

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		EVALUACIÓN FINAL JURIDICA DE PROPUESTAS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			CODIGO: VERSION: PAGINA : 1 DE 1 FECHA:	
INFORMACIÓN DEL PROCESO						
PROCESO NO		043 DE 2021				
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACION A COTIZAR				
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMÁS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIO DE GRÚA, CARRO TALLER, MONTALLANTAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN, REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHICULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE: AMBULANCIAS Y OTROS..				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN						
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN JURIDICA			
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3	
			MORARCI GROUP SAS, Rep Legal: Manuel Angello Moreno Arciniegas, CC No. 72'306.607 de Polonuevo NIT: 900.110.012-5	TOYOCARS INGENIERIA AUTOMOTRIZ LTDA, Rep Legal: Jose Antonio Cuervo Triana, CC No.19'269.800 de Bogotá NIT: 800.240.740-3	EYM COMPANY SAS, Rep Legal: Carlos Andres Sua Ramirez, CC No. 80'186.728 de Bogotá NIT: 900.274.811-7	
	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:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES (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:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	
	COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (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:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	
	CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN 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:	
	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	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	
	FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL AMPLIADA AL 150%	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 DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en	1. Cumple	1. Cumple	1. Cumple	

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	EVALUACIÓN FINAL JURIDICA DE PROPUESTAS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CODIGO: VERSION: PAGINA : 1 DE 1 FECHA:		
	INFORMACIÓN DEL PROCESO				
PROCESO No		043 DE 2021			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACION A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMÁS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIO DE GRÚA, CARRO TALLER, MONTALLANTAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN, REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHICULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE: AMBULANCIAS Y OTROS.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN JURIDICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			MORARCI GROUP SAS, Rep Legal: Manuel Angello Moreno Arciniegas, CC No. 72'306.607 de Polonuevo NIT: 900.110.012-5	TOYOCARS INGENIERIA AUTOMOTRIZ LTDA, Rep Legal: Jose Antonio Cuervo Triana, CC No.19'269.800 de Bogotá NIT: 800.240.740-3	EYM COMPANY SAS, Rep Legal: Carlos Andres Sua Ramirez, CC No. 80'186.728 de Bogota NIT: 900.274.811-7
HABILITANTES JURIDICOS	EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS	el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	Observación:	Observación:	Observación:
	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 - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. 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 DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - POLICIA 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:
	CERTIFICACION 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:	1. Cumple Observación:
	POLIZA DE SERIEDAD DE LA OFERTA: EN LAS OFERTAS CUYA CUANTÍA SEA IGUAL O SUPERIOR A		1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	EVALUACIÓN FINAL JURIDICA DE PROPUESTAS	CODIGO:
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	VERSION:
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA:

INFORMACIÓN DEL PROCESO

PROCESO No	043 DE 2021
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACION A COTIZAR

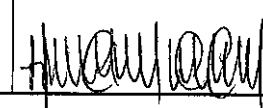
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMÁS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIO DE GRÚA, CARRO TALLER, MONTALLANTAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN, REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHICULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE: AMBULANCIAS Y OTROS.
--------------------	---

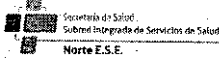
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

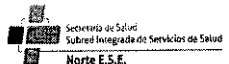
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN JURIDICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			MORARCI GROUP SAS, Rep Legal: Manuel Angello Moreno Arciniegas, CC No. 72'306.607 de Polonuevo NIT: 900.110.012-5	TOYOCARS INGENIERIA AUTOMOTRIZ LTDA, Rep Legal: Jose Antonio Cuervo Triana, CC No.19'269.800 de Bogotá NIT: 800.240.740-3	EYM COMPANY SAS, Rep Legal: Carlos Andres Sua Ramirez, CC No. 80'186.728 de Bogota NIT: 900.274.811-7
	150 S.M.M.L.V., EL OFERENTE DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE PRESENTEN EN CASO DE QUE EL SELECCIONADO NO SE ALLANE A LA CELEBRACIÓN DEL RESPECTIVO CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DE LA PROPUESTA Y TENDRÁ UNA DURACIÓN IGUALA LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO PARA LA ACEPTACIÓN O SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo			Subsano la La garantia de seriedad con una vigencia Minima de Cuatro (4) meses contados desde el día 02 de Julio de 2021, que es la fecha de aceptación del contrato. REQUISITO SUBSANADO.
	RUP (REGISTRO UNICO DE PROPONENTES) ACTUALIZADO VIGENCIA 2021, CON INFORMACION DE CIERRE CONTABLE AÑO 2020	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 CONFORMACION DE CONSORCIO O UNION 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:

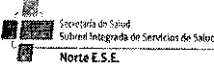
OBSERVACIONES:

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Juridico:	Edwin Mauricio Cardenas Correa- Abogado Of de Contratación.	
--	---	---

		EVALUACIÓN FINAL JURIDICA DE PROPUESTAS		CODIGO: VERSION: PAGINA : 1 DE 1 FECHA:	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
		GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		043 DE 2021 S.NTE			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMÁS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIO DE GRÚA, CARRO TALLER, MONTALLANTAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN, REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHICULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE: AMBULANCIAS Y OTROS			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN JURÍDICA		
			Proponente A	Proponente B	Proponente C
			REIMPODIESEL SAS, Rep leg: Mario Rueda Fonseca NIT: 800.212.285-4	UNION TEMPORAL SALUD NORTE 2021, Rep Legal Luis Emilio Urrego Hidalgo, Integrada por (1) Multiservicios Tecnicars Asociados con el 33% de participación, (2) Compañía Operadora de Contratos COPCON SAS, con el 33% de participación y PRECAR LTDA, con 34% de participación NIT: N/A	INVERSIONES EL NORTE, Rep Legal: Hernando Bulla orjuela, CC No. 4'831 de Bogotá NIT: 900.710.493-9
	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:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES (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:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (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:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN 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	2. No Cumple Observación: La carta de presentación y demás documentos de la oferta están firmados por CARLOS ANDRES GRANADOS, quien es el primer suplente, sin embargo en el Certificado de existencia y rep legal se exige que par el caso del primer suplente, este debe tener autorización pr parte de la Asamblea de Accionistas para comprometer contractualmente a la compañía oferente, EL OFERENTE NO SUBSANO, PESE A QUE LA ENTIDAD LE SOLICITO HACERLO.	1. Cumple Observación: Aporta Acta de fecha 16 de Junio de 2021, por medio de la cual otorga facultades La señora EDITH ELIANA AYALA VALBUENA, Rep Legal de MULTI SERVICIO TECNICARS ASOCIADOS SAS, miembro de la Unión Temporal oferente, REQUISITO SUBSANADO	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	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de	1. Cumple	1. Cumple	1. Cumple

	EVALUACIÓN FINAL JURIDICA DE PROPUESTAS		CODIGO:		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSION:		
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PAGINA : 1 DE 1		
				FECHA:	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No	043 DE 2021 S.NTE				
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACIÓN A COTIZAR				
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMÁS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIO DE GRÚA, CARRO TALLER, MONTALLANTAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN, REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHICULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE: AMBULANCIAS Y OTROS				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN JURIDICA		
			Proponente A	Proponente B	Proponente C
			REIMPODIESEL SAS, Rep leg: Mario Rueda Fonseca NIT: 800.212.285-4	UNION TEMPORAL SALUD NORTE 2021, Rep Legal Luis Emilio Urrego Hidalgo, Integrada por (1) Multiservicios Tecnicos Asociados con el 33% de participación, (2) Compañía Operadora de Contratos COPCON SAS, con el 33% de participación y PRECAR LTDA, con 34% de participación NIT: N/A	INVERSIONES EL NORTE, Rep Legal: Hernando Bulla orjuela, CC No. 4'831 de Bogotá NIT: 900.710.493-9
HABITANTES JURIDICOS	IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	Observación:	Observación:	Observación:
	FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL AMPLIADA AL 150%	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 aporta copia de la cedula del Representante legal MARIO RUEDA FONSECA. EL OFERENTE NO SUBSANO, PESE A QUE LA ENTIDAD LE SOLICITO SUBSANAR	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURIA 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:
	CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA 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 - PERSONERIA DE BOGOTÁ D.C. 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 - POLICIA 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:
			2. No Cumple	1. Cumple	1. Cumple

		EVALUACIÓN FINAL JURIDICA DE PROPUESTAS		CODIGO:	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSION:	
				PAGINA : 1 DE 1	
				FECHA:	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		043 DE 2021 S.NTE			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACION A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMÁS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIO DE GRÚA, CARRO TALLER, MONTALLANTAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN, REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHÍCULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE: AMBULANCIAS Y OTROS			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	COMO EVALUAR	EVALUACIÓN JURIDICA		
			Proposición 4	Proposición 5	Proposición 6
			REIMPOSICION SAS, Rep leg: Mario Rueda Fonseca NIT: 800.212.285-4	UNION TEMPORAL SALUD NORTE 2021, Rep Legal Luis Emilio Urrego Hidalgo, Integrada por (1) Multiservicios Tecnicos Asociados con el 33% de participación, (2) Compañía Operadora de Contratos COPCON SAS, con el 33% de participación y PRECAR LTDA, con 34% de participación NIT: N/A	INVERSIONES EL NORTE, Rep Legal: Hernando Bulla orjuela, CC No. 4'831 de Bogotá NIT: 900.710.493-9
	CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - POLICIA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	Observación: No aporta el Certificado de Medidas Correctivas del Rep Legal: MARIO RUEDA FONSECA, y teniendo en cuenta que no aporta copia de la cedula de ciudadanía del Rep Legal la entidad no lo pudo descargar de Web. EL OFERENTE NO SUBSANO pese a que la entidad le solicito subsanar	Observación:	Observación:
	CERTIFICACION 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:	1. Cumple Observación:
	POLIZA DE SERIEDAD DE LA OFERTA: EN LAS OFERTAS CUYA CUANTÍA SEA IGUAL O SUPERIOR A 150 S.M.M.L.V., EL OFERENTE DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE PRESENTEN EN CASO DE QUE EL SELECCIONADO NO SE ALLANE A LA CELEBRACIÓN DEL RESPECTIVO CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE	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: La garantía de seriedad debe tener una vigencia Mínima de Cuatro (4) meses contados desde el día 02 de Julio de 2021, que es la fecha de aceptación del contrato. EL OFERENTE NO SUBSANO, pese a que la entidad le solicito subsanar	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación: Aporta La garantía de seriedad con la vigencia Mínima correcta. REQUISITO SUBSANADO.
	RUP (REGISTRO UNICO DE PROPONENTES) ACTUALIZADO VIGENCIA 2021, CON INFORMACION DE CIERRE CONTABLE AÑO 2020	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 CONFORMACION DE CONSORCIO O UNION 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:	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
OBSERVACIONES:					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Juridico:		Edwin Mauricio Cardenas Correa- Abogado Of de Contratación			

	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS	CODIGO : AP-CT-F-07-03
		VERSION : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PAGINA : 1 DE 1 FECHA : 11/10/2017

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	INVITACION A COTIZAR No.043 2021 ACTA FINAL
--------------------	---

Modalidad	(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección)	A. ☒ Invitación a Cotizar	B. ☐ Evento Especial	C. ☐ Convocatoria Pública	D. ☐ Otros mecanismos
------------------	--	---	---	--	--

Objeto a contratar	CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMAS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIOS DE GRUA, CARRO TALLER, MONTA LLANTAS, LAVADO Y DESINFECCION, REVISION TECNICO MECANICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHICULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE AMBULANCIAS Y OTROS.
---------------------------	---

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			INVERSIONES EL NORTE SAS	EYM COMPANY SAS	MORARCI GROUP SAS
			No. NIT: 900710493-9	No. NIT: 900274811-7	No. NIT: 900110012-5
HABILITANTES FINANCIEROS	Presentación de la totalidad de documentos solicitados	1. Doc. de Identif. Contador Público 2. Tarjeta Profesional Contador Público	1. CUMPLE Observación:	1. CUMPLE Observación:	1. Cumple Observación:
	Indice de liquidez Mayor o Igual a 1.5	IE = ACTIVO CTE / PASIVO CTE	1. CUMPLE Observación: Resultado: 3.04	1. CUMPLE Observación: Resultado: 12.33	1. Cumple Observación: Resultado: 1.56
	Nivel de Endeudamiento Menor o Igual a 0.60	NE = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL	1. CUMPLE Observación: Resultado: 0.38	1. CUMPLE Observación: Resultado: 0.23	1. Cumple Observación: Resultado: 0.61
	Capital de Trabajo Mayor o Igual al 100% del Presupuesto asignado a este proceso	CT = ACTIVO CTE - PASIVO CTE	1. CUMPLE Observación: Resultado: \$3.733.272.517	1. CUMPLE Observación: Resultado: \$2.319.411.815	1. Cumple Observación: Resultado: \$6.007.239.499

OBSERVACIONES: Se realizan los calculos de los indicadores financieros con base a los Estados Financieros a corte 31 de diciembre de 2020 anexos a la propuesta.

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Financiero:	CARLOS EDUARDO SANCHEZ BERMUDEZ	PROF. ESPECIALIZADO - CONTABILIDAD	
--	---------------------------------	------------------------------------	---

	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS	CODIGO : AP-CT-F-07-03
		VERSION : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA : 11/10/2017

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	INVITACION A COTIZAR No.043 2021
--------------------	----------------------------------

Modalidad	(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección)	A. ☒ Invitación a Cotizar	B. ☐ Evento Especial	C. ☐ Convocatoria Pública	D. ☐ Otros mecanismos
------------------	--	---	---	--	--

Objeto a contratar	CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMAS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIOS DE GRUA, CARRO TALLER, MONTA LLANTAS, LAVADO Y DESINFECCION, REVISION TECNICO MECANICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHICULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE AMBULANCIAS Y OTROS.
---------------------------	---

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 4	Proponente 5	Proponente 6
			REIMPODIESEL SAS	TOYOCARS LTDA	UNION TEMPORAL SALUD NORTE 2021
			No. NIT: 800212285-4	No. NIT: 800240740-3	No. NIT: 800193434-2; 860515236-2; 901142693-1
HABILITANTES FINANCIEROS	Presentación de la totalidad de documentos solicitados	1. Doc. de Identif. Contador Público 2. Tarjeta Profesional Contador Público	1. Cumple Observación:	1. CUMPLE Observación:	1. Cumple Observación:
	Índice de liquidez Mayor o Igual a 1.5	IE = ACTIVO CTE / PASIVO CTE	1. Cumple Observación: Resultado: 4.52	1. CUMPLE Observación: Resultado: 35.78	1. Cumple Observación: Resultado: 5.30
	Nivel de Endeudamiento Menor o Igual a 0.60	NE = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL	1. Cumple Observación: Resultado: 0.26	1. CUMPLE Observación: Resultado: 0.03	1. Cumple Observación: Resultado: 0.42
	Capital de Trabajo Mayor o Igual al 100% del Presupuesto asignado a este proceso	CT = ACTIVO CTE - PASIVO CTE	1. Cumple Observación: Resultado: \$7.038.956.907	1. Cumple Observación: Resultado: \$4.913.898.539	1. Cumple Observación: Resultado: \$911.691.375

OBSERVACIONES: Se realizan los calculos de los indicadores financieros con base a los Estados Financieros a corte 31 de diciembre de 2020 anexos a la propuesta.

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Financiero:	CARLOS EDUARDO SANCHEZ BERMUDEZ	PROF. ESPECIALIZADO - CONTABILIDAD	
---	---------------------------------	------------------------------------	---

EVALUACIÓN DE PROPUESTAS SARLAFT
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

CODIGO: AP-CT-F-60-01
VERSION: 1
PAGINA: 1 DE 1
FECHA: 22/05/2020

INFORMACIÓN DEL PROCESO

PROCESO No	043-2021
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACIÓN A COTIZAR
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMÁS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIO DE GRÚA, CARRO TALLER, MONALLANTAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN, REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS PARA LOS VEHÍCULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE: AMBULANCIAS Y OTROS.

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN SARLAFT

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3	Proponente 4	Proponente 5			Proponente 6
			MORACI GROUP SAS NIT 900110012-5	TOYOCAR'S INGENIERIA AUTOMOTRIZ LIMITADA LTDA. NIT 800240740-3	EYM COMPANY SAS NIT 900274811-7	REIMPODIESEL SAS NIT 800212285-4	UNIÓN TEMPORAL SALUD NORTE 2021			INVERSIONES EL NORTE SAS NIT 900710493-9
3. HABILITANTES SARLAFT (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	Formato para conocimiento del Cliente o contraparte-Empresa	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Información financiera	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia RUT	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia Cedula de Ciudadanía/ Cedula de Extranjería Representante legal	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia Declaración de Renta	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE
	Verificación en lista vinculante de la ONU/ CLINTON	CUMPLE / NO CUMPLE	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS ID 152	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS ID 152	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS ID 152	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS ID 152	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS ID 152	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS ID 152	SE ENCUENTRA HOMONIMO DE UNO DE LOS SOCIOS	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS ID 152

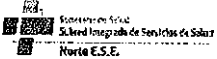
OBSERVACIONES:

MORACI GROUP SAS NIT 900110012-5, CUMPLE: con la verificación SARLAFT, subsanado.
 TOYOCAR'S INGENIERIA AUTOMOTRIZ LIMITADA LTDA. NIT 800240740-3, CUMPLE con la verificación SARLAFT.
 EYM COMPANY SAS NIT 900274811-7, CUMPLE: con la verificación SARLAFT, subsanado.
 REIMPODIESEL SAS NIT 800212285-4, NO CUMPLE: "Formato para conocimiento del Cliente o contraparte-Empresa" Numeral 3: "Identificación de accionistas" no diligencian estos campos. Numeral 4: "Información financiera" los datos registrados en Ingresos operacionales, o operacionales, egresos operacionales y no operacionales mensuales no corresponden a los registrados en el estado de resultados Integral. No presenta subsanación.
 UNIÓN TEMPORAL SALUD NORTE 2021 NO CUMPLE, con la verificación SARLAFT.
 COPCON SAS NIT 901142693-1, CUMPLE: CON LA VERIFICACIÓN SARLAFT
 PRECAR LTDA. SAS NIT 860515236-2, NO CUMPLE: "Formato para conocimiento del Cliente o contraparte-Empresa" Numeral 4: "Información financiera" Los datos registrados en los egresos operacionales mensuales no coinciden con los estados financieros.
 MULTISERVICIO TECNICA'S ASOCIADOS SAS NIT 800193434-2 CUMPLE con la verificación SARLAFT. Consulta en listas: Se encuentra homonimo de uno de los socios el señor ALFONSO VALBUENA - SUCESSION CC 16205008. HOMONIMO: Luis ALFONSO Rodriguez VALBUENA categoría "PEPS COLOMBIA" y Carlos ALFONSO Rincon VALBUENA "PARAISO FISCAL".
 INVERSIONES EL NORTE SAS NIT 900710493-9, CUMPLE con la verificación SARLAFT, subsanado.
 Se llevo a cabo 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

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:	LORENA CECILIA ILLIDGE BENJUMEA / ASESORA DESPACHO GERENCIA / OFICIAL CUMPLIMIENTO PRINCIPAL
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:	JOHANA ANDREA TRIANA GONZÁLEZ / PROFESIONAL ADMINISTRATIVO / ANALISTA SARLAFT FECHA: 29/06/2021

[Firma manuscrita]

		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016).		CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2 PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA					
CIUDAD/PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		BOGOTÁ, COLOMBIA: 16 DE JUNIO DE 2021			
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: MORARCI GROUP S.A.S.		NIT: 900110012-5			
REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO MORENO		SEGUNDO APELLIDO ARCINIEGAS		NOMBRES: MANUEL ANGELLO	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐ CEDULA DE CIUDADANÍA ☒		NÚMERO: 72.306.607		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): POLONUEVO-ATLÁNTICO 02/07/1992	
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD: 1974/03/24		LUGAR NACIMIENTO: BARRANQUILLA		DEPARTAMENTO: ATLÁNTICO	
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL: CRA 43 N° 82 - 24		PAÍS: COLOMBIA		NACIONALIDAD (1): COLOMBIANO	
CORREO ELECTRÓNICO: licitaciones@morarci.com		PORTAL/PÁGINA INTERNET: http://morarci.com/		NACIONALIDAD (2): COLOMBIANO	
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA: CRA 40 N° 6 - 19		DEPARTAMENTO/CIUDAD: CUNDINAMARCA/BOGOTÁ D.C.		PAÍS: COLOMBIA	
TELÉFONO/FAX: 3174280417		TELÉFONO/FAX: 3174280417		3091581	
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)					
PÚBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☒ SERVICIOS ☒ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☐					
SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____					
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: SI ☒ NO ☐		RENTA/CREE: SI ☐ NO ☒		IVA: SI ☒ NO ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒		AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒	
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 MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN					
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL		%		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	
MANUEL ANGELLO MORENO ARCINIEGAS		88.84		C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
LUCERO OSIRIS MORENO ARCINIEGAS		8.12		C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
N/A		N/A		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		\$ 2,433,575,123.75		ACTIVOS TOTALES	
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		\$ 60,416,636.67		PASIVOS TOTALES	
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		\$ 1,808,626,604.25		PATRIMONIO	
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		\$		63,804,013.25	
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:		OTRAS VENTAS, INTERESES			
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		MANTENIMIENTO Y REPARACIONES, ADECUACIONES ENTRE OTROS			
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 cuál:					
TIPO PRODUCTO: LLANTAS		No DEL PRODUCTO: 4011101000		MONTO OPERACIÓN: 210000	
REPUESTOS		870894010		CIUDAD: BARRANQUILLA	
				PAÍS: COLOMBIA	
				MONEDA: DOLARES	
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":					

 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).	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
1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): COMERCIO DE PARTES, PIEZAS (AUTOPARTES), Y ACCESORIOS (LUJOS) PARA VEHICULOS AUTOMOTORES, MANTENIMIENTO Y REPARACION DE VEHICULOS AUTOMOTORES, MANTENIMIENTO Y REPARACION DE MOTOCICLETAS Y DE SUS PARTES Y PIEZAS, COMERCIO DE VEHICULOS AUTOMOTORES NUEVOS. 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 INFORMACIÓN: 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, Fasacolda, 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.		

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, (Calle 66 No. 15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, 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 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 ACEPTADO 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

1. Ciudad y fecha

2. Nombre y Cargo de quien verifica:

3. Lugar de la Entrevista:

4. Observaciones:

5. Firma y Cédula

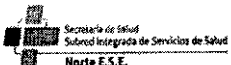
Bogotá D.C. 28 Jun 21

Johna Andrea Triana G Prof Adm

JOP Sarlaft

1013637838

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).		CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2 PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019	
CUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA.				BOGOTÁ D.C., JUNIO 17 DE 2021	
CIUDAD/PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO					
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					
EYM COMPANY SAS				NIT: 900274811-7	
PRIMER APELLIDO: SUA				SEGUNDO APELLIDO: RAMÍREZ	
NOMBRES: CARLOS ANDRÉS					
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐ CEDULA DE CIUDADANÍA ☒ NUMERO: 80186728				LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 03/01/2001	
FECHA NACIMIENTO: 1982-10-30				LUGAR NACIMIENTO: BOGOTÁ	
DEPARTAMENTO: C/MARCA				NACIONALIDAD (1): COLOMBIANO	
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL: 15 133 23 CRA 33 No 13 - 81				CIUDAD: BOGOTÁ	
PAÍS: COLOMBIA				DEPARTAMENTO: C/MARCA	
CORREO ELECTRÓNICO: coordinacioncomercial@eym.com				PORTAL/PÁGINA INTERNET: 5240010	
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA: N/A				DEPARTAMENTO/CIUDAD: N/A	
PAÍS: N/A				TELÉFONO/FAX: N/A	
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)					
PÚBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☒ SERVICIOS ☐ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☐					
SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____					
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: SI ☒ NO ☐ RENTA/CREE: SI ☒ NO ☐ IVA: SI ☒ NO ☐ ICA: SI ☐ NO ☐				CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: 4520	
GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒				PRINCIPAL ☒ SECUNDARIA ☐	
AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒					
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 MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN					
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL				%	
CARLOS ANDRÉS SUA RAMÍREZ				50	
SINDY PAOLA PEÑA GUTIERREZ				50	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NUMERO IDENTIFICACIÓN	
C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐				80186728	
C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐				53070971	
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐					
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)					
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES				158.910.098	
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES				-	
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES				43.966.182	
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES				-	
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES				814.388	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES				-	
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: _____					
TIPO PRODUCTO				No DEL PRODUCTO	
MONTO OPERACIÓN				CIUDAD	
PAÍS				MONEDA	
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.	VERSIÓN: 2
	GESTIÓN FINANCIERA.	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): **MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO CON SUMINISTRO DE REPUESTOS PARA TODO TIPO DE VEHICULOS**

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, complemente 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, complemente 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 los 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.

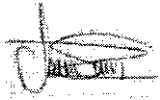
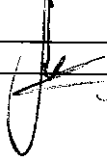
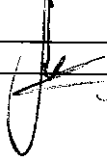
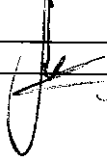
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: Declaro expresamente:
 *Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente 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:

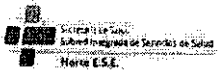
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes 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.

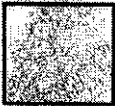
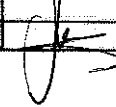
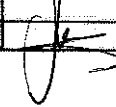
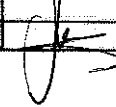
3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. 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.

 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). 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 sarlaft@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 ACEPTADO 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 D.C. 28 Jun-21</td> </tr> <tr> <td>2. Nombre y Cargo de quien verifica:</td> <td>Johana Andryca Triana S Prof Adm</td> </tr> <tr> <td>3. Lugar de la Entrevista:</td> <td>Ofi Sarlaft</td> </tr> <tr> <td>4. Observaciones:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Firma y Cédula</td> <td> 1013637838</td> </tr> </table>			1. Ciudad y fecha	Bogotá D.C. 28 Jun-21	2. Nombre y Cargo de quien verifica:	Johana Andryca Triana S Prof Adm	3. Lugar de la Entrevista:	Ofi Sarlaft	4. Observaciones:		5. Firma y Cédula	 1013637838
1. Ciudad y fecha	Bogotá D.C. 28 Jun-21											
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	Johana Andryca Triana S Prof Adm											
3. Lugar de la Entrevista:	Ofi Sarlaft											
4. Observaciones:												
5. Firma y Cédula	 1013637838											

		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)		CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2 PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		CIUDAD/PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: BOGOTÁ D.C./COLOMBIA 17 DE JUNIO DE 2021			
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: PRECAR L.T.D.A. SAS		NIT: 860515236-2			
REPRESENTANTE LEGAL:		PRIMER APELLIDO: URREGO		SEGUNDO APELLIDO: HIDALGO	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐ CEDULA DE CIUDADANÍA ☒		NÚMERO: 19068442		NOMBRES: LUIS EMILIO	
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD: 1949-04-04		LUGAR NACIMIENTO: UBALA		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): BOGOTÁ D.C. 1970-06-12	
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL: CALLE 20C 44-60		DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA		NACIONALIDAD (1): COLOMBIANA	
CORREO ELECTRÓNICO: precarfaller@outlook.com		PAÍS: COLOMBIA		NACIONALIDAD (2): COLOMBIANA	
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA:		DEPARTAMENTO/CIUDAD: CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.		TELÉFONO/FAX: 6 950918	
PORTAL/PÁGINA INTERNET:					
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)					
PÚBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☒ SERVICIOS ☒ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☐					
SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____					
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: SI ☒ NO ☐		RENTA/CREE: SI ☐ NO ☒		IVA: SI ☒ NO ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR: SI ☒ NO ☐		AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒	
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 MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN					
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL: LUIS EMILIO URREGO HIDALGO		%: 50		TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
ESPERANZA ARCINIEGAS DE URREGO		%: 50		TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
				TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
				TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)					
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES: \$ 140.574.874,66		INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES: \$ 1.888.506,00		ACTIVOS TOTALES: \$ 1.948.481.310	
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES: \$ 106.659.533		EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES: \$ 109.158.874,58		PASIVOS TOTALES: \$ 527.767.521	
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:		CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		PATRIMONIO: \$ 1.420.713.789	
				RECUPERACIÓN DE COSTOS Y GASTOS:	
				INTERESES, IMPORANTA Y OTRO:	
5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES					
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
REDESCUENTO ☐ EXPORTACIONES ☐ LEASING ☐ SERVICIOS ☐ OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐ IMPORTACIONES ☐					
PAGO DE SERVICIOS ☐ PRÉSTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐ INVERSIONES ☐ OTRA ☐ Especifique cuál:					
TIPO PRODUCTO:		No DEL PRODUCTO:		MONTO OPERACIÓN:	
CIUDAD:		PAÍS:		MONEDA:	
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".					

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 008/2016) 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
1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHICULOS 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, complemente 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, complemente 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 vincula (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 recogidos 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 contenidas 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 celebra. 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 INFORMACIÓN: 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 adelanta 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.		

 Ministerio de Salud 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, (Calle 86 No. 15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3498080, email sarlaf@subrednorte.gov.co) 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 HUELLO 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  Huellas Índice Derecho												
10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">1. Ciudad y fecha:</td> <td>Bogotá DC 28 Jun-21</td> </tr> <tr> <td>2. Nombre y Cargo de quien verifica:</td> <td>Johna Andrea Triona G Prof Adm</td> </tr> <tr> <td>3. Lugar de la Entrevista:</td> <td>Ofi Sarlaf</td> </tr> <tr> <td>4. Observaciones:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Firma y Cédula:</td> <td> 1013637838</td> </tr> </table>			1. Ciudad y fecha:	Bogotá DC 28 Jun-21	2. Nombre y Cargo de quien verifica:	Johna Andrea Triona G Prof Adm	3. Lugar de la Entrevista:	Ofi Sarlaf	4. Observaciones:		5. Firma y Cédula:	 1013637838
1. Ciudad y fecha:	Bogotá DC 28 Jun-21											
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	Johna Andrea Triona G Prof Adm											
3. Lugar de la Entrevista:	Ofi Sarlaf											
4. Observaciones:												
5. Firma y Cédula:	 1013637838											

		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016).		CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2 PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA					
CIUDAD/PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO BOGOTÁ D.C. COLOMBIA 16 DE JUNIO DE 2021					
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 MULTISERVICIO TECNICAL S ASOCIADOS SAS		NIT 800193434-2		NOMBRES EDITH ELIANA	
REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: AYALA SEGUNDO APELLIDO: VALBUENA		CEDELA DE CIUDADANÍA ☒ CEDELA DE EXTRANJERÍA ☐		NUMERO: 52256279 LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): BOGOTÁ D.C. 1993 8 11	
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD 1975-08-07		LUGAR NACIMIENTO BOGOTÁ DC		DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL AV CRA 68 12A-17		PAÍS COLOMBIA		CIUDAD BOGOTÁ D.C.	
CORREO ELECTRÓNICO: multitecnicalprincipal@gmail.com		PORTAL/PÁGINA INTERNET: www.multitecnical.com		TELÉFONO/FAX 4 434780	
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA CALLE 128 47-40		DEPARTAMENTO/CIUDAD CUNDINAMARCA/BOGOTÁ DC		PAÍS COLOMBIA	
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)					
PÚBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☒		SERVICIOS ☒ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☐		OTRA: _____	
SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐		OTRA: _____		CUAL: _____	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SI ☒ RENTA/CREE SI ☒ IVA SI ☒ ICA SI ☒		CÓDIGO CIU/ACTIVIDAD ECONÓMICA 4520		PRINCIPAL ☒ SECUNDARIA ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR SI ☒ NO ☐		AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☒	
3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)					
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:					
IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN					
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL		%		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	
GONZALO VALBUENA MEJIA		19,08		C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
MARIO ARTURO VALBUENA MEJIA		7,63		C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
FABIO VALBUENA MEJIA		7,63		C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
ALFONSO VALBUENA - SUCESIÓN		65,66		C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)					
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		\$ 296.185.000,00		ACTIVOS TOTALES	
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		\$ 4.726.000,00		PASIVOS TOTALES	
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		\$ 282.149.000,00		PATRIMONIO	
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		\$		17.363.500,00	
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:		INGRESOS FINANCIEROS E INGRESO FAEP			
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		GASTOS FINANCIEROS			
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: _____			
TIPO PRODUCTO		Nº DEL PRODUCTO		MONTO OPERACIÓN	
CIUDAD		PAÍS		MONEDA	
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".					

 Ministerio de Salud y Protección Social 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
	1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): PROPIOS DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA		
	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, complemente 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, complemente 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.			

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 los 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, (Calle 66 No. 15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email: serlaft@subrednorte.gov.co) 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

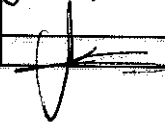
SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE
HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO. SE
DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y
VERDICA EN TODAS SUS PARTES


Firma Cliente / Representante Legal

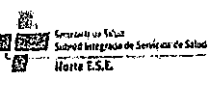


Huella Índice Derecho

10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

1. Ciudad y fecha	Bogotá D.C. 28 Jun 21
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	Johana Andrica Tabana Prof Adm
3. Lugar de la Entrevista:	Ofi Jarlaft
4. Observaciones:	
5. Firma y Cédula	 1013637838

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).		CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2 PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA.					
CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: <u>Bogotá D.C. 28 Jun 2021</u>					
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: <u>INVERSIONES EL NORTE SAS</u>		NIT: <u>900.710.493-9</u>			
REPRESENTANTE LEGAL: <u>BULLA</u>		PRIMER APELLIDO: <u>ORJUELA</u>		SEGUNDO APELLIDO: <u>HERNANDO</u>	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐		CEDULA DE CIUDADANÍA ☒		NÚMERO: <u>4 8 3 1</u>	
FECHA NACIMIENTO: <u>1929-03-24</u>		LUGAR NACIMIENTO: <u>CAJICA</u>		DEPARTAMENTO: <u>CUNDINAMARCA</u>	
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL: <u>CARRERA 61G N° 51B 13 SUR</u>		PAÍS: <u>COLOMBIA</u>		DEPARTAMENTO: <u>CUNDINAMARCA</u>	
CORREO ELECTRÓNICO: <u>talleresnorte@talleresnorte.com</u>		PORTAL/PAGINA INTERNET: <u>www.talleresnorte.com</u>		NACIONALIDAD (1): <u>COLOMBIANO</u>	
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA: <u>CALLE 6 N° 28 - 60</u>		DEPARTAMENTO/CIUDAD: <u>CUNDINAMARCA - BOGOTÁ</u>		NACIONALIDAD (2): _____	
PAÍS: <u>COLOMBIA</u>		TELEFONO/FAX: <u>7105308</u>			
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)					
PÚBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☒ SERVICIOS ☐ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☐					
SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____					
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: <u>SI</u> ☒ <u>NO</u> ☐		RENTA/CEE: <u>SI</u> ☒ <u>NO</u> ☐		IVA: <u>SI</u> ☒ <u>NO</u> ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE: <u>SI</u> ☐ <u>NO</u> ☒		AGENTE RETENEDOR: <u>SI</u> ☒ <u>NO</u> ☐		AGENTE AUTORETENEDOR: <u>SI</u> ☐ <u>NO</u> ☒	
CÓDIGO CIIU/ACTIVIDAD ECONÓMICA: <u>4520</u>					
PRINCIPAL ☒ SECUNDARIA ☐					
3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)					
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS <u>SI</u> ☐ <u>NO</u> ☒					
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO <u>SI</u> ☐ <u>NO</u> ☒					
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL <u>SI</u> ☐ <u>NO</u> ☒					
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA <u>SI</u> ☐ <u>NO</u> ☒					
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:					
IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN					
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL		%		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	
ALMACEN Y TALLERES EL NORTE S.A.		45		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☒ NIT ☒	
HERNANDO BULLA ORJUELA		20		C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
SANDRA DEL PILAR BULLA ESLAVA		15		C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
ERNESTO JOSE PULIDO SANCHEZ		10		C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
CARLOS HERNANDO BULLA ESLAVA		5		C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
JAIME ERNESTO BULLA ESLAVA		5		C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)					
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		\$ 525,299,756		ACTIVOS TOTALES \$ 17,362,628,366	
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		\$ 248,292,716		PASIVOS TOTALES \$ 8,598,583,837	
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		\$ 158,951,297		PATRIMONIO \$ 10,764,044,529	
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		\$		4,800,859	
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:		INGRESOS OPERACIONALES DE UNIONES TEMPORALES, ARRENDAMIENTOS, REINTEGRO DE COSTOS			
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		GASTOS DIVERSOS - PERDIDA EN VENTA Y RETIRO DE BIENES			
5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES					
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: <u>SI</u> ☐ <u>NO</u> ☒					
REDESCUENTO ☐ EXPORTACIONES ☐ LEASING ☐ SERVICIOS ☐ OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐ IMPORTACIONES ☐					
PAGO DE SERVICIOS ☐ PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐ INVERSIONES ☐ OTRA ☐ Especifique cual: _____					
TIPO PRODUCTO		Nº DEL PRODUCTO		MONTO OPERACIÓN	
				CIUDAD PAÍS MONEDA	
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 VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA.	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): MANTENIMIENTO DE VEHICULOS Y VENTA DE REPUESTOS Y LUBRICANTES

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.

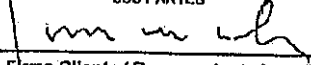
*Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

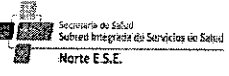
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes 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 INFORMACIÓN: 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 adelanta 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.

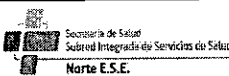
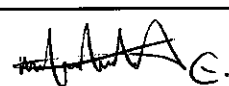
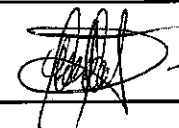
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

 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 comparten, 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, (Calle 66 No. 15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarilaft@subrednorte.gov.co) 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 ACEPTADO 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 DC 28 Jun 2021</td> </tr> <tr> <td>2. Nombre y Cargo de quien verifica:</td> <td>Johana Andica Miana G Prop Adm</td> </tr> <tr> <td>3. Lugar de la Entrevista:</td> <td>Op Sarilaft</td> </tr> <tr> <td>4. Observaciones:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Firma y Cédula</td> <td> 1.013.637.838</td> </tr> </table>			1. Ciudad y fecha	Bogotá DC 28 Jun 2021	2. Nombre y Cargo de quien verifica:	Johana Andica Miana G Prop Adm	3. Lugar de la Entrevista:	Op Sarilaft	4. Observaciones:		5. Firma y Cédula	 1.013.637.838
1. Ciudad y fecha	Bogotá DC 28 Jun 2021											
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	Johana Andica Miana G Prop Adm											
3. Lugar de la Entrevista:	Op Sarilaft											
4. Observaciones:												
5. Firma y Cédula	 1.013.637.838											

		ACTA FINAL		CODIGO: VERSION: PAGINA : 1 DE 1 FECHA:	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
		GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		043-2021 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMÁS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIO DE GRÚA, CARRO TALLER, MONTALLANTAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN, REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHICULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE: AMBULANCIAS Y OTROS.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 4	Proponente 5	Proponente 6
			REIMPODIESEL S.A.S	UNIÓN TEMPORAL SALUD NORTE 2021	INVERSIONES EL NORTE S.A.S
			NIT: 800.212.285-4	NIT: N/A	NIT: 900.710.493-9
	1) CAPACIDAD INSTALADA: CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DONDE INDIQUE LO REQUERIDO EN EL NUMERAL 1 DE LA INVITACIÓN A COTIZAR 020-2021.	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 PRESENTO SUBSANACIÓN.	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	2) ÁREA DE OPERACIÓN: 2.1.1) EL ÁREA MÍNIMA DE OPERACIÓN ES DE MIL SETECIENTOS METROS CUADRADOS (1700 M*2) EN INSTALACIONES DEBIDAMENTE CERRADAS Y CUBIERTAS QUE GARANTICEN LA INTEGRIDAD Y SEGURIDAD DE LOS VEHÍCULOS ASI COMO LOS EQUIPOS Y/O ELEMENTOS QUE REPOSEN EN SU INTERIOR DENTRO DE LOS CUALES SE DEBE IDENTIFICAR FÁCILMENTE LOS ESPACIOS Y ÁREAS INDEPENDIENTES CONTEPLADOS EN LOS NUMERALES 2.1.1.2,2.1.3,2.1.4,2.1.5,2.1.6,2.1.7,2.1.8,2.1.9,2.1.10,2.1.11,2.1.12 Y 2.2.DE LA INVITACIÓN A COTIZAR	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 PRESENTO SUBSANACIÓN.	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	3) SERVICIO DE GRÚA: CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DONDE ACREDITE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN CASO DE SALIR FAVORECIDO Y ADÉMÁS DE LA CERTIFICACIÓN, DEBERÁ APORTAR COPIA DE LA CARTA DE PROPIEDAD, DEL CONTRATO DE ARRENDAMIENTO O DEL CONVENIO, SEGÚN CORRESPONDA.	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:
	4) MÍNIMO DE EQUIPOS ESPECIALIZADOS: EL PROPONENTE DEBERÁ ALLEGAR CARTA DE COMPROMISO O DOCUMENTO SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, DONDE MANIFIESTE QUE CUENTA CON LOS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS PARA EL DESARROLLO DE TRABAJOS Y ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO (DEL 4.1 AL 4.39) DE LOS VEHÍCULOS AL SERVICIO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	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 PRESENTO SUBSANACIÓN.	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	5) SERVICIO DE MONTALLANTAS : CARTA DE COMPROMISO O DOCUMENTO SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, DONDE MANIFIESTE QUE CUENTA CON LA DISPONIBILIDAD DE MÍNIMO 1 CENTRO DE MONTALLANTAS, EN HORARIO 24/7, EN CASO DE NO CONTAR CON EL ESTABLECIMIENTO DE MONTALLANTAS PROPIO, EL OFERENTE DEBE PRESENTAR LA CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DONDE MANIFIESTE QUE ESTÁ EN CAPACIDAD DE OFRECER EL SERVICIO ESPECIFICADO ANTERIORMENTE DE MANERA OPORTUNA EN HORARIO 24/7 BAJO CONTRATO O CONVENIO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES.	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: SE EVIDENCIÓ DENTRO DE LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS EL SOPORTE DE CONVENIO CON ESTACIÓN CARRERA 50 Y EDS TEXACO AV 68.	1. Cumple Observación:

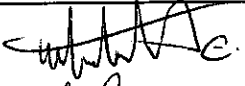
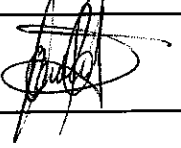
 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	ACTA FINAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CODIGO: VERSION: PAGINA : 1 DE 1 FECHA:		
	INFORMACIÓN DEL PROCESO				
PROCESO No		043-2021 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACION A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMÁS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIO DE GRÚA, CARRO TALLER, MONTALLANTAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN, REVISIÓN TÉCNICA MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHICULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE: AMBULANCIAS Y OTROS.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 4	Proponente 5	Proponente 6
			REIMPODIESEL S.A.S NIT: 800.212.285-4	UNIÓN TEMPORAL SALUD NORTE 2021 NIT: N/A	INVERSIONES EL NORTE S.A.S NIT: 900.710.493-9
HABILITANTES TÉCNICOS	6) SERVICIO DE LAVADO Y DESINFECCIÓN : EL PROPONENTE DEBERÁ APORTAR CARTA DE COMPROMISO O DOCUMENTO SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, DONDE MANIFIESTE QUE CUENTA CON LA DISPONIBILIDAD DE MÍNIMO 1 CENTRO DE LAVADO Y DESINFECCIÓN QUE CUMPLE CON LA NORMATIVIDAD AMBIENTAL VIGENTE SEGÚN APLIQUE, EN HORARIO 24/7, EN CASO DE NO CONTAR CON EL ESTABLECIMIENTO DE LAVADO Y DESINFECCIÓN PROPIO, EL OFERENTE DEBE PRESENTAR LA CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DONDE MANIFIESTE QUE ESTÁ EN CAPACIDAD DE OFRECER EL SERVICIO ESPECIFICADO ANTERIORMENTE DE MANERA OPORTUNA EN HORARIO 24/7 BAJO CONTRATO O CONVENIO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES Y QUE CUMPLE CON LA NORMATIVIDAD AMBIENTAL VIGENTE SEGÚN APLIQUE	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:
	7) SERVICIO DE ALINEACIÓN Y BALANCEO: EL PROPONENTE DEBERÁ APORTAR CARTA DE COMPROMISO O DOCUMENTO SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, DONDE MANIFIESTE QUE CUENTA CON LA DISPONIBILIDAD DE MÍNIMO 1 CENTRO DE ALINEACIÓN Y BALANCEO, EN HORARIO DE ATENCIÓN DEL TALLER ESTABLECIDO EN LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA ANEXO 4, EN CASO DE NO CONTAR CON EL ESTABLECIMIENTO DE ALINEACIÓN Y BALANCEO PROPIO, EL OFERENTE DEBE PRESENTAR LA CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DONDE MANIFIESTE QUE ESTÁ EN CAPACIDAD DE OFRECER EL SERVICIO ESPECIFICADO ANTERIORMENTE DE MANERA OPORTUNA EN HORARIO EN HORARIO DE ATENCIÓN DEL TALLER ESTABLECIDO EN LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA ANEXO 4, BAJO CONTRATO O CONVENIO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES.		1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	8) PROTOCOLOS DE MANTENIMIENTO DE LOS VEHÍCULOS: ANEXAR CON LA PROPUESTA PROTOCOLO O PROCEDIMIENTO DE FORMA CLARA Y DETALLADA PARA LA RECEPCIÓN, INTERVENCIÓN Y ENTREGA DE LOS VEHÍCULOS DE ACUERDO A LAS OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES QUE DEBERÁ LLEVAR A CABO EL PROVEEDOR/CONTRATISTA SEGÚN EL ANEXO 4.	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:

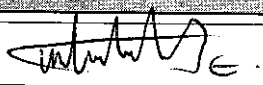
 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	ACTA FINAL		CODIGO:		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSION:		
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PAGINA : 1 DE 1		FECHA:	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No.	043-2021 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E				
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACION A COTIZAR				
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMÁS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIO DE GRÚA, CARRO TALLER, MONTALLANTAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN, REVISIÓN TÉCNICA MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHICULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE: AMBULANCIAS Y OTROS.				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 4	Proponente 5	Proponente 6
			REIMPODIESEL S.A.S	UNIÓN TEMPORAL SALUD NORTE 2021	INVERSIONES EL NORTE S.A.S
			NIT: 800.212.285-4	NIT: N/A	NIT: 900.710.493-9
	9) STOCK DE REPUESTOS: COPIA DE LOS CONVENIOS Y/O CONTRATOS SUSCRITOS ENTRE PROponentES Y PROVEEDORES DE REPUESTOS O CERTIFICACION EXPEDIDA POR EL FABRICANTE Y/O DISTRIBUIDOR AUTORIZADO PARA LAS MARCAS, LINEAS Y MODELOS DESCRITOS EN EL ANEXO 2, HACIENDO SALVEDAD QUE ESTA CERTIFICACION DEBE ESTAR DIRIGIDA AL PROponentE O RELACIONANDO AL PROponentE CON EL FIN DE EVIDENCIAR LA RELACION COMERCIAL. ESTOS DOCUMENTOS DEBEN GARANTIZAR QUE TIENEN CONOCIMIENTO DE LA INFORMACIÓN CONTEMPLADA EN EL ANEXO 2 Y SU DISPONIBILIDAD PARA RÁPIDA ADQUISICIÓN DE LOS REPUESTOS ENUNCIADOS, ADEMÁS CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DONDE MANIFIESTE QUE CUENTA CON EL STOCK SUFICIENTE Y CAPACIDAD DE ADQUISICIÓN DE LOS REPUESTOS CONTEMPLADOS EN EL ANEXO 2 (ORIGINALES / NUEVOS) Y DEMÁS QUE PUEDA REQUERIR LA ENTIDAD EN SUS TRABAJOS DE MANTENIMIENTO, PARA LAS MARCAS DE VEHÍCULOS QUE MANEJA EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE E.S.E.	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 PRESENTO SUBSANACIÓN.	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación: EN LA SUBSANACIÓN PRESENTADA POR EL OFERENTE SE EVIDENCIÓ LA CERTIFICACIÓN EXPEDIDA POR EL FABRICANTE Y/O DISTRIBUIDOR AUTORIZADO PARA LA MARCA: JAC CONTEMPLADA EN EL ANEXO 2.
	10) CARRO TALLER: EL PROponentE DEBERÁ APORTAR CARTA DE COMPROMISO O DOCUMENTO SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DONDE MANIFIESTE QUE CUENTA CON POR LO MENOS DOS (2) CARRO TALLERES CON LOGOS DISTINTIVOS DE LA EMPRESA Y DOTADOS CON HERRAMIENTA Y PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CAMPO. - ANEXAR DOCUMENTOS DEMOSTRANDO QUE PERTENECEN A LA EMPRESA Y SU DISPONIBILIDAD 24/7.	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:
	11) LABORATORIO DE PINTURA: EL PROponentE DEBERÁ APORTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DONDE CONSTE LA DISPOSICIÓN DEL SERVICIO DE LABORATORIO DE PINTURA (CON LAS ESPECIFICACIONES DEL 11.1 AL 11.12), EN CASO DE NO SER PROPIO DEBERÁ APORTAR EL RESPECTIVO CONTRATO O CONVENIO.	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 PRESENTO SUBSANACIÓN.	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:

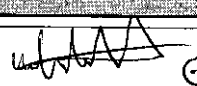
	ACTA FINAL		CODIGO:		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSION:		
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PAGINA: 1 DE 1		FECHA:	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		043-2021 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACION A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR:		CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMÁS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIO DE GRÚA, CARRO TALLER, MONTALLANTAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN, REVISIÓN TÉCNICA MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHICULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE: AMBULANCIAS Y OTROS.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 4	Proponente 5	Proponente 6
			REIMPODIESEL S.A.S	UNIÓN TEMPORAL SALUD NORTE 2021	INVERSIONES EL NORTE S.A.S
			NIT: 800.212.285-4	NIT: N/A	NIT: 900.710.493-9
	12) VIGILANCIA Y CONTROL: ANEXAR CERTIFICADO DE INSPECCIÓN HIGIÉNICO SANITARIO VIGENTE Y CON CONCEPTO FAVORABLE Y PARA LO CUAL CADA OFERENTE DEBE APORTAR EL DOCUMENTO CONSTANCIA DE ÚLTIMA VISITA REALIZADA AL ESTABLECIMIENTO. VIGILANCIA Y CONTROL: ANEXAR CERTIFICADO DE INSPECCIÓN HIGIÉNICO SANITARIO VIGENTE Y CON CONCEPTO FAVORABLE Y PARA LO CUAL CADA OFERENTE DEBE APORTAR EL DOCUMENTO CONSTANCIA DE ÚLTIMA VISITA REALIZADA AL ESTABLECIMIENTO.	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:
	13) REGISTRO AMBIENTAL ACEITES: ANEXAR COPIA DEL REGISTRO COMO ACOPIADOR PRIMARIO DE ACEITES USADOS, CONTRATO CON LA EMPRESA QUE REALIZA LA MOVILIZACIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE LOS ACEITES, SU REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE AMBIENTE.	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:
	14) REGISTRO AMBIENTAL LLANTAS: ANEXAR COPIA DEL REGISTRO COMO ACOPIADOR DE LLANTAS USADAS, CONTRATO CON LA EMPRESA QUE REALIZA LA DISPOSICIÓN FINAL DE LAS LLANTAS, SU REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE AMBIENTE.	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:
	15) EXPERIENCIA: EXPERIENCIA DEL PROPONENTE MÁXIMO TRES (3) CERTIFICACIONES DE CONTRATOS (CON LAS ESPECIFICACIONES DE LOS LÍTERALES 15A AL 15E) CUYA SUMATORIA SEA IGUAL O SUPERIOR AL 100% DEL PRESUPUESTO OFICIAL Y QUE GUARDE RELACIÓN CON EL OBJETO DEL PRESENTE PROCESO.	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:
	16) COMPROMISO: ANEXAR CARTA DE COMPROMISO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, PARA LA ENTREGA DE LOS VEHÍCULOS BAJO LAS CONDICIONES Y OBLIGACIONES EN LOS TIEMPOS REQUERIDOS EN EL ANEXO 5.	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:
OBSERVACIONES: REQUISITOS TECNICOS 1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,15 Y 16 EVALUADOS POR MANTENIMIENTO VEHICULOS. REQUISITOS TECNICOS 6,12,13 Y 14 EVALUADOS POR GESTION AMBIENTAL.					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio técnico:		JAVIER ROCHA MANTENIMIENTO VEHICULOS			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio ambiental:		JENNY GOMEZ GESTION AMBIENTAL			

		ACTA FINAL		CODIGO:	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSION:	
				PAGINA : 1 DE 1	
				FECHA:	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No.		043-2021 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACION A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMÁS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIO DE GRÚA, CARRO TALLER, MONTALLANTAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN, REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHICULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE: AMBULANCIAS Y OTROS.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			MORARCI GROUP S.A.S	TOYOCAR'S LTDA	E Y M COMPANY S.A.S
			NIT: 900.710.493-9	NIT: 800.240.740-3	NIT: 900.274.811-7
	1) CAPACIDAD INSTALADA: CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DONDE INDIQUE LO REQUERIDO EN EL NUMERAL 1 DE LA INVITACIÓN A COTIZAR 043-2021.	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:
	2) ÁREA DE OPERACIÓN: 2.1.1) EL ÁREA MÍNIMA DE OPERACIÓN ES DE MIL SETECIENTOS METROS CUADRADOS (1700 M²) EN INSTALACIONES DEBIDAMENTE CERRADAS Y CUBIERTAS QUE GARANTICEN LA INTEGRIDAD Y SEGURIDAD DE LOS VEHÍCULOS ASÍ COMO LOS EQUIPOS Y/O ELEMENTOS QUE REPOSEN EN SU INTERIOR DENTRO DE LOS CUALES SE DEBE IDENTIFICAR FÁCILMENTE LOS ESPACIOS Y ÁREAS INDEPENDIENTES CONTEMPLADOS EN LOS NUMERALES 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.6, 2.1.7, 2.1.8, 2.1.9, 2.1.10, 2.1.11, 2.1.12 Y 2.2. DE LA INVITACIÓN A COTIZAR	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:
	3) SERVICIO DE GRÚA: CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DONDE ACREDITE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN CASO DE SALIR FAVORECIDO Y ADEMÁS DE LA CERTIFICACIÓN, DEBERÁ APORTAR COPIA DE LA CARTA DE PROPIEDAD, DEL CONTRATO DE ARRENDAMIENTO O DEL CONVENIO, SEGÚN CORRESPONDA.	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:
	4) MÍNIMO DE EQUIPOS ESPECIALIZADOS: EL PROPONENTE DEBERÁ ALLEGAR CARTA DE COMPROMISO O DOCUMENTO SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, DONDE MANIFIESTE QUE CUENTA CON LOS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS PARA EL DESARROLLO DE TRABAJOS Y ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO (DEL 4.1 AL 4.39) DE LOS VEHÍCULOS AL SERVICIO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	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:
	5) SERVICIO DE MONTALLANTAS: CARTA DE COMPROMISO O DOCUMENTO SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, DONDE MANIFIESTE QUE CUENTA CON LA DISPONIBILIDAD DE MÍNIMO 1 CENTRO DE MONTALLANTAS, EN HORARIO 24/7, EN CASO DE NO CONTAR CON EL ESTABLECIMIENTO DE MONTALLANTAS PROPIO, EL OFERENTE DEBE PRESENTAR LA CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DONDE MANIFIESTE QUE ESTÁ EN CAPACIDAD DE OFRECER EL SERVICIO ESPECIFICADO ANTERIORMENTE DE MANERA OPORTUNA EN HORARIO 24/7 BAJO CONTRATO O CONVENIO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES.	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: EN LA SUBSANACIÓN PRESENTADA POR EL OFERENTE SE EVIDENCIO LA CERTIFICACIÓN DEL SERVICIO DE MONTALLANTAS EVIDENCIADO EN VISITA EN CAMPO.

 Gobernación del Boyacá Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		ACTA FINAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CODIGO: VERSION: PAGINA : 1 DE 1 FECHA:	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO N°		043-2021 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMÁS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIO DE GRÚA, CARRO TALLER, MONTALLANTAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN, REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHICULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE: AMBULANCIAS Y OTROS.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			MORARCI GROUP S.A.S	TOYOCAR'S LTDA	E Y M COMPANY S.A.S
			NIT: 900.710.493-9	NIT: 800.240.740-3	NIT: 900.274.811-7
	10) CARRO TALLER: EL PROPONENTE DEBERÁ APORTAR CARTA DE COMPROMISO O DOCUMENTO SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DONDE MANIFIESTE QUE CUENTA CON POR LO MENOS DOS (2) CARRO TALLERES CON LOGOS DISTINTIVOS DE LA EMPRESA Y DOTADOS CON HERRAMIENTA Y PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CAMPO. - ANEXAR DOCUMENTOS DEMOSTRANDO QUE PERTENECEN A LA EMPRESA Y SU DISPONIBILIDAD 24/7.	Escija 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:
	11) LABORATORIO DE PINTURA: EL PROPONENTE DEBERÁ APORTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DONDE CONSTE LA DISPOSICIÓN DEL SERVICIO DE LABORATORIO DE PINTURA (CON LAS ESPECIFICACIONES DEL 11.1 AL 11.12). EN CASO DE NO SER PROPIO DEBERÁ APORTAR EL RESPECTIVO CONTRATO O CONVENIO.	Escija 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:
	12) VIGILANCIA Y CONTROL: ANEXAR CERTIFICADO DE INSPECCIÓN HIGIÉNICO SANITARIO VIGENTE Y CON CONCEPTO FAVORABLE Y PARA LO CUAL CADA OFERENTE DEBE APORTAR EL DOCUMENTO CONSTANCIA DE ÚLTIMA VISITA REALIZADA AL ESTABLECIMIENTO. VIGILANCIA Y CONTROL: ANEXAR CERTIFICADO DE INSPECCIÓN HIGIÉNICO SANITARIO VIGENTE Y CON CONCEPTO FAVORABLE Y PARA LO CUAL CADA OFERENTE DEBE APORTAR EL DOCUMENTO CONSTANCIA DE ÚLTIMA VISITA REALIZADA AL ESTABLECIMIENTO.	Escija 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:
	13) REGISTRO AMBIENTAL ACEITES: ANEXAR COPIA DEL REGISTRO COMO ACOPIADOR PRIMARIO DE ACEITES USADOS, CONTRATO CON LA EMPRESA QUE REALIZA LA MOVILIZACIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE LOS ACEITES, SU REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE AMBIENTE.	Escija 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:

 GOBIERNO DEBOYACÁ Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		ACTA FINAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CODIGO: VERSION: PAGINA : 1 DE 1 FECHA:	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No:		043-2021 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACION A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMÁS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIO DE GRÚA, CARRO TALLER, MONTALLANTAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN, REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHICULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE: AMBULANCIAS Y OTROS.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			MORARCI GROUP S.A.S NIT: 900.710.493-9	TOYOCAR'S LTDA NIT: 800.240.740-3	E Y M COMPANY S.A.S NIT: 900.274.811-7
	14) REGISTRO AMBIENTAL LLANTAS: ANEXAR COPIA DEL REGISTRO COMO ACOPIADOR DE LLANTAS USADAS, CONTRATO CON LA EMPRESA QUE REALIZA LA DISPOSICIÓN FINAL DE LAS LLANTAS, SU REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE AMBIENTE.	Escija 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:
	15) EXPERIENCIA: EXPERIENCIA DEL PROPONENTE: MÁXIMO TRES (3) CERTIFICACIONES DE CONTRATOS (CON LAS ESPECIFICACIONES DE LOS LITERALES 15A AL 15E) CUYA SUMATORIA SEA IGUAL O SUPERIOR AL 100% DEL PRESUPUESTO OFICIAL Y QUE GUARDE RELACIÓN CON EL OBJETO DEL PRESENTE PROCESO.	Escija 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:
	16) COMPROMISO: ANEXAR CARTA DE COMPROMISO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, PARA LA ENTREGA DE LOS VEHÍCULOS BAJO LAS CONDICIONES Y OBLIGACIONES EN LOS TIEMPOS REQUERIDOS EN EL ANEXO 5.	Escija 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 EN LA SUBSANACIÓN PRESENTADA POR EL OFERENTE SE EVIDENCIÓ EN EL DOCUMENTO ANEXO, LA CARTA DE COMPROMISO DONDE HACE REFERENCIA AL ANEXO 5 SEGÚN LA INVITACION A COTIZAR 043-2021.	1. Cumple EN LA SUBSANACIÓN PRESENTADA EL OFERENTE ADJUNTA LA CARTA SOLICITADA
OBSERVACIONES: REQUISITOS TÉCNICOS 1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,15 Y 16 EVALUADOS POR MANTENIMIENTO VEHICULOS. REQUISITOS TÉCNICOS 6,12,13 Y 14 EVALUADOS POR GESTION AMBIENTAL.					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio técnico:		JAVIER ROCHA MANTENIMIENTO VEHICULOS			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio ambiental:		JENNY GOMEZ GESTION AMBIENTAL			

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		EVALUACION FINAL CRITERIOS PONDERABLES DE PROPUESTAS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CODIGO: AP-CT-F-55-01 VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020		
INFORMACIÓN DEL PROCESO						
PROCESO No.		043-2021		MODALIDAD DE SELECCIÓN: INVITACIÓN A COTIZAR		
OBJETO A CONTRATAR:		CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMÁS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIO DE GRÚA, CARRO TALLER, MONTALLANTAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN, REVISIÓN TÉCNICA MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHÍCULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE: AMBULANCIAS Y OTROS				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN						
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	COMO EVALUAR	EVALUACIÓN			
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3	
			MORARCI GROUP S.A.S	TOYOCAR'S LTDA	E Y M COMPANY S.A.S	
			NIT: 900.710.493-9	NIT: 800.240.740-3	NIT: 900.274.811-7	
VALOR OFERTA ECONOMICA SEGUN ANEXO APORTADO POR OFERENTE			\$ 252.081.788	\$ 132.166.282	\$ 173.503.778	
PONDERABLE TECNICO - 25 PUNTOS TOTALES	SIETE (7) PUNTOS POR UN TALLER ADICIONAL	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	0 PUNTOS	7 PUNTOS	7 PUNTOS	
	QUINCE (15) PUNTOS POR DOS TALLERES ADICIONALES	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	15 PUNTOS	0 PUNTOS	0 PUNTOS	
	CINCO (5) PUNTOS: POR DOS (2) MONTALLANTAS ADICIONALES	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	5 PUNTOS	5 PUNTOS	0 PUNTOS	
	CINCO (5) PUNTOS POR DOS (2) PUNTOS DE LAVADO ADICIONALES	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	5 PUNTOS	5 PUNTOS	0 PUNTOS	
PONDERABLE ASPECTO ECONOMICO - 65 PUNTOS TOTALES	DIECISEIS (16) PUNTOS POR MENOR VALOR EN MANO DE OBRA EN SERVICIOS DE MECANICA RAPIDA DE MAYOR DEMANDA	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	0 PUNTOS	0 PUNTOS	16 PUNTOS	
	DIEZ (10) PUNTOS POR MENOR VALOR POR CONCEPTO DE MANO DE OBRA EN SERVICIOS DE MECANICA GENERALIZADA DE MAYOR DEMANDA	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	0 PUNTOS	0 PUNTOS	10 PUNTOS	
	CUATRO (4) - PUNTOS POR MENOR VALOR POR CONCEPTO DE MANO DE OBRA EN SERVICIOS DE MENOR DEMANDA	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	0 PUNTOS	4 PUNTOS	0 PUNTOS	
	VEINTE (20) PUNTOS POR MENOR VALOR TOTAL EN REPUESTOS DE ALTA DEMANDA.	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	0 PUNTOS	20 PUNTOS	0 PUNTOS	
	ONCE (11) PUNTOS POR MENOR VALOR TOTAL EN RESPUESTOS DE BAJA DEMANDA	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	0 PUNTOS	11 PUNTOS	0 PUNTOS	
	CUATRO (4) PUNTOS POR MENOR VALOR TOTAL EN LLANTAS A LA OFERTA GRAN TOTAL PARA DOS (2) MESES.	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	4 PUNTOS	0 PUNTOS	0 PUNTOS	
	APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL - 10 PUNTOS TOTALES	DIEZ (10) PUNTOS POR OFERTAS DE ORIGEN NACIONAL Ó CINCO (5) PUNTOS POR INCORPORACION DE COMPONENTE NACIONAL	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	10 PUNTOS	10 PUNTOS	10 PUNTOS
	TOTAL PUNTOS OTORGADOS			39 PUNTOS	62 PUNTOS	43 PUNTOS
OBSERVACIONES: (1) LA ENTIDAD NO LE OTORGA PUNTAJES A LOS OFERENTES QUE NO FUERON HABILES, POR NO CUMPLIR CON LOS REQUISITOS HABILITANTES.						
Nombre, cargo y firma de quien consolida las evaluaciones:			JAVIER ROCHA - PROFESIONAL ADMINISTRATIVO II 			

EVALUACION FINAL CRITERIOS PONDERABLES DE PROPUESTAS		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	043-2021	MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACION A COTIZAR		
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMÁS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIO DE GRÚA, CARRO TALLER, MONTALLANTAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN, REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHÍCULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE: AMBULANCIAS Y OTROS				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	Proponente 4	Proponente 5	Proponente 6
			REIMPODIESEL S.A.S	UNIÓN TEMPORAL SALUD NORTE 2021	INVERSIONES EL NORTE S.A.S
			NIT: 800.212.285-4	NIT: N/A	NIT: 900.710.493-9
VALOR OFERTA ECONOMICA SEGUN ANEXO APORTADO POR OFERENTE			N/A	N/A	\$ 227.594.145
PONDERABLE TECNICO: 25 PUNTOS TOTALES	SIETE (7) PUNTOS POR UN TALLER ADICIONAL	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS
	QUINCE (15) PUNTOS POR DOS TALLERES ADICIONALES	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS, NO HABILITADO	15 PUNTOS
	CINCO (5) PUNTOS: POR DOS (2) MONTALLANTAS ADICIONALES	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS, NO HABILITADO	5 PUNTOS
	CINCO (5) PUNTOS POR DOS (2) PUNTOS DE LAVADO ADICIONALES	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS, NO HABILITADO	5 PUNTOS
PONDERABLE ASPECTO ECONOMICO: 65 PUNTOS TOTALES	DIECISEIS (16) PUNTOS POR MENOR VALOR EN MANO DE OBRA EN SERVICIOS DE MECANICA RAPIDA DE MAYOR DEMANDA	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS
	DIEZ (10) PUNTOS POR MENOR VALOR POR CONCEPTO DE MANO DE OBRA EN SERVICIOS DE MECÁNICA GENERALIZADA DE MAYOR DEMANDA	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS
	CUATRO (4) - PUNTOS POR MENOR VALOR POR CONCEPTO DE MANO DE OBRA EN SERVICIOS DE MENOR DEMANDA	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS
	VEINTE (20) PUNTOS POR MENOR VALOR TOTAL EN REPUESTOS DE ALTA DEMANDA	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS
	ONCE (11) PUNTOS POR MENOR VALOR TOTAL EN REPUESTOS DE BAJA DEMANDA	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS
	CUATRO (4) PUNTOS POR MENOR VALOR TOTAL EN LLANTAS A LA OFERTA GRAN TOTAL PARA DOS (2) MESES.	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS
APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL 10 PUNTOS TOTALES	DIEZ (10) PUNTOS POR OFERTAS DE ORIGEN NACIONAL Ó CINCO (5) PUNTOS POR INCORPORACION DE COMPONENTE NACIONAL	SE LE OTORGA PUNTAJE A QUIENES RESULTARON HABILES	0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS, NO HABILITADO	10 PUNTOS
TOTAL PUNTOS OTORGADOS			0 PUNTOS, NO HABILITADO	0 PUNTOS, NO HABILITADO	35 PUNTOS
OBSERVACIONES: (1) LA ENTIDAD NO LE OTORGA PUNTAJES A LOS OFERENTES QUE NO FUERON HABILES, POR NO CUMPLIR CON LOS REQUISITOS HABILITANTES.					
Nombre, cargo y firma de quien consolida las evaluaciones:		JAVIER ROCHA - PROFESIONAL ADMINISTRATIVO II 			

2

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		CONSOLIDADO DE EVALUACIÓN FINAL DE PROPUESTAS		CÓDIGO: AP-CT-F-55-01 VERSIÓN: 1	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		043-2021		MODALIDAD DE SELECCIÓN	
				INVITACION A COTIZAR	
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMÁS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIO DE GRÚA, CARRO TALLER, MONTALLANTAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN, REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHICULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE: AMBULANCIAS Y OTROS			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			MORARCI GROUP SAS, Rep Legal: Manuel Angello Moreno Arciniegas, CC No. 72'306.607 de Polonuevo No. 900.110.012-5	TOYOCARS INGENIERIA AUTOMOTRIZ LTDA, Rep Legal: Jose Antonio Cuervo Triana, CC No.19'269.800 de Bogotá No. 800.240.740-3	EYM COMPANY SAS, Rep Legal: Carlos Andres Sua Ramirez, CC No. 80'186.728 de Bogota No. 900.274.811-7
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	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
2. HABILITANTE FINANCIERA	DOCUMENTOS FINANCIEROS	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:
3. HABILITANTE SARLAFT	DOCUMENTOS SARLAFT	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:
4. HABILITANTE TÉCNICOS	DOCUMENTOS TÉCNICOS	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:
VALOR OFERTA ECONOMICA	REQUISITO SIN PUNTUACION	REQUISITO SIN PUNTUACION	\$252'081.788	\$132'166.282	\$173'503.778
4.1 PONDERABLE TÉCNICO 25 PUNTOS TOTALES	SIETE (7) PUNTOS POR UN TALLER ADICIONAL	PUNTOS	Cero puntos	7 Puntos	7 Puntos

	QUINCE (15) PUNTOS POR DOS TALLERES ADICIONALES	PUNTOS	15 Puntos	Cero Puntos	Cero Puntos
	CINCO (5) PUNTOS: POR DOS (2) MONTALLASTAS ADICIONALES	PUNTOS	5 Puntos	5 Puntos	Cero Puntos
	CINCO (5) PUNTOS POR DOS (2) PUNTOS DE LAVADO ADICIONALES	PUNTOS	5 Puntos	5 Puntos	Cero Puntos
5. PONDERABLE ASPECTO ECONOMICO- 65 PUNTAJES TOTALES	DIECISEIS (16) PUNTOS POR MENOR VALOR EN MANO DE OBRA EN SERVICIOS DE MECANICA RAPIDA DE MAYUOR DEMANDA	PUNTOS	Cero puntos	Cero Puntos	16 Puntos
	DIEZ (10) PUNTOS POR MENOR VALOR POR CONCEPTO DE MANO DE OBRA EN SERVICIOS DE MECÁNICA GENERALIZADA DE MAYOR DEMANDA.	PUNTOS	Cero puntos	Cero Puntos	10 Puntos
	CUATRO (4) - PUNTOS POR MENOR VALOR POR CONCEPTO DE MANO DE OBRA EN SERVICIOS MENOR DEMANDA	PUNTOS	Cero Puntos	4 Puntos	Cero Puntos
	VEINTE (20) PUNTOS POR MENOR VALOR TOTAL EN REPUESTOS DE ALTA DEMANDA.	PUNTOS	Cero puntos	20 Puntos	Cero Puntos
	ONCE (11) PUNTOS POR MENOR VALOR TOTAL EN RESPUESTOS DE BAJA DEMANDA	PUNTOS	Cero puntos	11 Puntos	Cero Puntos
	CUATRO (4) PUNTOS POR MENOR VALOR TOTAL EN LLANTAS A LA OFERTA GRAN TOTAL PARA DOS (2) MESES.	PUNTOS	4 puntos	Cero Puntos	Cero Puntos
	DIEZ (10) PUNTOS POR OFERTAS DE ORIGEN NACIONAL Ó CINCO (5) PUNTOS POR INCORPORACION DE COMPONENTE NACIONAL	PUNTOS	10 Puntos	10 Puntos	10 Puntos
TOTAL PUNTOS OTORGADOS			39 Puntos	62 Puntos	43 Puntos
OBSERVACIONES: (1) LA ENTIDAD NO LE OTORGA PUNTAJES A OFERENTES QUE NO FUERON HABLES, POR NO CUMPLIR CON LOS REQUISITOS HABILITANTES.					
Nombre, cargo y firma de quien consolida las evaluaciones:					
			Edwin Mauricio Cardenas Correa Abogado of de contratación		

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		CONSOLIDADO DE EVALUACIÓN FINAL DE PROPUESTAS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN.		CÓDIGO: AP-CT-F-55-01 VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		043-2021		MODALIDAD DE SELECCIÓN	
		INVITACION A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, CON MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE REPUESTOS, LLANTAS, LUBRICANTES Y DEMÁS INSUMOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES Y/O MANTENIMIENTOS, SERVICIO DE GRÚA, CARRO TALLER, MONTALLANTAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN, REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES, Y OTROS QUE SEAN REQUERIDOS POR LOS VEHICULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED NORTE ESE: AMBULANCIAS Y OTROS			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	COMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 4	Proponente 5	Proponente 6
			REIMPODIESEL SAS, Rep leg: Mario Rueda Fonseca NIT:800.212.285-4	UT SALUD NORTE 2021, Rep Legal Luis Emilio Urrego Hidalgo NIT: N/A	INVERSIONES EL NORTE, Rep Legal: Hernando Bulla orjuela, CC No. 4'831 de Bogotá NIT: 900.710.493-9
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:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
2. HABILITANTES FINANCIERA	DOCUMENTOS FINANCIEROS	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:
3. HABILITANTES 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:	2. No Cumple Observación: Favor remitirse al Acta Final Evaluación SARLAFT	1. Cumple Observación: Se verificó que el oferente no se encuentra reportado en lista SARLAFT.
4. HABILITANTES 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:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
VALOR OFERTA ECONOMICA	REQUISITO SIN PUNTUACION	REQUISITO SIN PUNTUACION	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos - Oferente No Hábil	\$227'594.145
	SIETE (7) PUNTOS POR UN TALLER ADICIONAL	PUNTOS	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos

4. PONDERABLE TÉCNICO - 25 PUNTOS TOTALES	QUINCE (15) PUNTOS POR DOS TALLERES ADICIONALES	PUNTOS	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos - Oferente No Hábil	15 Puntos
	CINCO (5) PUNTOS: POR DOS (2) MONTALLASTAS ADICIONALES	PUNTOS	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos - Oferente No Hábil	5 Puntos
	CINCO (5) PUNTOS POR DOS (2) PUNTOS DE LAVADO ADICIONALES	PUNTOS	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos - Oferente No Hábil	5 Puntos
5. PONDERABLE ASPECTO ECONÓMICO - 45 PUNTAJES TOTALES	DIECISEIS (16) PUNTOS POR MENOR VALOR EN MANO DE OBRA EN SERVICIOS DE MECÁNICA RÁPIDA DE MAYOR DEMANDA	PUNTOS	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos
	DIEZ (10) PUNTOS POR MENOR VALOR POR CONCEPTO DE MANO DE OBRA EN SERVICIOS DE MECÁNICA GENERALIZADA DE MAYOR DEMANDA.	PUNTOS	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos
	CUATRO (4) - PUNTOS POR MENOR VALOR POR CONCEPTO DE MANO DE OBRA EN SERVICIOS MENOR DEMANDA	PUNTOS	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos
	VEINTE (20) PUNTOS POR MENOR VALOR TOTAL EN REPUESTOS DE ALTA DEMANDA	PUNTOS	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos
	ONCE (11) PUNTOS POR MENOR VALOR TOTAL EN RESPUESTOS DE BAJA DEMANDA	PUNTOS	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos
	CUATRO (4) PUNTOS POR MENOR VALOR TOTAL EN LLANTAS A LA OFERTA GRAN TOTAL PARA DOS (2) MESES.	PUNTOS	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos
6. APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL - 10 PUNTOS TOTALES	DIEZ (10) PUNTOS POR OFERTAS DE ORIGEN NACIONAL Ó CINCO (5) PUNTOS POR INCORPORACION DE COMPONENTE NACIONAL	PUNTOS	Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos - Oferente No Hábil	10 Puntos
TOTAL PUNTOS OTORGADOS			Cero Puntos - Oferente No Hábil	Cero Puntos - Oferente No Hábil	35 Puntos

OBSERVACIONES: (1) LA ENTIDAD NO LE OTORGA PUNTAJES A OFERENTES QUE NO FUERON HÁBILES, POR NO CUMPLIR CON LOS REQUISITOS HABILITANTES.

Nombre, cargo y firma de quien consolida las evaluaciones:

Edwin Mauricio Cárdenas Correa
Abogado of de contratación

