

# ¡ATENCIÓN ESTIMADO PROVEEDOR!



ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS  
**Hospital San Rafael de Pasto**  
PASTO - COLOMBIA



**La Subdirección Administrativa y Financiera del Hospital San Rafael de Pasto informa a los proveedores que para poder iniciar como proveedor o seguir trabajando con nosotros es indispensable tener en cuenta los siguientes requisitos:**

| REQUISITOS  | TIPO DE CONTRATO  |      |           |            |               |       |           |
|---|---|------|-----------|------------|---------------|-------|-----------|
|   | Suministros   | Obra | Servicios |            |               |       | Alimentos |
|   |   |      | Software  | Transporte | Mantenimiento | Salud |           |
| Diligenciamiento formulario SARLAFT (firma y huella)  | <a href="https://www.desqubra.com.co/listas/public/formularios_conocimiento/responder_formulario_c/92/47/437/432">https://www.desqubra.com.co/listas/public/formularios_conocimiento/responder_formulario_c/92/47/437/432</a> |      |           |            |               |       |           |
| Fotocopia de cédula de ciudadanía, para personas jurídicas corresponde al del Representante Legal   | X   | X    | X         | X          | X             | X     | X         |
| Certificado de constitución y representación legal, expedido por la cámara de comercio correspondiente y que se encuentre vigente (si aplica)   | X   | X    | X         | X          | X             | X     | X         |
| Fotocopia de RUT  | X   | X    | X         | X          | X             | X     | X         |
| Certificación bancaria para pagos (inferior a 60 días)  | X   | X    | X         | X          | X             | X     | X         |
| Una (1) referencias comerciales   | X   | X    | X         | X          | X             | X     | X         |
| Registro INVIMA o sanitario expedido por la autoridad competente, si le hicieron reuerimiento en la visita de trámite del registro sanitario, favor enviar plan de acción solicitado por parte de la autoridad competente | X   |      |           |            |               | X     | X         |
| Certificado de buenas prácticas (BPM y BPE), para productores o distribuidores de medicamentos e insumos hospitalarios esenciales (servicios farmacéuticos)   |   |      |           |            |               | X     |           |
| Certificado de habilitación de servicios de salud   |   |      |           |            |               | X     |           |
| Lista de trabajadores que intervien en la prestación del servicio   |   | X    |           | X          | X             | X     | X         |
| Certificado para transporte de alimentos  |   |      |           |            |               |       | X         |
| Acta de inspección sanitaria con enfoque de riesgos para vehiculos transportadores de alimentos expedido por la alcaldia  |   |      |           |            |               |       | X         |
| Licencia de conducción, SOAT, tecnicomecánica permiso para circulación  |   |      |           | X          |               |       | X         |
| Ficha de seguridad de productos químicos con sistema globalmente armonizado.  | X   | X    |           |            | X             |       |           |
| Certificado de afiliación suscrito por representante legal o revisor fiscal o pago de seguridad social (salud, pensión y riesgos laborales) de los trabajadores que prestan el servicio                                   | X   | X    |           | X          | X             | X     | X         |
| Certificación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo expedido por ARL  |   | X    |           | X          | X             | X     | X         |
| Lista de precios y portafolio de servicios, vigencia de precios   | X   | X    | X         | X          | X             | X     | X         |
| Plan de seguridad vial  |   |      |           | X          |               |       |           |
| Registro de soporte lógico (software)   |   |      | X         |            |               |       |           |
| Acta de disposición final   |   | X    |           |            | X             |       |           |

## ¡NOTA IMPORTANTE!

Es indispensable ingresar al siguiente link y diligenciar el formulario, sin el diligenciamiento de este no podremos continuar con el proceso de inscripción como proveedor.

[https://www.desqubra.com.co/listas/public/formularios\\_conocimiento/responder\\_formulario\\_c/92/47/437/432](https://www.desqubra.com.co/listas/public/formularios_conocimiento/responder_formulario_c/92/47/437/432)



Para mas información comuníquese con nosotros por los siguientes medios  
Celular HSRP: 3138915036  
Correo:  
[suministros@hospitalsanrafaelpasto.com](mailto:suministros@hospitalsanrafaelpasto.com)

