FORMATO CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Ciudad y fecha

Señores
MDN-DIGSA-JEFSA-FAC-EMAVI-ESM
Cali – Valle del Cauca.

Proceso de Selección Abreviada de Menor Cuantía para servicios de salud No. 034-00-S- DIGSA-JEFSA -EMAVI-ESM-2021

Objeto: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD PARA LAS ESPECIALIDADES DE CARDIOLOGÍA, NEUMOLOGÍA, ALERGOLOGÍA E INMUNOLOGÍA EN LAS FASES DE PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA LOS USUARIOS ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 760018302782"

Yo,_____, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de Representante legal del Proponente _____ con NIT: _____ y contando con amplias facultades para presentar la oferta y obligar jurídicamente al Proponente a cumplir con el objeto contractual en caso de ser adjudicatario, lo que inequívocamente declaro que por ningún motivo me exonero de la responsabilidad y por lo mismo, me obligo a su irrestricto cumplimiento, hago las siguientes declaraciones:

1. Conozco y acepto los documentos del proceso, así mismo tuve la oportunidad de solicitar o conocer aclaraciones y/o modificaciones a los mismos cuando a ello hubo lugar, recibiendo del MINISTERIO respuesta oportuna a través de la plataforma del Secop II a cada una de las solicitudes interpuestas como proponente o por terceros**.**
2. Tengo plena capacidad para suscribir y presentar la oferta como Proponente y estoy autorizado para suscribir el contrato en caso de resultar adjudicatario y obligar a la persona jurídica a cumplir con el objeto contractual.
3. La oferta que presento cumple con la totalidad de los requisitos y especificaciones técnicas del pliego de condiciones o su equivalente.
4. La oferta económica y la oferta técnica están adjuntas a la propuesta, y han sido elaboradas de acuerdo con el pliego de condiciones o su equivalente y hacen parte integral de la oferta.
5. Los documentos que presento con la oferta son ciertos y han sido expedidos por personas autorizadas para el efecto.
6. La oferta económica presentada, fue elaborada teniendo en cuenta todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones causados con ocasión de la misma y los que se causen con ocasión de la suscripción y ejecución del contrato, en consecuencia, de resultar adjudicatario no presentaré reclamos con ocasión del pago de tales gastos.
7. En caso de resultar adjudicatario, suscribiré el contrato en la fecha prevista para el efecto en el Cronograma.
8. En caso de resultar adjudicatario, me obligo a presentar las garantías requeridas previstas en el contrato electrónico y clausulado anexo al mismo.
9. Manifiesto que, a la fecha de presentación de la oferta, me encuentro a paz y salvo con las obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral y demás aportes relacionados con las obligaciones laborales.
10. Adjunto la garantía de seriedad de la Oferta, la cual cumple con lo establecido en los Documentos del Proceso.
11. Acepto que los actos que se produzcan con ocasión del presente proceso de contratación, me sean notificados al correo electrónico que más adelante índico.
12. Recibiré notificaciones en los siguientes puntos de contacto:

Dirección comercial del proponente y ciudad	
Teléfono fijo	
Celular	
Correo electrónico	

_____
Firma Representante Legal:
C.C …

FORMATO COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Ciudad y fecha

Señores
MDN-DIGSA-JEFSA-FAC-EMAVI-ESM
Cali – Valle del Cauca.

Proceso de Selección Abreviada de Menor Cuantía para servicios de salud No. 034-00-S- DIGSA-JEFSA -EMAVI-ESM-2021

Objeto: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD PARA LAS ESPECIALIDADES DE CARDIOLOGÍA, NEUMOLOGÍA, ALERGOLOGÍA E INMUNOLOGÍA EN LAS FASES DE PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA LOS USUARIOS ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 760018302782"

Yo,_____, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de Representante legal del Proponente _____ con NIT: _____, y contando con amplias facultades para presentar la oferta y obligar jurídicamente al Proponente a cumplir con el objeto contractual en caso de ser adjudicatario, lo que inequívocamente declaro que por ningún motivo me exonero de la responsabilidad y por lo mismo, me obligo a su irrestricto cumplimiento, hago las siguientes declaraciones

1. Apoyamos la acción del Estado Colombiano y del MINISTERIO para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la Administración pública

2. **Manifestamos bajo la gravedad del juramento que no estamos en causal de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés alguno, así como ninguna otra limitación de nuestra capacidad jurídica para celebrar el contrato, objeto del Proceso de Contratación previamente referido**.

3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, cohechos o cualquier forma de halago, retribución o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o terceros.

4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.

5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre este Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

_____
Firma:
C.C.…
Cargo:
Nit:

FORMATO CERTIFICACIÓN DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Ciudad y fecha

Señores
MDN-DIGSA-JEFSA-FAC-EMAVI-ESM
Cali – Valle del Cauca.

Proceso de Selección Abreviada de Menor Cuantía para servicios de salud No. 034-00-S- DIGSA-JEFSA -EMAVI-ESM-2021

Objeto: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD PARA LAS ESPECIALIDADES DE CARDIOLOGÍA, NEUMOLOGÍA, ALERGOLOGÍA E INMUNOLOGÍA EN LAS FASES DE PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA LOS USUARIOS ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 760018302782"

Yo,_____, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de Representante legal del Proponente _____ con NIT: _____, con la presente hago constar que, para la fecha de entrega del presente documento me encuentro al día en el pago al Sistema de Seguridad Social Integral de los últimos seis (06) meses, para lo cual **anexo** el respectivo soporte en constancia de cumplimiento a las disposiciones legales que me comprometen como proponente en el referido proceso de contratación, de conformidad con lo establecido en el inciso segundo y en el parágrafo 1º del artículo 41 de la Ley 80 de 1993, modificado por el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, así como en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, así.

.

Clase de Persona (Proponente)	Marcar con una X en el espacio que corresponda
Persona jurídica	
Persona natural empleadora	
Persona natural no empleadora	
Persona natural que nunca ha contratado con el Estado	
Persona natural que nunca ha estado afiliada al SSSI	
Persona natural con asignación de retiro	

Proponente	SI	NO
Me encuentro exento(a) de realizar los aportes al SENA y al ICBF		

_____
Firma:
C.C
Cargo:
Nit:

Notas a tener en cuenta para diligenciar este Formulario y anexar soportes según corresponda:

- Si es persona jurídica, se adjuntará la certificación expedida por el Revisor Fiscal o Representante Legal según corresponda, fecha con corte al cierre del proceso, documento debidamente firmado
- Si es persona natural empleadora, adjuntar certificación expedida por el oferente, fecha con corte al cierre del proceso, documento debidamente firmado
- Si es persona natural no empleadora deberá acreditar el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (planillas de aportes al sistema de seguridad social)
- Para los casos 1, 2 y 3, se adjuntarán las planillas pagas de los últimos seis (06) meses
- Si es persona natural que nunca ha contratado con el Estado y/o nunca han estado afiliadas, verificar certificado de afiliación al Sistema de Seguridad Social, deberán acreditar el certificado de afiliación de la EPS y Pensión
- Cuando se trate de personas con asignación de retiro, la cotización del 12,5% por salud deberá efectuarla al FOSYGA por tratarse de ingresos adicionales (artículo 279 ley 100/93, Concepto 20131120-1062071 del 15 de agosto del 2013). No deberán hacer aportes a pensión (artículo 4 ley 797/03) y tampoco será obligatorio aportar al sistema de riesgos laborales (ley 1562 de 2011)

FORMATO EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

Ciudad y fecha

Señores
MDN-DIGSA-JEFSA-FAC-EMAVI-ESM
Cali – Valle del Cauca.

Proceso de Selección Abreviada de Menor Cuantía para servicios de salud No. 034-00-S- DIGSA-JEFSA -EMAVI-ESM-2021

Objeto: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD PARA LAS ESPECIALIDADES DE CARDIOLOGÍA, NEUMOLOGÍA, ALERGOLOGÍA E INMUNOLOGÍA EN LAS FASES DE PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA LOS USUARIOS ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 760018302782"

Yo,_____, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de Representante legal del Proponente _____ con NIT: _____, y contando con amplias facultades para presentar la oferta y obligar jurídicamente al Proponente a cumplir con el objeto contractual en caso de ser adjudicatario, lo que inequívocamente declaro que por ningún motivo me exonero de la responsabilidad y por lo mismo me obligo a su irrestricto cumplimiento, acredito la siguiente experiencia:

No. CT0 Completo	ENTIDAD CONTRATANTE	OBJETO	FECHA		VALOR	
			INICIO	PLAZO EJECUCION	EN SMMLV	EN PESOS

Para acreditar el número de SMMLV requeridos, se tendrá en cuenta para la sumatoria de lo acreditado, el año de terminación de los contratos y su equivalente en pesos.

NOTA: Con la presentación del presente formato, me comprometo a anexar a la propuesta los soportes de la información aquí relacionada, en las condiciones descritas en el pliego de condiciones

Declaro bajo la gravedad de juramento, comprometiendo mi responsabilidad personal e institucional, que la información antes consignada es totalmente cierta y puede ser verificada.

_____
Firma:
C.C
Cargo:
Nit:

FORMATO DATOS BÁSICOS CREACIÓN BENEFICIARIO

Proceso de Selección Abreviada de Menor Cuantía para servicios de salud No. 034-00-S- DIGSA-JEFSA -EMAVI-ESM-2021

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia	FORMATO Anexo No. 1 Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta	Página 1 de 1 Código : 47 - PFMDNSGDF - F022 - 02 Vigente a partir de: 15 OCT 2015

CIUDAD_____ FECHA_____

Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF-Nación.

I. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA	PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA
Fotocopia Cédula de Ciudadanía	Fotocopia Cédula de Ciudadanía
Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio	Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista).
Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)	Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero.

CONSORCIO O UNION TEMPORAL **Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal.**	
Fotocopia Cédula de Ciudadanía	**Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.**
Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio	
Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)	
Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal	

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos nacionales o extranjeros, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días. Los Consorcios o Uniones Temporales podrán presentar la certificación bancaria de uno de los integrantes, de acuerdo a lo establecido en el documento de constitución.

II. INFORMACION BASICA

2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURÍDICA NACIONAL O EXTRANJERA	Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:

NOMBRE O RAZON SOCIAL: _____

Tipo documento de Identificación:				
Cédula de Ciudadanía:		No.		
Cédula de Extranjería:		No.		
Nit Persona Jurídica:		No.		
Nit Persona Natural:		No.		
Pasaporte:		No.		
Registro Civil:		No.		
Tarjeta de Identidad:		No.		
Otro Tipo Documento:		No.	Cuál:	

2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNION DE LOS PARTICIPANTES-CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION:

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

III. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

Sociedad Anónima		**Cooperativa**		**Empresa Ind. Y Cial del Estado**	
Sociedad Colectiva		**Empresa Unipersonal**		**Asociaciones Mutualistas**	
Sociedad Comandita por Acciones		**Empresa Comunitaria**		**Fondos de Empleados**	
Sociedad Comandita Simple		**Empresa de Servicio**		**Instituto de Economía Solidaria**	
Sociedad de Economía Mixta		**Entidad Pública**		**Precooperativa**	
Sociedad de Hecho		**Empresa Solidaria de Salud**			
Sociedad Limitada		**Entidad sin Animo de Lucro**			
Sociedad Sucursal Extranjera		**Federación o Confederación**			
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)		**Cooperativa de trabajo asociado**			

TIPO DE CAPITAL	PRIVADO		**ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO**	SI
	PUBLICO			NO
	MIXTO			
PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO	PUBLICO		%	
	PRIVADO		%	
	TOTAL		%	

IV. INFORMACION TRIBUTARIA					
TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA					
ICA			IMPUESTO TIMBRE		
RENTA			RETENCION EN LA FUENTE ICA		
RETENCION EN LA FUENTE RENTA			GRAN CONTRIBUYENTE		
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA			RETENCION EN LA FUENTE IVA		
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL					
INFORMACION EXOGENA			NO CONTRIBUYENTE		
REGIMEN COMUN			PROFESIONAL INDEPENDIENTE		
REGIMEN ORDINARIO			NO RESPONSABLE		
ENTIDAD DEL ESTADO			RESPONSABLE		
AUTORRETENEDOR	SI		NO		

V. UBICACIÓN			
TIPO DE DIRECCION		DOMICILIO CIVIL	
DIRECCION PROCESAL		DOMICILIO FISCAL	
DOMICILIO CONTRACTUAL		RESIDENCIA	
Dirección		Teléfono	
E-mail		Fax	
País		Región	
Ciudad			
Localización	Nacional	Extranjera	
Página Web		Contacto	
Designación del contacto		E-mail del contacto	
Apartado Aéreo			

VI. REPRESENTANTE LEGAL			
TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL		Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno **Número:**	
Revisor Fiscal		Tutores y Curadores por los incapaces	
Albaceas		Mandatarios o Apoderados Generales	
Representante legal de Personas Jurídicas		Padres por su hijos menores	
Donatorios o Asignatarios		Nombre Representante Legal:	
Otros		Tipo doc. Identificación	
		No. Doc. Identificación	

VII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA			
		Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno **Número:**	
Entidad Financiera		Número de Cuenta	
Tipo de la cuenta bancaria	Corriente	Ahorro	

Certifico que la información aquí consignada es legítima y me responsabilizo de la misma para efectos legales

NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)

NOTA 1: el único formato válido para la creación de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.

NOTA 2: la información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras. El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo.

(Este formulario puede ser diligenciado a mano y cargado en el Secop II en Pdf)