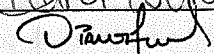


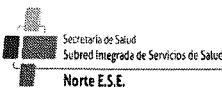
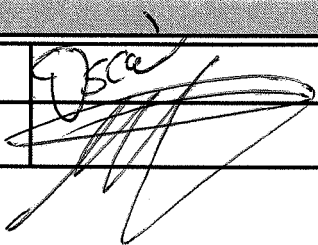
		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA		CÓDIGO: AP-CT-F-62-01 VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 2 FECHA: 22/05/2020	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN					
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No:		040-2022			
MODALIDAD DE SELECCIÓN:		INVITACIÓN A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR:		SUMINISTRO DE PAPEL TÉRMICO PARA LOS DIFERENTES EQUIPOS BIOMÉDICOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN JURÍDICA		
			Proponente 1 BIOPLUS MEDICAL CARE S.A.S 900.302.604-2	Proponente 2	Proponente 3
HABILITANTES JURÍDICOS	1. Carta de presentación de la propuesta (modelo anexo entregado por la subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A	N/A
	2. Certificación de cumplimiento de pago de aportes parafiscales efectuado en los últimos seis (6) meses (anexo entregado por la subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	3. Compromiso anticorrupción - pacto de transparencia (anexo entregado por la subred Norte ESE)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	4. Certificado de Existencia y Representación Legal o Documento Equivalente, no mayor a treinta (30) días calendarios	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	5. Fotocopia del registro único tributario - RUT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	2. No Cumple Observación: De acuerdo a lo solicitado en la invitación a Cotizar 040-2022, se tiene que la copia del certificado del registro Único Tributario debe ser expedido con fecha de actualización no superior a 30 días, especificación que no cumple el proponente pues adjunta documento con fecha de expedición 28/04/2022, por tanto debe proceder a subsanar dicha inconsistencia dentro del termino establecido para ello, de acuerdo al cronograma del proceso.	N/A Observación:	N/A Observación:
	6. Fotocopia del registro de identificación tributaria - RIT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	7. Documento de identificación del Representante Legal	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	8. Registro Único de Proponentes - RUP, no mayor a treinta (30) días calendarios	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	N/A Observación: Documento que no fue solicitado dentro de los criterios habilitantes jurídicos, en la invitación a cotizar 040-2022	N/A Observación:	N/A Observación:
	9. Certificado antecedentes disciplinarios - procuraduría general de la nación de la empresa y del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	10. Certificado antecedentes - contraloría general de la república de la empresa y del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	11. Certificado antecedentes - personería de bogotá d.c. del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	12. Certificado antecedentes judiciales - policía nacional del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	13. Certificado de registro nacional de medidas correctivas - policía nacional del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:

	14. Certificación bancaria	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	15. Documento de conformación de consorcio o unión temporal (anexo entregado por la subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	N/A Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	16. Garantía de seriedad de la oferta	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	N/A Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	17. Autorización para presentar la oferta y comprometer a personas jurídicas	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	N/A Observación: de acuerdo a lo solicitado en la invitación a Cotizar 040-2022, teniendo en cuenta que el representante legal de la empresa está plenamente facultado y autorizado para presentar la oferta de acuerdo al certificado de existencia y representación de dicha empresa, no es necesario adjuntar documento autorización.	N/A	N/A

OBSERVACIONES:

El proponente no cumple con el total de los requisitos habilitantes jurídicos, solicitado en la invitación a cotizar 040-2022; por tanto deberá corregir el ítem a que ubiere lugar, de acuerdo a la observación específica efectuada.

EVALUADORES		
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:	KAROL DANNISSA RIVERA SÁNCHEZ PROFESIONAL DE APOYO	
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:	DIANA FARLEY VILLANI LADINO DIRECTORA DE CONTRATACIÓN	

	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS SARLAFT		CÓDIGO: AP-CT-F-60-01
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 1
			PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020
INFORMACIÓN DEL PROCESO			
PROCESO No	040-2022		
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACION A COTIZAR		
OBJETO A CONTRATAR	LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE. INVITA A PRESENTAR PROPUESTAS PARA "SUMINISTRO DE PAPEL TÉRMICO PARA LOS DIFERENTES EQUIPOS BIOMÉDICOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN SARLAFT			
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	Proponente 1
			BIOPLUS MEDICAL CARE SAS NIT 900302604-1
3. HABILITANTES SARLAFT (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación ó en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	Formato para conocimiento del Cliente o contraparte-Empresa	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE
	Información financiera	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia RUT	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia Cedula de Ciudadania/ Cedula de Extranjeria Representante legal	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia Declaración de Renta	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Documento composición accionaria- Societaria	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Verificación en lista vinculante o restrictivas	CUMPLE / NO CUMPLE	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS CONSULTA No.452
OBSERVACIONES: OBSERVACIONES: CIRCULAR 009/2019: CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE. LOS PROponentES DEBEN DILIGENCIAR EL FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE EN SU TOTALIDAD, LO QUE NO APLIQUE O NO CORRESPONDA AL TIPO DE EMPRESA SE DEBE COLOCAR N/A. NO DEBEN QUEDAR CASILLAS EN BLANCO. EL NO DILIGENCIAMIENTO DE LA TOTALIDAD DEL FORMATO, SE CALIFICARA COMO NO CUMPLE, LO QUE INHABILITA AL PROVEEDOR PARA CONTINUAR EN EL PROCESO. LEA DETENIDAMENTE EL FORMATO. DE IGUAL FORMA DEBE ALLEGAR LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACION EXIGIDA PARA LA EVALUACION.			
*El proponente BIOPLUS MEDICAL CARE SAS NIT 900302604-1 NO CUMPLE con la verificación SARLAFT. Formulario cliente o contraparte empresa: Numeral 4: información financiera: el valor de los egresos operacionales no coincide con los Estados financieros presentados.			
*Se efectuó la verificación de los soportes requeridos y la información financiera reportada por el oferente. Información necesaria para el conocimiento del cliente o contraparte SARLAFT.			
*La información registrada en los formatos de conocimiento del cliente /contraparte cuentan con la garantía de confidencialidad y seguridad de manejo de la información de que tratan las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012			
*La evaluación y análisis de la información presentada por el oferente se lleva a cabo en concordancia con lo dispuesto en el Manual de Procedimientos para la Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.			
EVALUADORES			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:	OSCAR JAVIER MANRIQUE LADINO /SUBGERENTE CORPORATIVO/OFICIAL DE CUMPLIMIENTO (ENC)		
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:	ASTRID TERESA RUSSI GUARIN/ PROFESIONAL UNIVERSITARIO/ANALISTA SARLAFT FECHA: 14/07/2022		

AMLRISK - Reporte de Búsqueda Masiva

- ID Búsqueda: 452
- Porcentaje de Coincidencia: 100%
- Usuario: 52064924
- Nombre usuario: ASTRID TERESA RUSSI GUARIN
- Fecha: 2022-07-15 09:11:03

AMLRISK - LISTAS CONSULTADAS

1. Actos administrativos	186. Aml_news jamaica
2. Acuerdos de reestructuración supersociedades	187. Aml_news españa
3. African bank	188. Peps estados unidos
4. African bank	189. Aml_news méxico
5. Aml_news alemania	190. Aml_news nicaragua
6. Aml_news antigua	191. Aml_news panamá
7. Aml_news argentina	192. Aml_news paraguay
8. Aml_news bahamas	193. Aml_news Perú
9. Aml_news barbados	194. Aml_news puerto rico
10. Aml_news belice	195. Aml_news san cristóbal y nieves
11. Aml_news bolivia	196. Aml_news san vicente y las granadinas
12. Aml_news brasil	197. Aml_news santa lucía
13. Aml_news Canadá	198. Aml_news surinam
14. Aml_news Chile	199. Peps guatemala
15. Aml_news costa rica	200. Aml_news trinidad y tobago
16. Aml_news cuba	201. Peps guinea-bisáu
17. Aml_news dominica	202. Peps guinea-bisáu
18. Aml_news ecuador	203. Peps guinea ecuatorial
19. Aml_news el salvador	204. Peps guinea ecuatorial
20. Aml_news españa	205. Peps guyana
21. Aml_news estados	206. Peps haití
22. Aml_news francia	207. Peps honduras
23. Aml_news granada	208. Banco interamericano de desarrollo (bid)
24. Aml_news guatemala	209. Boletín guardia civil española
25. Aml_news guyana	210. Boletines procuraduría colombia
26. Aml_news haití	211. Peps irak
27. Aml_news honduras	212. Contratistas 2015 y 2016 alcaldía mayor de bogotá
28. Aml_news jamaica	213. Contratistas 2018 alcaldía mayor de bogotá
29. Aml_news méxico	214. Contratistas 2019 alcaldía mayor de bogotá
30. Aml_news nicaragua	215. Cont p de servicios 2019 alcaldía mayor de bogotá
31. Aml_news panamá	216. Contratistas sancionados panamá
32. Aml_news paraguay	217. Funcionarios y contratistas contraloría
33. Aml_news Perú	218. Peps jamaica
34. Aml_news puerto rico	219. Peps jordanía
35. Aml_news r. dominicana	220. Peps kazajistán
36. Aml_news r. dominicana	221. Peps kenia
37. Aml_news san cristóbal y nieves	222. Acuerdos de reestructuración supersociedades
38. Aml_news santa lucía	223. Concordatos supersociedades
39. Aml_news san vicente y las granadinas	224. Empresas en liquidación voluntaria supersolidaria
40. Aml_news surinam	225. Liquidación judicial supersociedades
41. Aml_news trinidad y tobago	226. Peps lesoto
42. Aml_news united kingdom	227. Peps líbano
43. Antecedentes procuraduría colombia-	228. Peps liberia
44. Asian bank anticorruption and integrity	229. Entidades en acuerdo de reestructuración supersalud
45. Australian foreing affairs	230. Boletines de la dea
46. Banco interamericano de desarrollo	231. Fugitivos fbi
47. Banco interamericano de desarrollo (bid)	232. Peps luxemburgo
48. Aml_news francia	
49. Banco mundial	
50. Bancos sancionados panamá	
51. Bis	

Persona consultada:	Nombre: BIOPLUS MEDICAL CARE SAS 900302604
Resultado de búsqueda:	0 coincidencias encontradas

Persona consultada:	Nombre: ROCIO MORA AVENDAÑO 1075541482
Resultado de búsqueda:	0 coincidencias encontradas

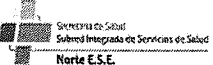
Persona consultada:	Nombre: JOSE E CASTILLO
Resultado de búsqueda:	0 coincidencias encontradas

Persona consultada:	Nombre: LUIS CARLOS MORA CELIS 12247240
Resultado de búsqueda:	0 coincidencias encontradas

FIN DE REPORTE >> Se encontraron coincidencias para 0 personas

IC 040

		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE-EMPRESA (CIRCULAR 009/2016-005-5/2022)		CÓDIGO: AP-GF-F-23-03 VERSIÓN: 3 PÁGINAS: 1 DE 3 FECHA: 15/06/2022	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA					
CIRCULARES: *009 DE 2016 *005-5 DE 2022: "POLÍTICA DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE". SE DEBE DILIGENCIAR EL FORMATO EN SU TOTALIDAD, LO QUE NO APLIQUE O NO CORRESPONDA AL TIPO DE EMPRESA SE DEBE COLOCAR N/A. NO DEBEN QUEDAR CASILLAS EN BLANCO. LEA DETENIDAMENTE EL FORMATO. DE IGUAL FORMA DEBE ALLEGAR LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN.					
CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO Funza Cundinamarca, Colombia 12 Julio 2022					
PERSONA JURÍDICA ☒ PERSONA NATURAL ☐ OTRA: ☐ CUAL: _____					
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
ASEGURADOR ☐ PROVEEDOR ☒ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: _____					
2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA					
RAZÓN SOCIAL BIOPLUS MEDICAL CARE SAS		NIT 900302604-1			
REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO MORA SEGUNDO APELLIDO AVENDAÑO NOMBRES ROCÍO					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CEDULA DE CIUDADANÍA ☒ CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐ PASAPORTE ☐		No IDENTIFICACIÓN: 1075541482		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN: (A/M/D) Aipe Huila, 2009/03/13	
		FECHA NACIMIENTO: (A/M/D) 1990/2/07		LUGAR NACIMIENTO: CIUDAD/DEPARTAMENTO Aipe Huila	
				NACIONALIDAD Colombiana	
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL Calle 5A 7A -14		PAÍS/DEPARTAMENTO/CIUDAD Colombia/ Cundinamarca/ Funza		CORREO ELECTRÓNICO/ PAGINA INTERNET: info@bioplusmedicalcare.com	
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA N/A		PAÍS/DEPARTAMENTO/CIUDAD N/A		CORREO ELECTRÓNICO/ PAGINA INTERNET: N/A	
				TELÉFONO/FAX/CELULAR 8237441-31874419556	
				TELÉFONO/FAX/CELULAR N/A	
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA) SEÑALE CON UNA EQUIS (X)					
SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ PÚBLICA ☐ PRIVADA ☒ COMERCIAL ☒ INDUSTRIAL ☐					
TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____					
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)					
GRAN CONTRIBUYENTE ☐ RENTA ☒ IVA ☒ ICA ☒ CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRINCIPAL 9,66*1000					
AGENTE RETENEDOR ☒ AGENTE AUTORETENEDOR ☐					
3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)					
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS		SI ☐ NO ☒			
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO		SI ☐ NO ☒			
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL		SI ☐ NO ☒			
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA		SI ☐ NO ☒			
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:					
IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN					
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE SER NECESARIO UTILICE ANEXO)		% PARTICIPACIÓN		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	
Luis Carlos Mora Celis		50		C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
Rocío Mora Avendaño		50		C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
N/A		N/A		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)					
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		78.835.400		ACTIVOS TOTALES	
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		2.253.693		PASIVOS TOTALES	
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		56.621.689		PATRIMONIO	
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		74.720.951		1.106.056	
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES (describa):		Recuperaciones y diversos			
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES (describa):		Gastos admon, gastos financieros, diversos			
5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES					
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:		SI ☐ NO ☒			
REDESCUENTO ☐ EXPORTACIONES ☐ LEASING ☐ SERVICIOS ☐ OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐ IMPORTACIONES ☐					
PAGO DE SERVICIOS ☐ PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐ INVERSIONES ☐ OTRA ☐ cual: N/A					
DESCRIBA LAS OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA					
TIPO PRODUCTO		No DEL PRODUCTO		MONEDA	
N/A		N/A		N/A	
N/A		N/A		N/A	
6. DECLARACIÓN 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-Circular 005-5 de 2022, expedidas 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 ocupación, oficio, actividad o negocio): Comercialización de equipos médicos, accesorios y/ repuestos de equipos médicos, Servicio de Mantenimientos preventivos y correctivos y alquiler de equipos médicos.					

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE-EMPRESA (CIRCULAR 009/2016-005-S/2022)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-03 VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINAS: 3 DE 3 FECHA: 15/06/2022

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 la Empresa se obliga a actualizarla cuando así se requiera.

4. Cláusula para apoderados: Certifica que toda la información suministrada y de la cual no se es titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.

5. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán al lavado de activos, financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas, proliferación de armas de destrucción masiva, o acciones relacionadas con actos de corrupción, opacidad o fraude, se destinarán a actividades lícitas..

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 se admite que terceros entreguen recursos en mi nombre (rep Legal o el de la Empresa) 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. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

9. 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.

10. 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 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 último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APDERADO

A _____ poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente o contraparte, 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, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva, y al Sistema de Corrupción, Opacidad y fraude SICOF.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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, control del lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva, 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 también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: 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 prestación 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos.

c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. La liquidación y pago de cuentas. Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados.

d) El control y la prevención del riesgo.

e) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud.

f) _____ 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.

g) Envío de información de Sujetos de tributación a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables.

h) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.

i) Para la prevención y control de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva. Sistema SICOF.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE-EMPRESA (CIRCULAR 009/2016-005-5/2022)		CÓDIGO: AP-GF-F-23-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		VERSIÓN: 3
			PÁGINAS: 2 DE 3 FECHA: 15/06/2022

2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por la Subred Norte ESE, 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 jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la SUBRED NORTE 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/o servicios.
 d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros.
 e) A la UIAF y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: En el caso de que en determinadas situaciones sea 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 las circulares 009 de 2016 y 005-5 de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud.

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.

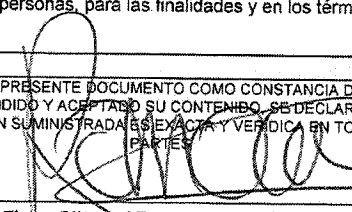
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: 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, 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., Teléfono 4431790, email sarlaft@subrednorte.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y el Control del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva, y al Sistema de Corrupción, Opacidad y fraude SICOF.

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, 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.

9. FIRMA Y HUELLA

SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO. SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES.


 Firma Cliente / Representante Legal


 bioplus
 MEDICAL CARE

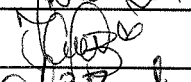
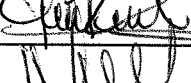
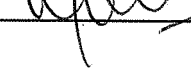

 Huella Índice Derecho

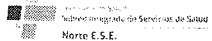
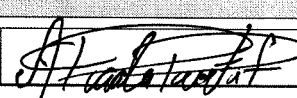
10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN (USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED NORTE ESE)

1. Ciudad y fecha	Bogotá 14/7/22
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	Don Rsl P. UNY
3. Lugar de la Verificación:	OFI SARLIFT
4. Observaciones:	
5. Firma:	

		EVALUACIÓN DE PROPUUESTAS TÉCNICAS		CÓDIGO: AP-CT-F-R1-01 VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN					
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		040-2022			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		SUMINISTRO DE PAPEL TÉRMICO PARA LOS DIFERENTES EQUIPOS BIOMÉDICOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO		CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			BIOPLUS MEDICAL CARE S.A.S. No. NIT: 900.302.604-1	NO APLICA No. NIT: NO APLICA	NO APLICA No. NIT: NO APLICA
TÉCNICOS (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	1. El oferente debe presentar ficha técnica del producto ofertado donde se evidencie que cumplen con las especificaciones técnicas solicitadas.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE: El oferente allega fichas técnicas para la totalidad de ítems objeto del presente proceso.		
	2. El oferente debe allegar muestra de los ítems objeto del proceso dos (2), seis (6), diecinueve (19), veinticuatro (24), veintiséis (26), veintinueve (29), treinta y uno (31) y treinta y tres (33) para ser evaluadas por la entidad. Nota: Los ítems objeto de muestra fueron seleccionados de acuerdo a la demanda de consumo, y la complejidad de los mismos.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE: El oferente allega muestra de los ítems solicitados de acuerdo a especificaciones y ficha técnica presentada, se adjunta remisión No. BP-114-2022 y registro fotográfico.		
	3. Presentar documento debidamente suscrito por el representante legal del oferente en donde garantice que lo ofertado es compatible con el equipo relacionado en la "DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR" y por ende funcionara correctamente en el mismo.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE: El oferente allega documento suscrito por Representante Legal "Ref.: carta de garantía de compatibilidad con los equipos" en donde se evidencia el cumplimiento de lo solicitado en el requerimiento.		
	4. Hacer entrega de carta de garantía del producto ofertado debidamente suscrita por el representante legal del oferente, en donde indique tiempo de garantía "no menor a un (1) mes" y exclusiones de la misma.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE: El oferente allega documento suscrito por Representante Legal "Ref.: carta de garantía y exclusiones de los productos ofertados" en donde ofrece garantía por tres (3) meses y relaciona las exclusiones de la misma, evidenciándose así el cumplimiento de lo solicitado en el requerimiento.		

[Handwritten signature]

		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA		CÓDIGO: AP-CT-F-61-01	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN: 1	
		GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 1	
				FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No.		040-2022			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		SUMINISTRO DE PAPEL TÉRMICO PARA LOS DIFERENTES EQUIPOS BIOMÉDICOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO		CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			BIOPUS MEDICAL CARE S.A.S.	NO APLICA	NO APLICA
			No. NIT: 900.302.604-1	No. NIT: NO APLICA	No. NIT: NO APLICA
	5. Anexar certificación de experiencia de máximo tres (3) contratos ejecutados con entidades públicas o privadas debidamente suscritas por el representante legal, cuyo objeto debe ser igual o de similares características al objeto del presente proceso de selección y que sumadas sean iguales o superiores al presupuesto oficial. El proponente también podrá acreditar la experiencia allegando Acta de Liquidación del Contrato debidamente suscrito por las partes, la cual podrá ir acompañada con el Acta de Terminación y/o Recibo de Trabajos que demuestren el 100% del cumplimiento, y cuyo objeto debe ser igual o de similares características al objeto del presente proceso de selección y que sumadas sean iguales o superiores al presupuesto oficial. La certificación y/o acta de liquidación junto con la copia del contrato, debe contener como mínimo: • Entidad contratante. • Persona o entidad a la que certifican con número de identificación y/o nit. • Objeto del contrato • Fecha de inicio y terminación del contrato. • Valor del contrato. • Indicación del cumplimiento y ejecución del contrato al 100%.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE: El oferente presenta documentación la cual no cumple con lo solicitado en el requerimiento, puesto que no allega certificación ni acta de liquidación emitidas por las entidades que se encuentran relacionadas en los contrato allegados. Las certificaciones y/o actas de liquidación deben ser emitidas por la entidad contratante.		
MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS			NO CUMPLE		
OBSERVACIONES: El oferente no allega documentación completa y/o conforme a lo solicitado en los requerimientos técnicos del ítem número 5 para certificar la experiencia en el presente proceso de selección.					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		KAREN JINETH CÁRDENAS RODRÍGUEZ Profesional Administrativo			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		CAROLA DÍAZ VARGAS Tecnóloga Administrativa			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		MÓNICA MILENA RAVELO MOYANO Profesional Especializado			
VoBo. Dirección Administrativa:		MARTHA ISABEL DOZA BOLÍVAR Directora Administrativa (E)			

	CONSOLIDADO DE EVALUACIONES INICIALES		CÓDIGO: AP-CT-F-55-01		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN: 1		
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 1		
FECHA: 22/05/2020					
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No	040-2022	MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACION A COTIZAR		
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE PAPEL TÉRMICO PARA LOS DIFERENTES EQUIPOS BIOMÉDICOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			BIOPLUS MEDICAL CARE S.A.S.		
			NIT: 900.302.604-1		
1. HABILITANTES JURÍDICOS	DOCUMENTOS JURÍDICOS	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	2. No Cumple Observación:	Observación:	Observación:
2. FINANCIERA	DOCUMENTOS FINANCIEROS	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	N.A. Observación:	Observación:	Observación:
3. SARLAFT	DOCUMENTOS SARLAFT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	2. No Cumple Observación:	Observación:	Observación:
4. TÉCNICOS	DOCUMENTOS TÉCNICOS	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	2. No Cumple Observación:	Observación:	Observación:
OBSERVACIONES: SÍRVASE ALLEGAR EN EL TÉRMINO DE TRASLADO DE LA EVALUACIÓN INICIAL Y CONFORME A LA INVITACIÓN A COTIZAR 040-2022, LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS.					
BIOPLUS MEDICAL CARE S.A.S., NIT. 900.302.604-1 JURÍDICO: (NO CUMPLE) De acuerdo a lo solicitado en la Invitación a Cotizar 040-2022, se tiene que la copia del certificado del Registro Unico Tributario debe ser expedido con fecha de actualización no superior a 30 días, especificación que no cumple el proponente pues adjunta documento con fecha de expedición 28/04/2022, por tanto debe proceder a subsanar dicha inconsistencia dentro del termino establecido para ello, de acuerdo al cronograma del proceso. SARLAFT: (NO CUMPLE) Formulario cliente o contraparte empresa: Numeral 4: información financiera: el valor de los egresos operacionales no coincide con los Estados financieros presentados. TÉCNICO: (NO CUMPLE) El oferente no allega documentación completa y/o conforme a lo solicitado en los requerimientos técnicos del punto número 5 para certificar la experiencia en el presente proceso de selección. "El oferente presenta documentación la cual no cumple con lo solicitado en el requerimiento, puesto que no allega certificación ni acta de liquidación emitidas por las entidades que se encuentran relacionadas en los contrato allegados. Las certificaciones y/o actas de liquidación deben ser emitidas por la entidad contratante."					
ELABORADO					
Nombre, cargo y firma de quien consolida las evaluaciones:		Adriana Paola Puerta Florez Profesional Administrativo II - Dirección de Contratación			

**RECEPCIÓN DE MUESTRAS
INVITACIÓN A COTIZAR No. 040-2022 S.NTE
13 DE JULIO DE 2022**

OBJETO:

"SUMINISTRO DE PAPEL TÉRMICO PARA LOS DIFERENTES EQUIPOS BIOMÉDICOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E."

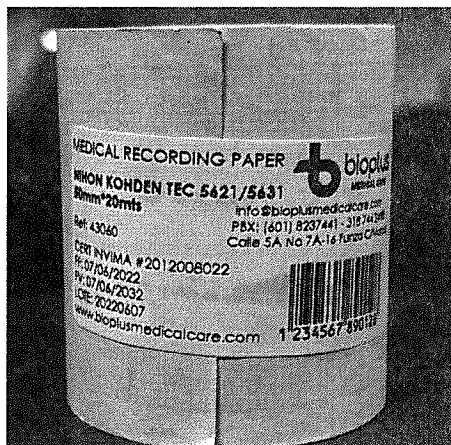
CRITERIO HABILITANTE TECNICO DE SELECCIÓN. Para acreditar este requisito el proponente deberá aportar:

Ítem 2. El oferente debe allegar muestra de los ítems objeto del proceso dos (2), seis (6), diecinueve (19), veinticuatro (24), veintiséis (26), veintinueve (29), treinta y uno (31) y treinta y tres (33) para ser evaluadas por la entidad.

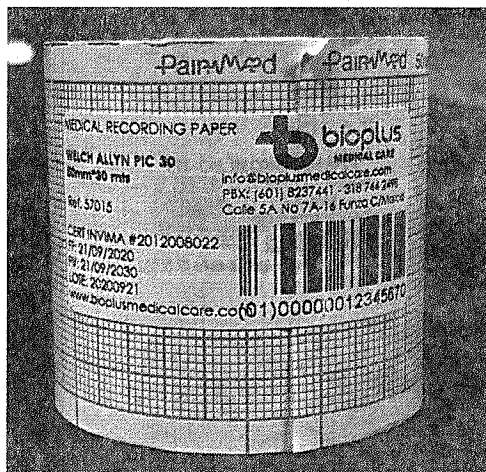
Nota: Los ítems objeto de muestra fueron seleccionados de acuerdo a la demanda de consumo, y la complejidad de los mismos.

REGISTRO FOTOGRAFICO MUESTRAS PRESENTADAS POR BIOPLUS MEDICAL CARE S.A.S.:

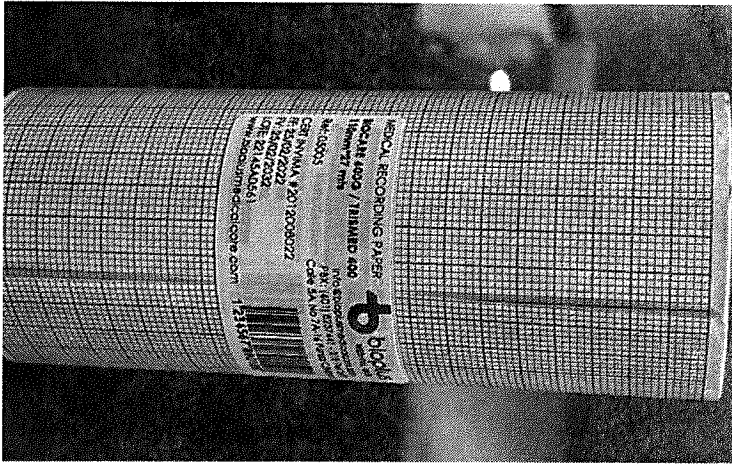
Ítem dos (2)



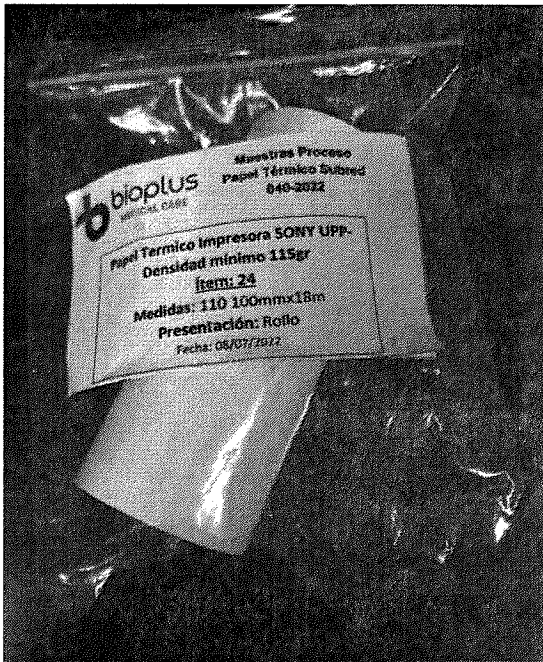
Ítem seis (6)



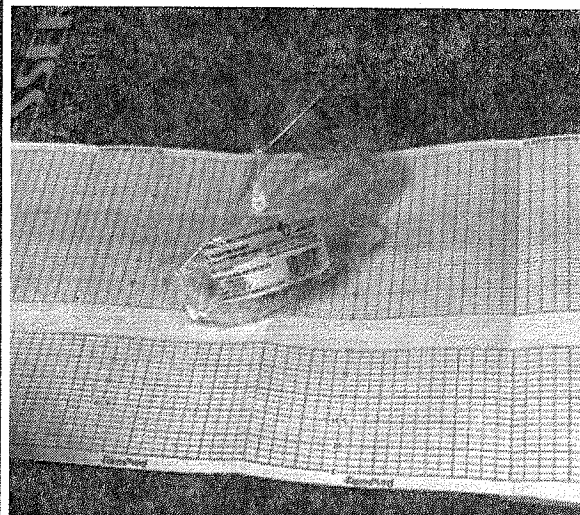
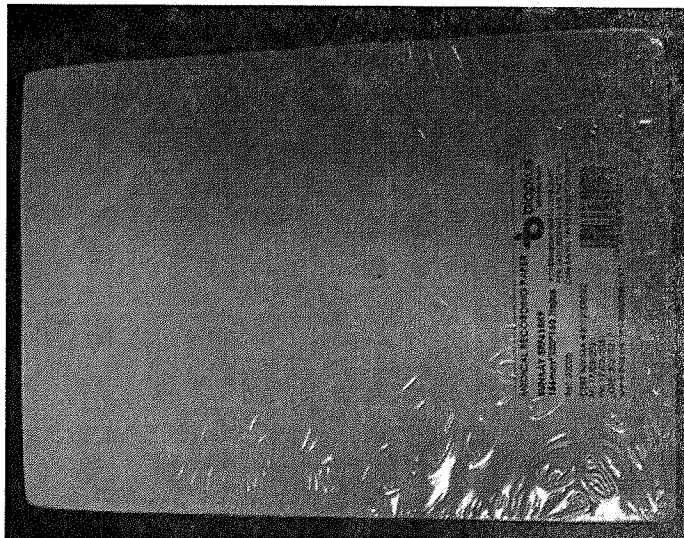
Ítem diecinueve (19)



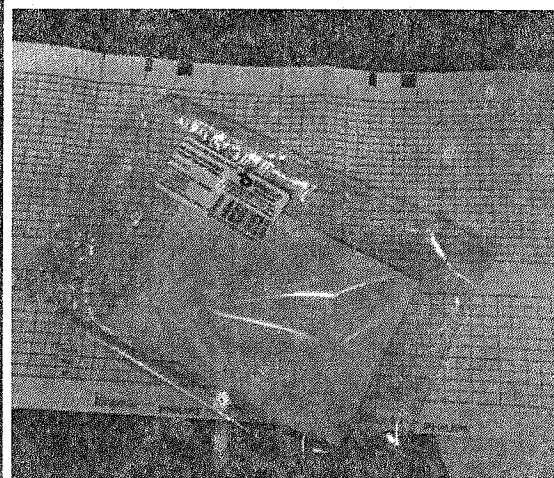
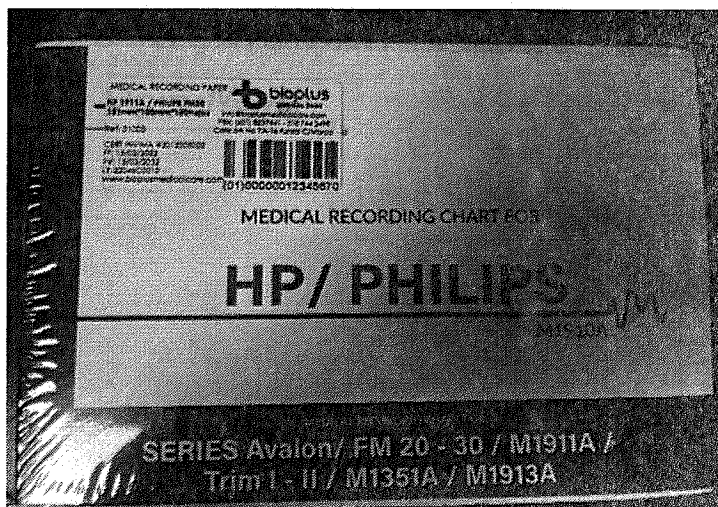
Ítem veinticuatro (24)



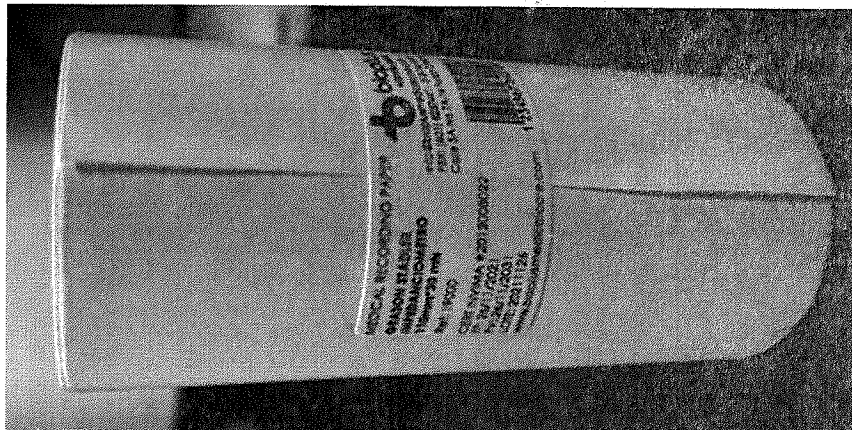
Ítem veintiséis (26)



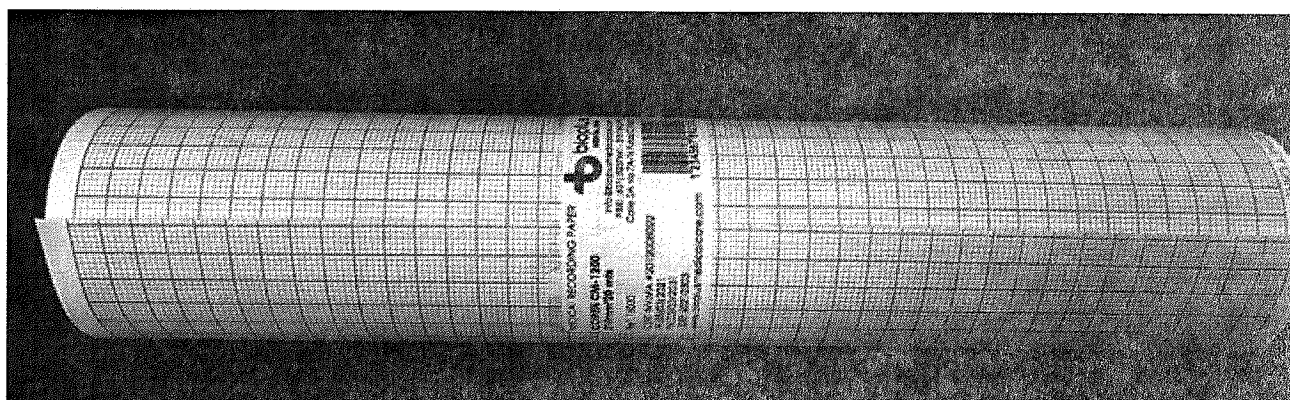
Ítem veintinueve (29)



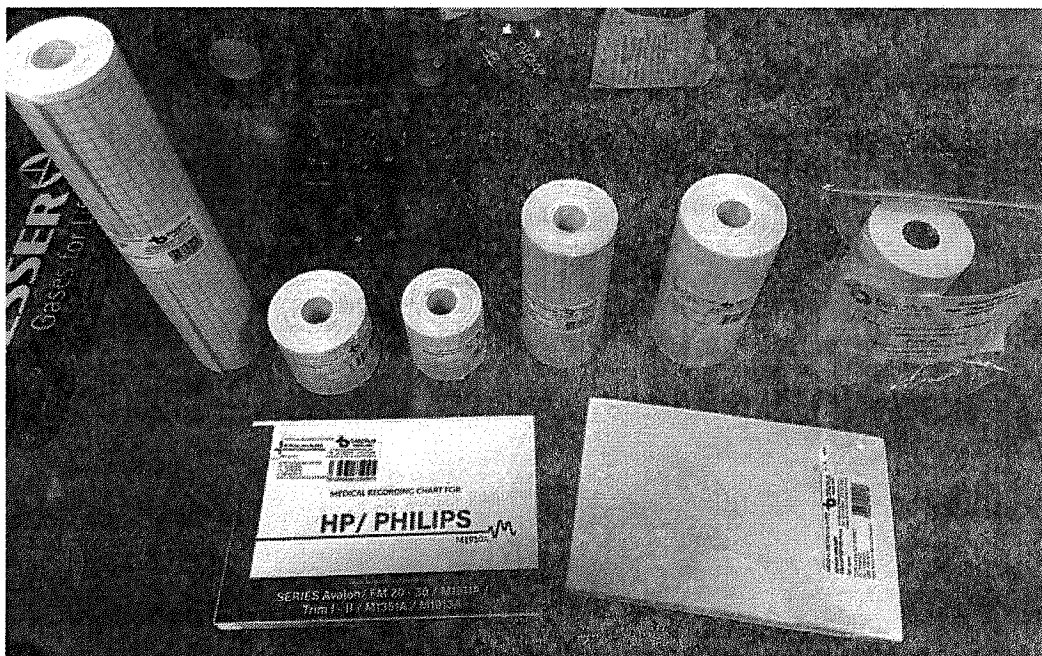
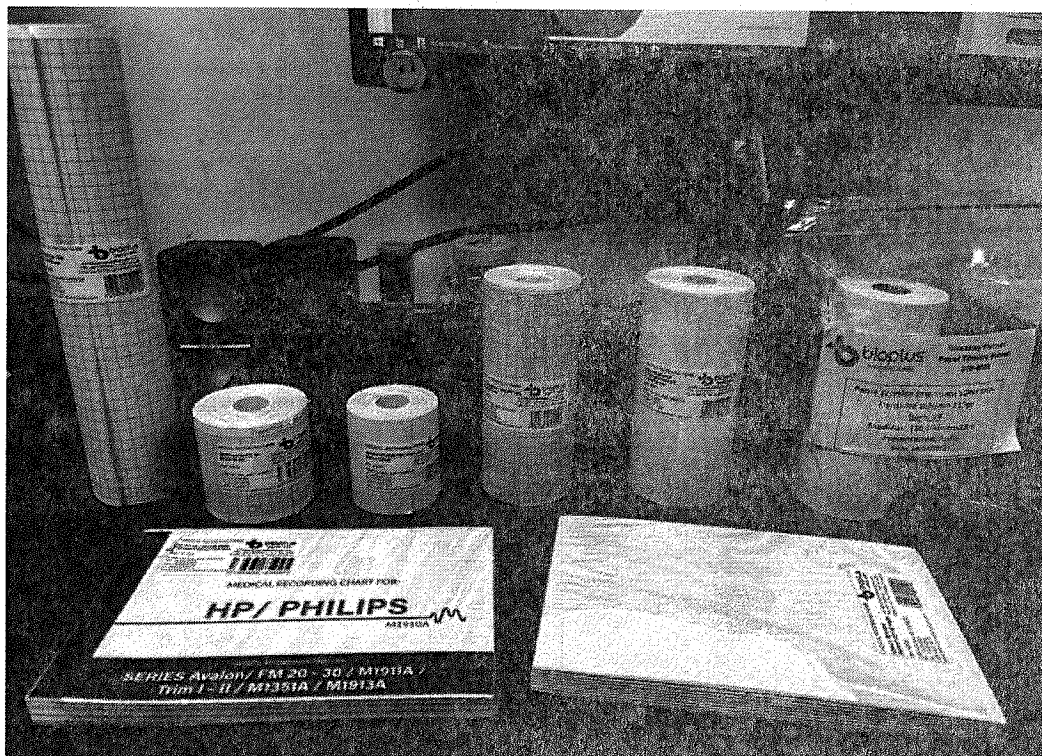
Ítem treinta y uno (31)



Ítem treinta y tres (33)



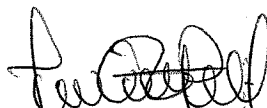
Total muestras entregadas



Nota: se adjunta formato código ES-GS-F-105-03 donde se evidencian asistentes a entrega de muestras, así mismo se adjunta remisión No. BP-114-2022 del oferente BIOPLUS MEDICAL CARE S.A.S. en donde relaciona las muestras entregadas y la hora de recibido de las mismas por parte de personal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



MÓNICA MILENA RAVELO MOYANO
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
INGENIERIA BIOMEDICA



KAREN JINETH CARDENAS RODRIGUEZ
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO
INGENIERIA BIOMEDICA



CAROLA DÍAZ VARGAS
TECNOLOGA ADMINISTRATIVA
INGENIERIA BIOMEDICA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.



Norte E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA: 06/04/2021

FECHA: 13/07/2022

[illegible]



Funza, Cundinamarca, julio 13 de 2022

REMISION DE MERCANCIA
BP-LG-P017F01
Versión 1.0

Señores

SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Muestra Proceso de Papel Térmico COTIZAR No. 040-2022 S.NTE

Remisión No BP-114-2022

Adjunto a la presente, hacemos entrega de las siguientes muestras con garantía de un mes:

Ítem	Descripción	Referencia	Serie	Cant	Ítem C
1	Papel termico Desfibrilador Nihon Kohden modelo	TEC 5631	N/A	1	2
2	Desfibrilador WelchAllyn	Pic 30	N/A	1	6
3	Electrocardiógrafo TRISMED	CARDIPIA 400	N/A	1	19
4	Papel para Impresora 100mmx18m (rollo)- Densidad mínimo 115gr	SONY UPP-110	N/A	1	24
5	Papel para Monitor fetal SUNRAY	SRF618B6	N/A	1	26
6	Papel para Monitor fetal PHILLIPS	AVALON FM30	N/A	1	29
7	Papel para analizador de oído medio (impedanciómetro)	Grason Stadler	N/A	1	31
8	Electrocardiógrafo COMEN	CM1200	N/A	1	33

ROCIO MORA AVENDAÑO

Cc 1075541482

Economista- Representante Legal

BIOPLUS MEDICAL CARE SAS

PBX 8237441

www.bioplusmedicalcare.com

• Funza - Cundinamarca

• 318 744 2498 - PBX 8237441



Recibido: *Fónica Ravelo*
9/26
13/ Julio / 2022
03:42 pm