	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA		CÓDIGO: AP-CT-F-62-01		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 1 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA: 22/05/2020		
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No	033-2022 S.NTE.				
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACIÓN A COTIZAR				
OBJETO A CONTRATAR	Contratar el servicio de metrología y ajuste de equipos biomédicos para la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN JURÍDICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			INGENIERIA MEDICA DEL SUR IMEDSUR S.A.S. NIT. 900.363.690	PAMEB S.A.S. NIT. 900.488.507-1	XINGMEDICAL S.A.S. (XING S.A.S.) NIT. 900.315.100-6
	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	2. No Cumple Observación: El oferente no allegó la Carta de Presentación de la Propuesta subsanada con el plazo total a ejecutar el cual es de 3 meses de acuerdo a la Invitación a Cotizar 033-2022 S.NTE.	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	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:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	Certificado de Existencia y Representación Legal o Documento Equivalente	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	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	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	Documento de conformación de consorcio o unión temporal	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:
	certificación de cumplimiento del 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	2. No Cumple Observación: El oferente no subsana por cuanto no envió el Certificado de Cumplimiento Aporte Parafiscales con su respectiva fecha.	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	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	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	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	N/A Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:

	Compromiso anticorrupción 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	2. No Cumple Observación: No subsano por cuanto no allega el Compromiso Anticorrupción con la dirección, teléfono y correo electrónico de la empresa según modelo allegado por la Subred Norte E.S.E.	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	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:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:

HABILITANTES JURÍDICOS	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:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	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:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	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:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	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:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	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:	1. Cumple Observación: El oferente subasana y aporta la Certificación Bancaria.	1. Cumple Observación:

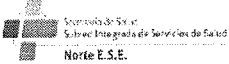
OBSERVACIONES:

INGENIERIA MEDICA DEL SUR IMEDSUR S.A.S.: NO SUBSANO Y SE RECHAZA: El oferente no allegó la Carta de Presentación de la Propuesta subsanada con el plazo total a ejecutar el cual es de 3 meses, de acuerdo a la Invitación a Cotizar 033-2022 S.NTE; así mismo, no envió el Certificado de Cumplimiento Aporte Parafiscales con su respectiva fecha y no allega Compromiso Anticorrupción con la dirección, teléfono y correo electrónico de la empresa según modelo allegado por la Subred Norte E.S.E., de acuerdo al término establecido en la Invitación a Cotizar No. 033-2022 "CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA" numeral tercero " Cuando se solicite alguna aclaración y esta no sea atendida dentro del término establecido o lo responda de manera insatisfactoria o inconsistente o lo haga modificando la oferta".

EVALUADORES		
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:	KATERIN DAVILA MARIN- PROFESIONAL ESPECIALIZADO- DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:	ADRIANA PAOLA PUERTA FLÓREZ - PROFESIONAL ADMINISTRATIVO II - DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:	ESTEFANIA SANTOFIMIO SUAREZ- PROFESIONAL ADMINISTRATIVO- DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	

		SUBSANACIÓN DE PROPUESTAS SARLAFT		CÓDIGO: AP-CT-F-60-01 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		033-2022			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACION A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SERVICIO DE METROLOGIA Y AJUSTE DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN SARLAFT					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			INGENIERIA MEDICA DEL SUR NIT900363690-4	PAMEB SAS NIT 900488507-1	XINGMEDICAL SAS NIT900315100-6
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 PRESENTA EL FORMATO DE LA SUBRED NORTE	CUMPLE	NO PRESENTA EL FORMATO DE LA SUBRED NORTE
	Información financiera	CUMPLE / NO CUMPLE	NO PRESENTA/NO CUMPLE	CUMPLE	NO PRESENTA/NO CUMPLE
	Fotocopia RUT	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia Cedula de Ciudadania/ Cedula de Extranjeria Representante legal	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia Declaración de Renta	CUMPLE / NO CUMPLE	NO PRESENTA/NO CUMPLE	CUMPLE	NO PRESENTA/NO CUMPLE
	Documento composición societaria	CUMPLE / NO CUMPLE	NO PRESENTA/NO CUMPLE	CUMPLE	NO PRESENTA/NO CUMPLE
	Verificación en lista vinculante de la ONU/ CLINTON	CUMPLE / NO CUMPLE	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS CONSULTA No.426	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS CONSULTA No.426	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS CONSULTA No.426
OBSERVACIONES: 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.					
* Proponente 1: La empresa INGENIERIA MEDICA DEL SUR NIT900363690-4 NO CUMPLE con la verificación SARLAFT. Formulario de cliente o contraparte empresa: No presenta el formato exigido por la Subred Norte presenta el formato de la Empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO. No presenta la siguiente documentación: * Estados financieros necesarios para la verificación de la información financiera. * Copia de la declaración de Renta * Documento de composición societaria.					
* Proponente 2: La empresa PAMEB SAS NIT 900488507-1 PRESENTA SUBSANACION Y CUMPLE con la verificación SARLAFT.					
* Proponente 3: La empresa: XINGMEDICAL SAS NIT900315100-6 NO CUMPLE: con la verificación SARLAFT. Formulario de cliente o contraparte empresa: No presenta el formato exigido por la Subred Norte presenta el formato de la SUB RED CENTRO ORIENTE. No presenta la siguiente documentación: * Estados financieros necesarios para la verificación de la información financiera. * Copia de la declaración de Renta * Documento de composición societaria.					
*Se efectuó la verificación de los soportes requeridos y la información financiera reportada por cada uno de los oferentes. 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 los oferentes 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:		DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ/ DIRECTORA FINANCIERA/ OFICIAL CUMPLIMIENTO SUPLENTE			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:		ASTRID TERESA RUSSI GUARIN/PROFESIONAL UNIVERSITARIO/ANALISTA SARLAFT FECHA: 14/06/2022			

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2																				
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019																				
CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: Bogotá, 2 de Junio de 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: PAMEB SAS NIT: 900.488.507-1																						
REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO AGUDELO SEGUNDO APELLIDO AGUDELO NOMBRES MARIA ODILA																						
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐ CEDULA DE CIUDADANÍA ☒ NUMERO: 32.526.664 LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD) 17/01/1976 Medellín - Antioquia																						
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD 1951-08-12 LUGAR NACIMIENTO Medellín DEPARTAMENTO Antioquia NACIONALIDAD (1) Colombia NACIONALIDAD (2) N.A.																						
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL Carrera 48 101A-69 PAÍS Colombia DEPARTAMENTO Cundinamarca CIUDAD Bogotá TELEFONO/FAX 601755 7321																						
CORREO ELECTRONICO: info@pamebsas.com PORTAL/PAGINA INTERNET: www.pamebsas.com																						
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA Carrera 48 101A-69 DEPARTAMENTO/ CIUDAD Cundinamarca PAÍS Colombia TELEFONO/FAX 601755 7321																						
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONOMICA)																						
PUBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☒ SERVICIOS ☐ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☒																						
SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____																						
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: SI ☒ RENTA/CREE NO ☐ SI ☒ IVA NO ☐ SI ☒ ICA NO ☐ CODIGO CIU ACTIVIDAD ECONOMICA 3312																						
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☒																						
3. DECLARACIÓN PERSONA PUBLICAMENTE 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																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL</th> <th>%</th> <th>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</th> <th>NUMERO IDENTIFICACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARIA ODILA AGUDELO AGUDELO</td> <td>86%</td> <td>C.C ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐</td> <td>32.526.664</td> </tr> <tr> <td>MARIA TERESA AGUDELO AGUDELO</td> <td>14%</td> <td>C.C ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐</td> <td>42.991.364</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>C.C ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>C.C ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL	%	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACIÓN	MARIA ODILA AGUDELO AGUDELO	86%	C.C ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	32.526.664	MARIA TERESA AGUDELO AGUDELO	14%	C.C ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	42.991.364			C.C ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐				C.C ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL	%	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACIÓN																			
MARIA ODILA AGUDELO AGUDELO	86%	C.C ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	32.526.664																			
MARIA TERESA AGUDELO AGUDELO	14%	C.C ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	42.991.364																			
		C.C ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐																				
		C.C ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐																				
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ULTIMO PERIODO DECLARADO)																						
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES 61.369.137,50		ACTIVOS TOTALES 788.831.723																				
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES 473.801		PASIVOS TOTALES 363.771.556																				
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES 47.772.332		PATRIMONIO 425.060.167																				
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES 1.802.670																						
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES: Recuperación de Otros Costos y Gastos																						
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES: Gastos reconocidos de Acuerdo A normas NIIF PYME																						
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 ☐ Especifique cual: _____																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TIPO PRODUCTO</th> <th>No DEL PRODUCTO</th> <th>MONTO OPERACIÓN</th> <th>CIUDAD</th> <th>PAÍS</th> <th>MONEDA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N.A.</td> <td>N.A.</td> <td>N.A.</td> <td>N.A.</td> <td>N.A.</td> <td>N.A.</td> </tr> </tbody> </table>			TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAÍS	MONEDA	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.								
TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAÍS	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 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":																						

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN: 2
		PÁGINA: 1 DE 3
		FECHA: 06/05/2019

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): Proviene de actividades Lícitas de Actividad económica de la empresa.

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, complementa 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, complementa 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 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 último 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. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente 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 y la Financiación del Terrorismo.

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 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 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.

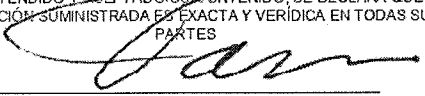
*Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

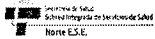
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes 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. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión 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, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío 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. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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.

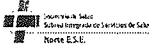
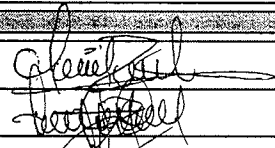
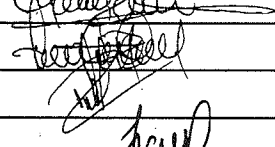
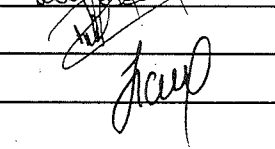
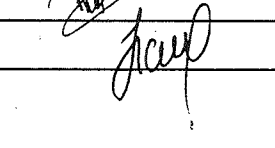
2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

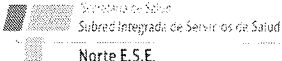
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. 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 médica, 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 servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2 PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019										
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 que el capítulo 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 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, en desarrollo de lo 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, <u>(Calle 66 No. 15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlatf@subrednorte.gov.co)</u> y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 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 ACERTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES  Firma Cliente / Representante Legal  Huella Índice Derecho												
10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">1. Ciudad y fecha</td> <td>Bogotá, 14/6/22</td> </tr> <tr> <td>2. Nombre y Cargo de quien verifica:</td> <td>Alejo Rossi P. URM</td> </tr> <tr> <td>3. Lugar de la Entrevista:</td> <td>ON JARAF</td> </tr> <tr> <td>4. Observaciones:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Firma y Cédula</td> <td></td> </tr> </table>			1. Ciudad y fecha	Bogotá, 14/6/22	2. Nombre y Cargo de quien verifica:	Alejo Rossi P. URM	3. Lugar de la Entrevista:	ON JARAF	4. Observaciones:		5. Firma y Cédula	
1. Ciudad y fecha	Bogotá, 14/6/22											
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	Alejo Rossi P. URM											
3. Lugar de la Entrevista:	ON JARAF											
4. Observaciones:												
5. Firma y Cédula												

		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CÓDIGO: AP-CT-F-61-01 VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020		
INFORMACIÓN DEL PROCESO						
PROCESO No		033-2022				
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR				
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SERVICIO DE METROLOGÍA Y AJUSTE DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA 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	Proponente 4
			MINGMEDICAL S.A.S. No. NIT: 900.315.100-6	INGENIERÍA MEDICA DEL SUR – IMEDSUR S.A.S. No. NIT: 900.363.690-4	PAMEB S.A.S. No. NIT: 900.488.507-1	NO APLICA No. NIT: NO APLICA
	1. El oferente deberá presentar el listado de los equipos patrón y/o simuladoras que se utilizarán en las mediciones respectivas, junto con sus certificados de calibración vigentes.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE: El oferente no allega documentación conforme a lo solicitado en el requerimiento para la ejecución de mediciones en la totalidad de equipos objeto del proceso.	NO CUMPLE: El oferente no allega documentación conforme a lo solicitado en el requerimiento.	NO CUMPLE: El oferente no allega documentación conforme a lo solicitado en el requerimiento para la ejecución de mediciones en la totalidad de equipos objeto del proceso.	
	2. El oferente deberá presentar los protocolos de mediciones y ajustes a realizar por tipo de equipo.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE: El oferente no allega la totalidad de protocolos para los equipos objeto del proceso, por otro lado se evidencia que allega protocolos de equipos no contemplados en la presente invitación.	NO CUMPLE: El oferente no allega documentación solicitada.	NO CUMPLE: El oferente no allega documentación conforme a lo solicitado en el requerimiento para la totalidad de equipos objeto del proceso.	
	3. El oferente debe hacer entrega de las hojas de vida del personal (ingeniero(a) o tecnólogo(a)) que realizará la ejecución de mediciones y ajuste, con su certificado de capacitación en metrología, con experiencia mínimo de tres (3) años en metrología de equipos biomédicos; esta experiencia será válida a partir de la fecha de expedición de la tarjeta profesional como lo indica la ley 842 de 2003.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE: El oferente allega documentación en donde se evidencia el cumplimiento de lo solicitado en el requerimiento.	CUMPLE: El oferente allega documentación en donde se evidencia el cumplimiento de lo solicitado en el requerimiento.	NO CUMPLE: El oferente allega hojas de vida de ingenieros y tecnólogos las cuales no se encuentran conforme a lo solicitado en el requerimiento.	

		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CÓDIGO: AP-CT-F-61-01 VERSION: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020		
INFORMACIÓN DEL PROCESO						
PROCESO No.		093-2022				
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR				
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SERVICIO DE METROLOGÍA Y AJUSTE DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN						
CRITERIO		COMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA			
			Proposición 1	Proposición 2	Proposición 3	Proposición 4
			XINGMEDICAL S.A.S. No. NIT: 900.315.100-6	INGENIERÍA MÉDICA DEL SUR – IMEDSUR S.A.S. No. NIT: 900.363.690-4	PAMEB S.A.S. No. NIT: 900.488.507-1	NO APLICA No. NIT: NO APLICA
TÉCNICOS (Trasladado a la descripción de los criterios técnicos evaluados en la invitación o en las Pliegos de condiciones de acuerdo al proceso adelantado)	4. Anexar certificación de experiencia de máximo tres (3) contratos ejecutados con entidades públicas o privadas debidamente suscritas por el representante legal del oferente cuyo objeto debe ser igual o de similares características al objeto de los presentes Estudios Previos y que sumadas sean iguales o superiores al presupuesto oficial. Esta certificación, deberá ir acompañada del Acta de Terminación y/o Recibo de Trabajos y del Acta de Liquidación del Contrato debidamente suscrita por las partes. El proponente también podrá acreditar la experiencia allegando copia de máximo tres contratos ejecutados con entidades públicas o privadas, con su respectiva Acta de Terminación y/o Recibo de Trabajos y del Acta de Liquidación del Contrato debidamente suscrita por las partes que demuestren el cumplimiento del 100% de los mismos, y cuyo objeto debe ser igual o de similares características al descrito anteriormente y que sumadas sean iguales o superiores al presupuesto oficial. La certificación o acta de liquidación con su respectiva 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 allega documentación la cual no cumple con lo solicitado en el requerimiento, puesto que allega certificaciones sin contratos ni actas de liquidación o terminación de los mismos.	NO CUMPLE: El oferente allega documentación la cual no cumple con lo solicitado en el requerimiento, puesto que allega certificación y contrato sin cumplimiento de lo solicitado en el requerimiento.	NO CUMPLE: El oferente no allega documentación que evidencie el cumplimiento de lo solicitado en el requerimiento.	
MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS			NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE	
OBSERVACIONES: Los oferentes no allegan documentación completa y/o conforme a lo solicitado en los requerimientos técnicos del presente proceso.						
El oferente PAMEB S.A.S. allega documentación de subianación la cual no se encuentra conforme a lo solicitado en los requerimientos técnicos del presente proceso.						
EVALUADORES						
Nombre, cargo y firma del evaluador técnico		MÓNICA MILENA RAVELO MOYANO Ingeniera Biomédica				
Nombre, cargo y firma del evaluador técnico		KAREN JINETH CÁRDENAS RODRÍGUEZ Ingeniera Biomédica				
Nombre, cargo y firma del evaluador técnico		ROYER ALBERTO SUTANEME CORTES Profesional Especializado				
Nombre, cargo y firma del evaluador técnico		LÍA MARGARITA ÁLVAREZ PUENTE Directora Administrativa				

	CONSOLIDADO DE EVALUACIONES FINALES		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	033-2022	MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACION A COTIZAR
------------	----------	------------------------	----------------------

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR EL SERVICIO DE METROLOGÍA Y AJUSTE DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA 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
			INGENIERIA MEDICA DEL SUR	PAMEB SAS	XINGMEDICAL SAS
			NIT. 900.363.690-4	NIT. 900.488.507-1	NIT. 900.315.100-6
1. 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:	1. Cumple Observación:	1. Cumple 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:	1. Cumple Observación:	2. No Cumple 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:	2. No Cumple Observación:	2. No Cumple Observación:
5. ECONÓMICOS	VALOR DE LA PROPUESTA	Escriba el valor de la propuesta económica del bien o servicio a contratar por cada proponente	49.749.141 COP	14.425.418 COP	12.769.300 COP
			NO HABILITADO	NO HABILITADO	NO HABILITADO

OBSERVACIONES:

INGENIERIA MEDICA DEL SUR IMEDSUR S.A.S. (NO CUMPLE)

JURÍDICO: (NO CUMPLE)

1. NO SUBSANÓ Y SE RECHAZA: El oferente no allegó la Carta de Presentación de la Propuesta subsanada con el plazo total a ejecutar el cual es de 3 meses de acuerdo a la invitación a Cotizar 033-2022 S.NTE; así mismo, no envió el Certificado de Cumplimiento Aporte Parafiscales con su respectiva fecha y no allega Compromiso Anticorrupción con la dirección, teléfono y correo electrónico de la empresa según modelo allegado por la Subred Norte E.S.E., de acuerdo al término establecido en la Invitación a Cotizar No. 033-2022 "CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA" numeral tercero " Cuando se solicite alguna aclaración y esta no sea atendida dentro del término establecido o lo responda de manera insatisfactoria o inconsistente o lo haga modificando la oferta".

SARLAFT: (NO CUMPLE)

1. NO SUBSANÓ. NO CUMPLIÓ con la verificación SARLAFT. Formulario de cliente o contraparte empresa: No presentó el formato exigido por la Subred Norte presenta el formato de la Empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO.
2. NO SUBSANÓ. No presentó la siguiente documentación: "Estados financieros necesarios para la verificación de la información financiera *Copia de la declaración de Renta * Documento de composición societaria.

TÉCNICO: (NO CUMPLE)

1. NO SUBSANÓ. El oferente no allegó documentación conforme a lo solicitado en el requerimiento. 1. El oferente deberá presentar el listado de los equipos patrón y/o simuladores que se utilizarán en las mediciones respectivas, junto con sus certificados de calibración vigentes.
2. NO SUBSANÓ. El oferente no allegó documentación solicitada.: 2. El oferente deberá presentar los protocolos de mediciones y ajustes a realizar por tipo de equipo.
3. NO SUBSANÓ. El oferente allegó documentación la cual no cumple con lo solicitado en el requerimiento, puesto que allega certificación y contrato sin acta de liquidación o terminación del mismo.: 4. Anexar certificación de experiencia de máximo tres (3) contratos ejecutados con entidades públicas o privadas debidamente suscritas por el representante legal del oferente cuyo objeto debe ser igual o de similares características al objeto de los presentes Estudios Previos y que sumadas sean iguales o superiores al presupuesto oficial. Esta certificación, deberá ir acompañada del Acta de Terminación y/o Recibo de Trabajos y del Acta de Liquidación del Contrato debidamente suscrita por las partes. El proponente también podrá acreditar la experiencia allegando copia de máximo tres contratos ejecutados con entidades públicas o privadas, con su respectiva Acta de Terminación y/o Recibo de Trabajos y del Acta de Liquidación del Contrato debidamente suscrita por las partes que demuestren el cumplimiento del 100% de los mismos, y cuyo objeto debe ser igual o de similares características al descrito anteriormente y que sumadas sean iguales o superiores al presupuesto oficial.

La certificación o acta de liquidación con su respectiva 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%.

PAMEB S.A.S. (NO CUMPLE)

JURÍDICO: (NO CUMPLE)

1. Susanó en debida forma.

SARLAFT: (NO CUMPLE)

1. Susanó en debida forma.
2. Susanó en debida forma.

TÉCNICO: (NO CUMPLE)

1. NO SUBSANÓ. El oferente no allegó documentación conforme a lo solicitado en el requerimiento para la ejecución de mediciones en la totalidad de equipos objeto del proceso.: 1. El oferente deberá presentar el listado de los equipos patrón y/o simuladores que se utilizarán en las mediciones respectivas, junto con sus certificados de calibración vigentes.

2. NO SUBSANÓ. El oferente no allegó documentación conforme a lo solicitado en el requerimiento para la totalidad de equipos objeto del proceso.: 2. El oferente deberá presentar los protocolos de mediciones y ajustes a realizar por tipo de equipo.

3. NO SUBSANÓ. El oferente allegó hojas de vida de ingenieros y tecnólogos las cuales no se encuentran conforme a lo solicitado en el requerimiento: 3. El oferente debe hacer entrega de las hojas de vida del personal (ingeniero(a) o tecnólogo(a)) que realizara la ejecución de mediciones y ajuste, con su certificado de capacitación en metrología, con experiencia mínimo de tres (3) años en metrología de equipos biomédicos; esta experiencia será válida a partir de la fecha de expedición de la tarjeta profesional como lo indica la ley 842 de 2003.

4. NO SUBSANÓ. El oferente no allegó documentación que evidencie el cumplimiento de lo solicitado en el requerimiento.: 4. Anexar certificación de experiencia de máximo tres (3) contratos ejecutados con entidades públicas o privadas debidamente suscritas por el representante legal del oferente cuyo objeto debe ser igual o de similares características al objeto de los presentes Estudios Previos y que sumadas sean iguales o superiores al presupuesto oficial. Esta certificación, deberá ir acompañada del Acta de Terminación y/o Recibo de Trabajos y del Acta de Liquidación del Contrato debidamente suscrita por las partes. El proponente también podrá acreditar la experiencia allegando copia de máximo tres contratos ejecutados con entidades públicas o privadas, con su respectiva Acta de Terminación y/o Recibo de Trabajos y del Acta de Liquidación del Contrato debidamente suscrita por las partes que demuestren el cumplimiento del 100% de los mismos, y cuyo objeto debe ser igual o de similares características al descrito anteriormente y que sumadas sean iguales o superiores al presupuesto oficial.

La certificación o acta de liquidación con su respectiva 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%.

XINGMEDICAL S.A.S. (XING S.A.S.) (NO CUMPLE)

JURÍDICO: (CUMPLE)

SARLAFT: (NO CUMPLE)

1. NO SUBSANÓ. NO CUMPLIÓ: con la verificación SARLAFT. Formulario de cliente o contraparte empresa: No presentó el formato exigido por la Subred Norte presentó el formato de la SUB RED CENTRO ORIENTE:
2. No presentó la siguiente documentación: * Estados financieros necesarios para la verificación de la información financiera. * Copia de la declaración de Renta * Documento de composición societaria.

TÉCNICO: (NO CUMPLE)

1. NO SUBSANÓ. El oferente no allegó documentación conforme a lo solicitado en el requerimiento para la ejecución de mediciones en la totalidad de equipos objeto del proceso. 1. El oferente deberá presentar el listado de los equipos patrón y/o simuladores que se utilizarán en las mediciones respectivas, junto con sus certificados de calibración vigentes.
2. NO SUBSANÓ. El oferente no allegó la totalidad de protocolos para los equipos objeto del proceso, por otro lado se evidencia que allega protocolos de equipos no contemplados en la presente invitación. 2. El oferente deberá presentar los protocolos de mediciones y ajustes a realizar por tipo de equipo.
3. NO SUBSANÓ. El oferente allegó documentación la cual no cumple con lo solicitado en el requerimiento, puesto que allega certificaciones sin contratos ni actas de liquidación o terminación de los mismos. 4. Anexar certificación de experiencia de máximo tres (3) contratos ejecutados con entidades públicas o privadas debidamente suscritas por el representante legal del oferente cuyo objeto debe ser igual o de similares características al objeto de los presentes Estudios Previos y que sumadas sean iguales o superiores al presupuesto oficial. Esta certificación, deberá ir acompañada del Acta de Terminación y/o Recibo de Trabajos y del Acta de Liquidación del Contrato debidamente suscrita por las partes. El proponente también podrá acreditar la experiencia allegando copia de máximo tres contratos ejecutados con entidades públicas o privadas, con su respectiva Acta de Terminación y/o Recibo de Trabajos y del Acta de Liquidación del Contrato debidamente suscrita por las partes que demuestren el cumplimiento del 100% de los mismos, y cuyo objeto debe ser igual o de similares características al descrito anteriormente y que sumadas sean iguales o superiores al presupuesto oficial.

La certificación o acta de liquidación con su respectiva 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%.

ELABORADO

Nombre, cargo y firma de quien consolida las evaluaciones:

MARÍA ANGÉLICA HERRERA SALCEDO
Contratista

