACIÓN DE SERVICIO MÉDICOS ESPECIALIZADOS EN ATENCIÓN VISUAL PARA LOS USUARIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 760018302782"*

OFERTA TÉCNICA

Yo, JORGE EDUARDO SATIZABAL GARCIA, en Representación legal del Proponente OCCIDENTAL DE INVERSIONES MEDICO QUIRURGICAS S.A. – CLINICA SIGMA, con Nit: 805026250-8, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, manifiesto haber efectuado un análisis detallado, minucioso y exhaustivo de las especificaciones contenidas en el ANEXO TÉCNICO, lo que inequívocamente declaro que por ningún motivo me exonero de la responsabilidad y por lo mismo, me obligo a su irrestricto cumplimiento.

Por lo anterior, me permito detallar mi propuesta técnica en los siguientes términos:

CÓDIGO CUPS		**PROCEDIMIENTO**
VALORACIONES ESPECIALIZADAS		
1	**890276**	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA**
2	**890376**	**CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA**
3	**890302**	**CONSULTA ESPECIALISTA EN RETINOLOGO**
4	**890302**	**CONSULTA ESPECIALISTA EN CORNEA**
5	**890302**	**CONSULTA ESPECIALISTA EN GLAUCOMA**
6	**890302**	**CONSULTA PRIMERA VEZ OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA**
7	**890302**	**CONSULTA SEGUIMIENTO OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA**
8	**890302**	**CONSULTA OCULOPLASTIA**
9	**890302**	**CONSULTA ESTRABOLOGO**
10	**890302**	**CONSULTA NEUROOFTALMOLOGO**
11	**890207**	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA**
12	**890307**	**CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRÍA**
13	**950101**	**EVALUACIÓN ORTOPTICA**
14	**953501**	**TERAPIA ORTOPTICA**
PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS		
1	**952302**	**POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES**
2	**952303**	**POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MULTIFOCALES**
3	**951200**	**ANGIORRETINOFLUORESCEINOGRAFIA**
4	**951501**	**TOPOGRAFÍA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE**
5	**879121**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ORBITAS**
6	**951302**	**ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B**
7	**950501**	**ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL Y PERIFÉRICO CONVENCIONAL**
8	**950505**	**ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFÉRICO COMPUTARIZADO**
9	**950501**	**PAQUIMETRIA**

10	**952001**	**BIOMETRÍA OCULAR**
11	**951103**	**FOTOGRAFÍA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO**
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICO		
1	**137002**	**INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR EN CÁMARA ANTERIOR FIJADO AL IRIS**
2	**82504**	**ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS**
3	**116002**	**QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL ASISTIDA**
4	**103102**	**RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO**
5	**169202**	**RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE ORBITA**
6	**128401**	**RESECCIÓN DE TUMOR DE LA ESCLERÓTICA VIA ABIERTA**
7	**128405**	**ABLACION DE LESION O TUMOR DE LA ESCLEROTICA**
8	**124201**	**RESECCIÓN TUMOR DEL ÍRIS**
9	**130002**	**EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR MANUAL DE CRISTALINO**
10	**130003**	**EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO**
11	**143402**	**REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA INTERNA**
12	**143403**	**REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA EXTERNA**
13	**121401**	**IRIDECTOMÍA (BASAL, PERIFÉRICA Y TOTAL)**
14	**126403**	**TRABECULECTOMÍA CONVENCIONAL**
15	**147101**	**VITRECTOMÍA ANTERIOR**
16	**147403**	**VITRECTOMÍA POSTERIOR ASISTIDA**
17	**100101**	**EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUBCONJUNTIVAL**
18	**89104**	**ABLACIÓN DE PESTAÑAS (SUPERIOR O INFERIOR)**
19	**89105**	**ABLACION DE PESTANAS VIA ABIERTA**

1. **Condiciones técnicas: El proponente debe anexar en su oferta:**

a. **La oportunidad de citas en cada servicio solicitado de acuerdo al reporte exigido por la SUPERSALUD.**
b. **Portafolio de servicios con su respectivo tarifario en caso de ser requerido para algunos servicios adicionales, para los usuarios.**
c. **Certificado del Registro Generadores de Residuos Peligrosos ante la Corporación Autónoma Departamental vigente hasta el término de ejecución del contrato.**
d. **Certificado de habilitación de cada uno de los servicios ofertados, expedido por la Secretaría Departamental de Salud.**
e. **El oferente debe certificar la inscripción del personal en el RETHUS (Registro único nacional del talento humano en salud)**
f. **Estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS.**
g. **Certificación de cumplimiento sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo**

2. **Condiciones económicas:**

Las IPS participantes, deberán presentar la oferta económica de los servicios que contenga su portafolio de servicios, basados en los servicios y procedimientos establecidos en el Acuerdo 002 del 27 de abril de 2001 "Por *el cual se establece el Plan de servicio de Sanidad Militar y Policial",* y la Resolución N. 5975 del 02 diciembre de 2016, indicando la tarifa que ofertan y su valor en pesos, para la vigencia 2020 de cada uno, por ejemplo:

CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TARIFA	PRECIO PARA LA VIGENCIA 2021
89.0.3.02	**CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA**	**XXXXXX**	**$ XXXXXX pesos**

NOTA: No es requisito técnico, que la IPS deba ofertar todos los servicios y procedimientos descritos en el Acuerdo 002, sino que su oferta incluya y describa todos y cada uno de los servicios de su portafolio de servicios.

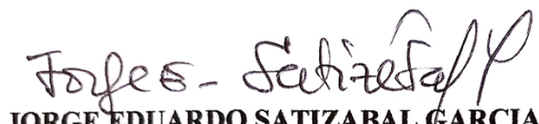
Los valores presentados en la oferta de servicios no pueden ser superiores a los ofertados a otras entidades de la fuerza pública (Ejército Nacional, Armada Nacional y Policía Nacional.

A algunos procedimientos se realizará la facturación de derechos de sala y materiales y se exceptúa honorarios médicos.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

- **El contratista se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.**
- **El contratista se compromete a mantener las tarifas ofertadas durante la ejecución del contrato.**
- **El contratista se compromete que, para el pago de los servicios prestados, los documentos de soporte deben ser originales, no se aceptaran fotocopias ni ordenes escaneadas por parte del ESM.**

El contratista presentará la facturación debidamente diligenciada con sus documentos soportes señalados en la Resolución 3047 de agosto de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social correspondiente a cada paciente atendido durante el mes, debe estar firmada por el médico tratante, relacionando y discriminando los servicios prestados con sus correspondientes valores, los cuales deberán ser remitidos al ESM semanalmente anexando los RIPS en medio magnético, el ESM dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a la entidad las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de Protección Social y a través de su A anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados a la respuesta dada a la glosa inicial. La entidad deberá dar respuesta a las glosas presentadas por el ESM, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, la clínica podrá aceptar las glosas iníciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. El ESM, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho a la entidad. Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente al ESM, una vez la entidad subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas. Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la normatividad vigente (Decreto 4747 de 2007 y resolución 3047 de 2008).
Realizar el cargue de las facturas en SECOP 2.



JORGE EDUARDO SATIZABAL GARCIA
Firma del Representante Legal
CC. 16.604.689 de Cali

LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AÉREA COLOMBIANA – DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD - FUERZA AEREA - ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN – ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR

PROPUESTA ECONOMICA

PROCESO DE SELECCIÓN DE MINIMA CUANTIA No.007-00-S-DIGSA-JEFSA-EMAVI-ESM-2021

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIO MÉDICOS ESPECIALIZADOS EN ATENCIÓN VISUAL PARA LOS USUARIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 760018302782

ÍTEM	CÓDIGO CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TARIFA	PRECIO (EN PESOS)
		VALORACIÓN ESPECIALIDADES		
1	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	PROPIA	$ 36.000
2	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	PROPIA	$ 36.000
3	890302	CONSULTA ESPECIALISTA EN RETINOLOGO	PROPIA	$ 32.175
4	890302	CONSULTA ESPECIALISTA EN CORNEA	PROPIA	$ 32.175
5	890302	CONSULTA ESPECIALISTA EN GLAUCOMA	PROPIA	$ 32.175
6	890302	CONSULTA PRIMERA VEZ OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA	PROPIA	$ 32.175
7	890302	CONSULTA SEGUIMIENTO OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA	PROPIA	$ 32.175
8	890302	CONSULTA OCULOPLASTIA	PROPIA	$ 32.175
9	890302	CONSULTA ESTRABOLOGO	PROPIA	$ 32.175
10	890302	CONSULTA NEUROOFTALMOLOGO	PROPIA	$ 75.000
11	890207	CONSULTA PRIMERA VEZ OPTOMETRÍA	PROPIA	$ 12.000
12	890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRÍA	PROPIA	$ 10.500
13	950101	EVALUACIÓN ORTOPTICA	PROPIA	$ 20.000
14	953501	TERAPIA ORTOPTICA	PROPIA	$ 10.500
		PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS		
1	952302	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES	PROPIA	$ 65.000
2	952303	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MULTIFOCALES	PROPIA	$ 90.000
3	951200	ANGIORRETINOFLUORESCEINOGRAFIA	PROPIA	$ 110.000
4	951501	TOPOGRAFÍA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE	PROPIA	$ 55.000
5	879121	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ORBITAS	PROPIA	$ 590.000
6	951302	ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B	PROPIA	$ 65.000
7	950501	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL Y PERIFÉRICO CONVENCIONAL	PROPIA	$ 70.000
8	950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFÉRICO COMPUTARIZADO	PROPIA	$ 40.000
9	950501	PAQUIMETRIA	PROPIA	$ 35.000

10	952001	BIOMETRÍA OCULAR	PROPIA	$ 35.000
11	951103	FOTOGRAFÍA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	PROPIA	$ 28.900
		PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICO		
1	137002	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR EN CÁMARA ANTERIOR FIJADO AL IRIS	PROPIA	$ 800.000
2	82504	ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS	PROPIA	$ 130.000
3	116002	QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL ASISTIDA	PROPIA	$ 5.150.000
4	103102	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO	PROPIA	$ 300.000
5	169202	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE ORBITA	PROPIA	$ 500.000
6	128401	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA ESCLERÓTICA VIA ABIERTA	PROPIA	$ 550.000
7	128405	ABLACION DE LESION O TUMOR DE LA ESCLEROTICA	PROPIA	$ 230.410
8	124201	RESECCIÓN TUMOR DEL ÍRIS	PROPIA	$ 715.000
9	130002	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR MANUAL DE CRISTALINO	PROPIA	$ 1.300.000
10	130003	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO	PROPIA	$ 1.350.000
11	143402	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA INTERNA	PROPIA	$ 890.000
12	143403	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA EXTERNA	PROPIA	$ 1.050.000
13	121401	IRIDECTOMÍA (BASAL, PERIFÉRICA Y TOTAL)	PROPIA	$ 490.000
14	126403	TRABECULECTOMÍA CONVENCIONAL	PROPIA	$ 900.000
15	147101	VITRECTOMÍA ANTERIOR	PROPIA	$ 1.630.000
16	147403	VITRECTOMÍA POSTERIOR ASISTIDA	PROPIA	$ 2.890.000
17	100101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUBCONJUNTIVAL	PROPIA	$ 195.000
18	89104	ABLACIÓN DE PESTAÑAS (SUPERIOR O INFERIOR)	PROPIA	$ 190.000
19	89105	ABLACION DE PESTANAS VIA ABIERTA	PROPIA	$ 190.000

JORGE EDUARDO SATIZABAL GARCIA
RTE LEGAL OCCIDENTAL DE INVERSIONES MEDICO QUIRURGICAS S.A. – CLINICA SIGMA
CC. 16.604.689 de Cali

ITEMS SUJETOS DE EVALUACION PARA LA ASIGNACION DE PUNTAJE

ÍTEM	CÓDIGO CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TARIFA	PRECIO (EN PESOS)
		VALORACIÓN ESPECIALIDADES		
1	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	PROPIA	$ 36.000
2	890302	CONSULTA ESPECIALISTA EN RETINOLOGO	PROPIA	$ 32.175
3	890302	CONSULTA ESPECIALISTA EN CORNEA	PROPIA	$ 32.175
5	890302	CONSULTA ESPECIALISTA EN GLAUCOMA	PROPIA	$ 32.175
5	890302	CONSULTA PRIMERA VEZ OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA	PROPIA	$ 32.175
6	890302	CONSULTA OCULOPLASTIA	PROPIA	$ 32.175
8	890302	CONSULTA ESTRABOLOGO	PROPIA	$ 32.175
8	890302	CONSULTA NEUROOFTALMOLOGO	PROPIA	$ 75.000
9	890207	CONSULTA PRIMERA VEZ OPTOMETRÍA	PROPIA	$ 12.000
10	950101	EVALUACIÓN ORTOPTICA	PROPIA	$ 20.000
11	953501	TERAPIA ORTOPTICA	PROPIA	$ 10.500
		PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS		
12	952303	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MULTIFOCALES	PROPIA	$ 90.000
13	951501	TOPOGRAFÍA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE	PROPIA	$ 55.000
14	951302	ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B	PROPIA	$ 65.000
15	950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFÉRICO COMPUTARIZADO	PROPIA	$ 40.000
16	950501	PAQUIMETRIA	PROPIA	$ 35.000
17	952001	BIOMETRÍA OCULAR	PROPIA	$ 35.000
		PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICO		
18	82504	ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS	PROPIA	$ 130.000
19	116002	QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL ASISTIDA	PROPIA	$ 5.150.000
20	103102	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO	PROPIA	$ 300.000
21	169202	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE ORBITA	PROPIA	$ 500.000
22	128401	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA ESCLERÓTICA VIA ABIERTA	PROPIA	$ 550.000
23	121401	IRIDECTOMÍA (BASAL, PERIFÉRICA Y TOTAL)	PROPIA	$ 490.000
24	126403	TRABECULECTOMÍA CONVENCIONAL	PROPIA	$ 900.000
25	100101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUBCONJUNTIVAL	PROPIA	$ 195.000



JORGE EDUARDO SATIZABAL GARCIA
RTE LEGAL OCCIDENTAL DE INVERSIONES MEDICO QUIRURGICAS S.A. – CLINICA SIGMA
CC. 16.604.689 de Cali

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 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14637378340

(415)7707212489984(8020) 000001463737834 0

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona jurídica 1			Año Mes Día

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:
OCCIDENTAL DE INVERSIONES MEDICO QUIRURGICAS S.A.

36. Nombre comercial:	37. Sigla:
CLINICA SIGMA	OCCINVERSA

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal
AV 3 N 35 N 10 BRR PRADOS DEL NORTE

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
contador@clinicasigma.com.co		4 8 9 9 5 9 5	4 8 5 3 8 3 7

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	2 0 0 4 0 3 0 4		Año Mes Día				2

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:	3	5	7	8	9	1	0	1	1	1	4	1	6	4	2											

03- Impuesto al patrimonio
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
11- Ventas régimen común
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo
3	2

Servicio	1	2	3
57. Modo	1		
58. CPC	8 3		

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 7 3 0 Año Mes Día

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Certificado Bancario

Viernes, 15 de Enero de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que OCCIDENTAL DE INVERSIONES MEDICO QUIRURGICAS S A identificado(a) con NIT 805026250, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	82515943761	2003/12/12	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Establecimiento Bancario BANCOLOMBIA S.A. VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Es el momento de todos Bancolombia

FORMATO DATOS BÁSICOS CREACIÓN BENEFICIARIO

Proceso de Selección Abreviada de Menor Cuantía para servicios de salud No.002-00-S-DIGSA-JEFSA-EMAVI-ESM-2021

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia	FORMATO Anexo No. 1 Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta	Página 1 de 1 Código : 47 - PFMDNSGDF - F022 - 02 Vigente a partir de: 15 OCT 2015

CIUDAD___Cali_____ FECHA___03 de Marzo de 2021

Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF-Nación.

I. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA	PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA
Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)	Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista). Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero.
CONSORCIO O UNION TEMPORAL **Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal.** Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal	**Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.**

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos nacionales o extranjeros o consorcios y uniones temporales, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días. Los consorcios o uniones temporales podran presentar la certificacion bancaria de unos de los integrantes, de acuerdo a lo establecido en el documento de constitucion.

II. INFORMACION BASICA

2.1 DATOS PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA	Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:

NOMBRE O RAZON SOCIAL: OCCIDENTAL DE INVERSIONES MEDICO QUIRURGICAS S.A. – CLINICA SIGMA

Tipo documento de Identificación:		
Cédula de Ciudadanía:		No.
Cédula de Extranjería:		No.
Nit Persona Jurídica:	X	No. 805026250-8
Nit Persona Natural:		No.
Pasaporte:		No.
Registro Civil:		No.
Tarjeta de Identidad:		No.
Otro Tipo Documento:		No. Cuál:

2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNION DE LOS PARTICIPANTES-CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION:

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

III. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

Sociedad Anónima	X	Cooperativa		Empresa Ind. Y Cial del Estado	
Sociedad Colectiva		Empresa Unipersonal		Asociaciones Mutualistas	
Sociedad Comandita por Acciones		Empresa Comunitaria		Fondos de Empleados	
Sociedad Comandita Simple		Empresa de Servicio		Instituto de Economía Solidaria	
Sociedad de Economía Mixta		Entidad Pública		Precooperativa	
Sociedad de Hecho		Empresa Solidaria de Salud			
Sociedad Limitada		Entidad sin Animo de Lucro			
Sociedad Sucursal Extranjera		Federación o Confederación			
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)		Cooperativa de trabajo asociado			

TIPO DE CAPITAL	PRIVADO	X	**ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO**	SI
	PUBLICO			NO: X
	MIXTO			

PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO	PUBLICO	%
	PRIVADO	100 %
	TOTAL	%

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia	FORMATO Anexo No. 1 Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta	Página 1 de 1 Código : 47 - PFMDNSGDF - F022 - 02 Vigente a partir de: 15 OCT 2015

IV. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

ICA	X	IMPUESTO TIMBRE	
RENTA	X	RETENCION EN LA FUENTE ICA	X
RETENCION EN LA FUENTE RENTA	X	GRAN CONTRIBUYENTE	
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA	X	RETENCION EN LA FUENTE IVA	
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL			
INFORMACION EXOGENA	X	NO CONTRIBUYENTE	
REGIMEN COMUN	X	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	
REGIMEN ORDINARIO		NO RESPONSABLE	
ENTIDAD DEL ESTADO		RESPONSABLE	
AUTORRETENEDOR	SI	NO	X

V. UBICACIÓN

TIPO DE DIRECCION		DOMICILIO CIVIL	
DIRECCION PROCESAL		DOMICILIO FISCAL	
DOMICILIO CONTRACTUAL	X	RESIDENCIA	

Dirección	AV 3 # 35 NORTE – 10 CALI V	Teléfono	092- 4899595
E-mail	jefecontable@clinicasigma.com.co	Fax	
País	Colombia	Región	
Ciudad	Cali		
Localización	Nacional X	Extranjera	
Página Web		Contacto	JORGE EDUARDO SATIZABAL GARCIA
Designación del contacto	Razon social	E-mail del contacto	jefecontable@clinicasigma.com.co
Apartado Aéreo	760044		

VI. REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:

Revisor Fiscal		Tutores y Curadores por los incapaces	
Albaceas		Mandatarios o Apoderados Generales	
Representante legal de Personas Jurídicas	X	Padres por su hijos menores	
Donatorios o Asignatarios		Nombre Representante Legal:	JORGE EDUARDO SATIZABAL GARCIA
Otros		Tipo doc. Identificación	Cédula de ciudadanía
		No. Doc. Identificación	16.604.689 de Cali

VII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:

Entidad Financiera	BANCOLOMBIA SA		Número de Cuenta	82515943761	
Tipo de la cuenta bancaria	Corriente	X	Ahorro		

Jorge E. Satizabal G

JORGE EDUARDO SATIZABAL GARCIA

NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)

NOTA 1: El único formato válido para la creación de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.

NOTA 2: La información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras. El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo.