

**ACLARACION INFORME DE VERIFICACION JURÍDICA PRELIMINAR
22 DE FEBRERO DE 2022
INVITACION PÚBLICA A PROPONER N° 003-I.P.A.P.2022**

OBJETO: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA ESPECIALIZADA, QUE INCLUYE LA ADMINISTRACIÓN DE DIETAS NORMALES Y TERAPÉUTICAS, ALIMENTACIÓN DE MÉDICOS INTERNOS Y REFRIGERIOS, PARA EL BANCO DE SANGRE Y MADRES LACTANTES DEL PROGRAMA MADRE CANGURO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E

En virtud de las observaciones realizadas al informe de verificación publicado el día 15 de febrero de 2022 y que existieron circunstancias que no fueron consideradas dentro del mismo, con el fin de garantizar el debido proceso y la igualdad la entidad se permite dar traslado de las mismas y corregir el informe de verificación preliminar de la siguiente forma:

| PROPUESTA No. 1 | | | | |
|---|--|--------|-----------|---|
| PROPONENTE: FUNDACION JARDIN DE ESPERANZA | | | | |
| ITEM | REQUISITO A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
| 6 | <p>CERTIFICACIÓN DEL PAGO DE LOS APORTES PARAFISCALES.</p> <p>El proponente debe acreditar el pago de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral (salud, riesgos profesionales y pensiones) y aportes parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA), de los seis (6) meses anteriores a la presentación de la propuesta, de conformidad con lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en el FORMATO 2 y anexar los soportes de los tres (03) últimos meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si es persona jurídica, el formato que certifica deberá ser suscrito por el Revisor Fiscal, o quien haga sus veces, o el Representante Legal. <ul style="list-style-type: none"> ○ Nota: En caso de que el formato sea suscrito por el contador y/o revisor fiscal que esté inscrito en el certificado de existencia y representación, deberá aportar la copia de cédula de ciudadanía, copia de tarjeta profesional y certificado vigente de la junta central de contadores. • Si es persona natural régimen común, el formato deberá acompañarse mediante una certificación expedida por contador público y tres (3) meses anteriores a la presentación de la propuesta. | | X | El proponente no anexa los soportes de los tres (03) últimos meses. |



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

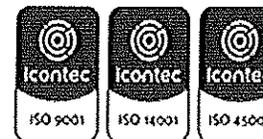
| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Nota: Se deberá aportar con la certificación la copia de cédula de ciudadanía, copia de tarjeta profesional y certificado vigente de la junta central de contadores. • Si es persona natural régimen simplificado, el formato deberá suscribirse por el proponente, y deberá estar acompañado de las planillas de pago de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales de los tres (3) meses anteriores a la presentación de la propuesta. • Si el proponente es extranjero, ya sea persona natural sin domicilio en Colombia o persona jurídica extranjera que no tenga establecida sucursal en Colombia, deberá adjuntar a su propuesta la certificación de pago de aportes parafiscales o afiliaciones al sistema de seguridad social del país de origen donde pertenece la empresa extranjera. | | | |
|--|---|--|--|--|

PROPUESTA No. 4

PROPONENTE: BARUC CATERING SERVICE S.A.S.

| ITEM | REQUISITO A VERIFICAR | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|------|--|--------|-----------|---|
| 6 | <p>CERTIFICACIÓN DEL PAGO DE LOS APORTES PARAFISCALES.</p> <p>El proponente debe acreditar el pago de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral (salud, riesgos profesionales y pensiones) y aportes parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA), de los seis (6) meses anteriores a la presentación de la propuesta, de conformidad con lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en el FORMATO 2 y anexar los soportes de los tres (03) últimos meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si es persona jurídica, el formato que certifica deberá ser suscrito por el Revisor Fiscal, o quien haga sus veces, o el Representante Legal. <ul style="list-style-type: none"> ○ Nota: En caso de que el formato sea suscrito por el contador y/o revisor fiscal que esté inscrito en el certificado de existencia y representación, deberá aportar la copia de cédula de ciudadanía, copia de tarjeta profesional y certificado vigente de la junta central de contadores. | | X | El proponente no anexa los soportes de los tres (03) últimos meses. |

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
 Conmutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
 www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

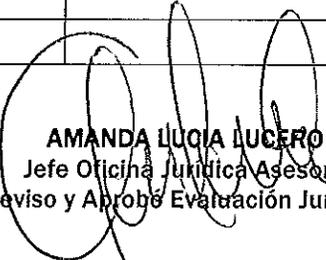


**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Si es persona natural régimen común, el formato deberá acompañarse mediante una certificación expedida por contador público y tres (3) meses anteriores a la presentación de la propuesta. <ul style="list-style-type: none"> ○ Nota: Se deberá aportar con la certificación la copia de cédula de ciudadanía, copia de tarjeta profesional y certificado vigente de la junta central de contadores. • Si es persona natural régimen simplificado, el formato deberá suscribirse por el proponente, y deberá estar acompañado de las planillas de pago de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales de los tres (3) meses anteriores a la presentación de la propuesta. • Si el proponente es extranjero, ya sea persona natural sin domicilio en Colombia o persona jurídica extranjera que no tenga establecida sucursal en Colombia, deberá adjuntar a su propuesta la certificación de pago de aportes parafiscales o afiliaciones al sistema de seguridad social del país de origen donde pertenece la empresa extranjera. | | | |
|--|---|--|--|--|

CONSOLIDADO EVALUACIÓN REQUISITOS HABILITANTES (CAPACIDAD JURÍDICA)

| No. | NOMBRES | RESULTADO VERIFICACIÓN REQUISITOS HABILITANTES (CAPACIDAD JURÍDICA) |
|-----|-------------------------------|---|
| 01 | FUNDACION JARDIN DE ESPERANZA | NO HABILITADO |
| 04 | BARUC CATERING SERVICE S.A.S. | NO HABILITADO |


AMANDA LUCIA LUCERO
Jefe Oficina Jurídica Asesora
Revisó y Aprobó Evaluación Jurídica


IVAN REALPE
Contratista Oficina Jurídica Asesora
Proyecto Evaluación Jurídica


TANIA MORENO
Contratista Oficina Jurídica Asesora
Proyecto Evaluación Jurídica

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolivar - San Juan de Pasto / Nariño
Conmutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co

