FORMATO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Bogotá, D.C, fecha

Señores
SECRETARÍA DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
Carrera 32 No. 12 - 81
Ciudad.

PROCESO: **FFDS-CMA-012-2021**

El suscrito (nombre del representante de la sociedad o del proponente plural o persona natural proponente _____, identificado como aparece al pie de mi firma, ([obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [nombre del Proponente], de conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del Proceso de Selección No. **FFDS-CMA-012-2021**, que tiene por objeto: "***CONSULTORIA PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA RED CONTRA INCENDIOS DEL CENTRO DISTRITAL DE SALUD***", bajo la gravedad del juramento y de acuerdo con lo exigido en las condiciones generales adicionales del proceso de selección de la referencia, me permito manifestar que:

1. Que esta oferta y el contrato que llegaré a celebrarse sólo compromete a los aquí firmantes.
2. Que conozco y acepto los documentos del proceso y tuve la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los mismos y recibí de la SECRETRARÍA DE SALUD-FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD, respuesta oportuna a cada una de las solicitudes.
3. Que estoy autorizado (a) para suscribir la oferta en nombre del proponente y estoy autorizado para suscribir el contrato en caso de resultar adjudicatario del proceso.
4. Que conozco, acepto y me comprometo a cumplir con todos los requerimientos mínimos obligatorios establecidos en las condiciones generales adicionales, en los anexos correspondientes, los cuales se entenderán como oferta técnica mínima.
5. Que conozco y acepto la estimación, tipificación y asignación de los riesgos previsibles involucrados en la presente contratación y en el evento de ser adjudicatario, me comprometo a asumir los riesgos previsibles que sean responsabilidad del contratista.
6. Que me comprometo, en caso de resultar adjudicatario del presente proceso de contratación, a proveer los bienes y/o servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados en el presente Proceso de Selección con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos.
7. Que la propuesta cumple con todos y cada uno de los requerimientos establecidos en los estudios previos, las condiciones generales adicionales, el anexo técnico y cualquier omisión, contradicción o declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.
8. Que ninguna entidad o persona distinta de los firmantes tienen interés comercial en esta oferta, ni en el contrato que de ella se derive.

9. Que los documentos que presento con la oferta son ciertos y han sido expedidos por personas autorizadas para el efecto.
10. Que, si somos adjudicatarios, nos comprometemos a suscribir el contrato en la fecha prevista para el efecto en el cronograma establecido para el presente proceso y a realizar todos los trámites necesarios para su perfeccionamiento y legalización en los plazos señalados en el mismo.
11. Que me comprometo, en caso de resultar adjudicatario del presente proceso de contratación, a disponer de los profesionales y técnicos ofrecidos sin costo adicional para le Entidad, y cumpliendo con los perfiles exigidos para el equipo de trabajo. (en el evento de ofrecer personal adicional al equipo de trabajo).
12. Que no nos hallamos incursos en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Ley y la Constitución Política y no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar ni en conflicto de interés.
13. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (Artículo 60 de la Ley 610 de 2000).
14. Que los siguientes documentos de nuestra propuesta cuentan con reserva legal: _____, según las siguientes normas: _____.
15. Declaro que me informaré de todas las etapas y decisiones del proceso de contratación, consultando el Sistema Electrónico Para la Contratación Pública; y en caso de que me deban comunicar o notificar alguna decisión, autorizo a la entidad para que lo haga al correo electrónico indicado al final de este documento.

    Acepto que se comuniquen y notifiquen las decisiones surgidas en el proceso de contratación a través del usuario del SECOP II, de acuerdo con el Manual de Uso y Condiciones de la plataforma del SECOP II y el artículo 56 de la Ley 1437 de 2011.

Atentamente,

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROPONENTE:
NIT:
TELÉFONO(S):
DIRECCIÓN:
CIUDAD:
CORREO ELECTRÓNICO:

AVAL: _____
NOMBRE
C.C
T.P

De conformidad con lo estipulado en el Artículo 20 de la Ley 842 de 2003, la Carta de Presentación de la Propuesta deberá estar AVALADA por un ingeniero civil inscrito y con tarjeta de matrícula profesional vigente en la respectiva rama de la ingeniería.

FORMATO No. 2
DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Señores
SECRETARÍA DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
Carrera 32 No. 12-81
Ciudad.

ASUNTO: **FFDS-CMA-012-2021**

Yo _____, identificado con documento de identificación N° _____, en mi calidad de Representante Legal de _____ declaro bajo la gravedad del juramento la cual se entiende prestada con la firma del presente documento, no encontrarme incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades consagras en la Constitución y la Ley para contratar con el Estado. (*Constitución Política, Artículo 8º Ley 80 de 1993, Artículo 18 Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011 y el Código Nacional de Policía y Convivencia).*

Así mismo, en cumplimiento de lo definido en el Artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, certifico que ni la sociedad, sus directivos o socios, se encuentran inhabilitados como consecuencia de lo establecido en dichas normas.

DECLARACIÓN DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN CONFLICTO DE INTERÉS

Yo _____, identificado con documento de identificación N°_____,en mi calidad de Representante Legal de _____ certifico que ni los directivos de la sociedad, ni el equipo de trabajo con que se ejecutarán los servicios contratados, nos encontramos incursos en conflicto de interés en el presente proceso.

La anterior certificación se expide conforme a lo establecido en el Decreto 1082 de 2015.

Expedida a los _____días del mes de _____de_____

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROPONENTE:
NIT:

NOTA: En el caso de Estructura Plural, debe incluirse la razón social de cada uno de sus integrantes, el nombre de cada uno de sus representantes legales y deberá suscribirse por cada uno de ellos.

FORMATO No. 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Señores
SECRETARÍA DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
Carrera 32 No. 12-81
Ciudad.

ASUNTO: **FFDS-CMA-012-2021**

El suscrito _____, identificado con _____**,** quien obra en calidad de _____que en adelante se denominará **EL PROPONENTE,** manifiesta su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente **COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN,** teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD, adelanta el proceso de selección **FFDS-CMA-012-2021**, para la celebración de un contrato estatal cuyo objeto es: ***"CONSULTORIA PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA RED CONTRA INCENDIOS DEL CENTRO DISTRITAL DE SALUD".***

SEGUNDO: Que es interés de **EL PROPONENTE** apoyar la acción del Estado Colombiano y de la SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas.

TERCERO: Que siendo el interés de **EL PROPONENTE** participar en el proceso de contratación aludido en el considerando primero procedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA: COMPROMISOS. EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta, así mismo se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo hagan en su nombre.

EL PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las Leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de contratación y la relación contractual que podría derivarse de ella.

EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de contratación o la distribución de la adjudicación de contratos entre los cuales se encuentre el que es materia del presente proceso, o la fijación de los términos de la propuesta.

CLAUSULA SEGUNDA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO. **EL PROPONENTE.** Asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en el reglamento del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos de anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de XXXXX a los XXXXX días del mes de XXXXX de XXXXX del año 2021.

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROPONENTE:
NIT:

NOTA: En el caso de Estructura Plural, debe incluirse la razón social de cada uno de sus integrantes, el nombre de cada uno de sus representantes legales y deberá suscribirse por cada uno de ellos.

FORMATO No. 4
CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES

Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.

Referencia: **FFDS-CMA-012-2021**

(Use la opción que corresponda, según certifique el Proponente en su calidad de persona natural, Representante Legal o el Revisor Fiscal)

CERTIFICACIÓN PERSONA NATURAL

El suscrito _____, identificado con _____, certifico que me encuentro a Paz y Salvo por concepto del pago de mis obligaciones derivadas de mi afiliación con el Sistemas de Seguridad Social Integral, así como del personal a mi cargo que lo requiera, durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de cierre del presente proceso de selección.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el art. 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

Dada en _____, a los ( )_____ del mes de _____ de _____}

FIRMA
NOMBRE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

CERTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL

El suscrito _____, identificado con _____, en mi calidad de Representante Legal de _____identificada con Nit _____, certifico el pago de los aportes realizados por la compañía por los conceptos de Salud, Pensiones, Riesgos Laborales, Cajas De Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses calendario

legalmente exigibles a la fecha de cierre del presente proceso de selección, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

Dada en _____, a los ( )_____ del mes de _____ de _____

FIRMA
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

CERTIFICACIÓN REVISOR FISCAL Y REPRESENTANTE LEGAL

El suscrito _____, identificado con _____, y con Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de **Revisor Fiscal** de _____ identificado con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ ___, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de cierre del presente proceso de selección, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)

Estos pagos, corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Nota: Para relacionar el pago de los aportes correspondientes a los Sistemas de Seguridad Social, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 1406 de 1999 artículos 19 a 24 y Decreto 2236 de 1999. Así mismo, en el caso correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, ICBF y SENA, se deberá tener en cuenta el plazo dispuesto para tal efecto en el Decreto 1464 de 2005.

EN CASO DE PRESENTAR ACUERDO DE PAGO CON ALGUNA DE LAS ENTIDADES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SE DEBERÁ PRECISAR EL VALOR Y EL PLAZO PREVISTO PARA EL ACUERDO DE PAGO, CON INDICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN.

Dada en _____, a los ( )_____ del mes de _____ de 2021 _____

FIRMA
NOMBRE REVISOR FISCAL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
TP.

FIRMA
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

NOTA 1: Si el documento es suscrito por Revisor Fiscal, deberá aportarse copia de la tarjeta profesional, copia de la cedula de ciudadanía y certificado de vigencia de la tarjeta profesional de este.
NOTA 2: En el caso de consorcios o uniones temporales, cada uno de sus integrantes deberá suscribirlo.

FORMATO No. 5
FORMATO DE CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD FINANCIERA Y CAPACIDAD ORGANIZACIONAL PARA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS HABILITANTES – PROPONENTE EXTRANJERO

Oferente:					
Resumen de cuentas de balance general y estado de resultados que sean necesarias para verificar los requisitos habilitantes de capacidad financiera y organizacional.					
Cuenta	Oferente Singular		Oferente Plural		
	Oferente (Valor en pesos colombianos)		Participante N°1 (Valor en pesos colombianos)	Participante N°2 (Valor en pesos colombianos)	Participante N°3 (Valor en pesos colombianos)
Activo Corriente					
Activo Total					
Pasivo Corriente					
Pasivo Total					
Utilidad Operacional					
Gastos de Intereses					
Patrimonio					
Fecha de corte de los estados financieros					
***Si el oferente es plural y tiene más de tres participantes debe insertar las columnas adicionales en la tabla anterior.**					
Capacidad Financiera					
Porcentaje de participación	Oferente Individual 100%	Oferente Plural			
		(Indicar % participación)	(Indicar % participación)	(Indicar % participación)	100%
Indicador	Índice del Oferente	Índice del Participante N°1	Índice del Participante N°2	Índice del Participante N°3	Índice del Oferente plural
Índice de Liquidez					

Índice de Endeudamiento					
Razón de Cobertura de Intereses					
Capacidad Organizacional					
Porcentaje de participación	Oferente Individual 100%	Oferente Plural			
		(Indicar % participación)	(Indicar % participación)	(Indicar % participación)	100%
Indicador	Índice del Oferente	Índice del Participante N°1	Índice del Participante N°2	Índice del Participante N°3	Índice del Oferente plural
Rentabilidad sobre activos					
Rentabilidad sobre el patrimonio					

***Si el oferente es plural y tiene más de tres participantes debe insertar las columnas adicionales en la tabla anterior.**

Firma del Representante legal del Oferente			Firma Revisor Fiscal Firma Contador		
Nombre:			Nombre:		
Documento de identidad:			Documento de identidad:		
			Tarjeta Profesional:		
			*Indique si actúa como revisor fiscal o contador		

Nota: Si se trata de proponentes plurales, el revisor fiscal o contador de cada uno de los miembros del proponente plural debe firmar e incluir sus datos en el presente formato.

FORMATO No. 6
CONDICIONES TECNICAS EXIGIDAS Y ACEPTACIÓN DEL ANEXO TÉCNICO

Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.

Referencia: Proceso de selección **FFDS-CMA-012-2021**

En mi calidad de representante legal del proponente, bajo la gravedad del juramento y conforme lo exigido en las condiciones generales del proceso y en especial el ANEXO TÉCNICO, certifico:

a) Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido del **ANEXO TÉCNICO** establecido en el presente proceso, así como el de cada una de las Adendas que eventualmente se expidan en el mismo.

b) Que la propuesta que presento contempla la totalidad de los requisitos técnicos establecidos en el **ANEXO TÉCNICO**, el cual es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

Atentamente,

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROPONENTE:
NIT:

FORMATO No. 7
EXPERIENCIA GENERAL HABILITANTE DEL PROPONENTE

Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.

Referencia: FFDS-CMA-012-2021

Diligencie en el siguiente cuadro, la relación de contratos para acreditar la experiencia general del proponente.

N° CONSECUTIVO DEL REPORTE EN EL RUP	CÓDIGO UNSPSC	CONTRATANTE	% PARTICIPACIÓN	VALOR DEL CONTRATO Expresada en SMML

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROPONENTE:
NIT:

FORMATO No. 8
ACREDITACIÓN EXPERIENCIA GENERAL PARA PROPONENTE EXTRANJERO

Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.

Referencia: FFDS-CMA-012-2021

N° DEL CONTRATO	N° CONSECUTIVO DEL REPORTE EN EL RUP	CONTRATANTE	% PARTICIPACIÓN	VALOR DEL CONTRATO Expresada en SMML	FUE OBJETO DE MULTA O SANCIÓN. SI O NO

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROPONENTE:

FORMATO No. 9
EXPERIENCIA ESPECÍFICA HABILITANTE DEL PROPONENTE

Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.

Referencia: FFDS-CMA-012-2021

Diligencie en el siguiente cuadro, la relación de contratos para acreditar la experiencia general del proponente.

N° CONSECUTIVO DEL REPORTE EN EL RUP	CÓDIGO UNSPSC	CONTRATANTE	% PARTICIPACIÓN	VALOR DEL CONTRATO Expresada en SMML

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROPONENTE:
NIT:

FORMATO No. 10
ACREDITACIÓN CALIDADES INTEGRANTES EQUIPO DE TRABAJO

Señores
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.

Referencia: FFDS-CMA-012-2021

ASIGNADO AL PERFIL DE:	
NOMBRE(S) Y APELLIDO (S):	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°	
TARJETA PROFESIONAL O MATRICULA No.	
TITULO PROFESIONAL / TÉCNICO O TECNOLOGO	
TITULO DE POSTGRADO	

EXPERIENCIA MINIMA HABILITANTE

ENTIDAD CONTRATANTE	**OBJETO DE CONTRATO O CARGO**	**EXPERIENCIA**	
		Fecha inicio dd/mm/aa	**Fecha terminación dd/mm/aa**

NOTA 1: Diligencie un formato por cada uno de los integrantes del equipo mínimo de trabajo.
NOTA 2: Diligenciar el formato no reemplaza la presentación de los documentos solicitados para acreditar las calidades de los integrantes del equipo mínimo de trabajo.

FORMATO No. 11
AUTORIZACIÓN PARA PRESENTAR HOJA DE VIDA
(INTEGRANTES DEL EQUIPO DE TRABAJO)

Yo (***Nombre de la persona que va ocupar el rol***), mayor de edad, identificado con número de cédula de ciudadanía _____ expedida en _____ autorizo la presentación de mi hoja de vida, en el proceso de selección _____, como parte del equipo de trabajo del proponente (***Nombre del Proponente*** _____ en el ***rol de*** _____

En caso de que la oferta presentada sea adjudicada al proponente en el cual hago parte como profesional que integra el equipo de trabajo, me comprometo a participar en el mismo para el cumplimiento del objeto, obligaciones y actividades que se describen en los documentos que integran el proceso contractual.

Asimismo, bajo la gravedad de juramento manifiesto que no he presentado mi documentación, en ninguna otra oferta presentada para el mismo proceso.

Se expide en Bogotá, D.C., (fecha)

_____
Firma de la persona que va ocupar el rol
Nombre de la persona que va ocupar el rol
Documento de identidad de la persona que va ocupar el rol
Teléfono de la persona que va ocupar el rol
Dirección de la persona que va ocupar el rol

FORMATO No. 12
ACREDITACIÓN DE CRITERIOS DE PONDERACION

Se asignará puntaje a quienes cuenten con la experiencia específica y formación académica adicional a la mínima exigida, así:

I. FACTOR DE EXPERIENCIA ESPECÍFICA ADICIONAL DEL PROPONENTE (35 Puntos).

N° CONSECUTIVO DEL REPORTE EN EL RUP	CÓDIGO UNSPSC	CONTRATANTE	% PARTICIPACIÓN	ÁREA INTERVENIDA EN METROS CUADRADOS

II. FORMACIÓN ADICIONAL A LA MÍNIMA HABILITANTE DEL DIRECTOR DE PROYECTO (15 puntos):

CRITERIOS		Marcar con una X
A	DIRECTOR DE PROYECTO, que cumpla con los requisitos exigidos en el numeral del EQUIPO MINIMO DE TRABAJO HABILITANTE, "ANEXO TECNICO" y adicionalmente cuente con DOCTORADO EN INGENIERIA.	
B	DIRECTOR DE PROYECTO, que cumpla con los requisitos exigidos en el numeral del QUIPO MINIMO DE TRABAJO HABILITANTE", "ANEXO TECNICO"" y adicional cuente con MAESTRIA EN INGENERIA	

III. FORMACIÓN ADICIONAL A LA MÍNIMA HABILITANTE DEL PROFESIONAL DE APOYO (10 puntos):

CRITERIOS		Marcar con una X
A	PROFESIONAL DE APOYO, que cumpla con los requisitos exigidos en el numeral del EQUIPO MINIMO DE TRABAJO HABILITANTE", "ANEXO A TECNICO" y adicionalmente cuente con MAESTRIA EN GERENCIA DE PROYECTOS o GERENCIA DE OBRA.	
B	PROFESIONAL DE APOYO, que cumpla con los requisitos exigidos en el numeral del EQUIPO MINIMO DE TRABAJO HABILITANTE", "ANEXO TECNICO" y adicional cuente con ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE PROYECTOS o GERENCIA DE OBRA.	

IV. EXPERIENCIA ADICIONAL A LA MÍNIMA HABILITANTE DEL DIRECTOR DEL PROYECTO (21 PUNTOS):

CRITERIOS		**Marcar con una X**
A	Director del Proyecto que cumpla con los requisitos exigidos en el ANEXO TÉCNICO denominado "Especificaciones Técnicas" y además cuente con experiencia adicional a la mínima habilitante de diez (10) años.	
B	Director del Proyecto que cumpla con los requisitos exigidos en el ANEXO denominado "Especificaciones Técnicas" y además cuente con experiencia adicional a la mínima habilitante de cinco (5) años.	

V. EXPERIENCIA ADICIONAL A LA MÍNIMA HABILITANTE DEL PROFESIONAL DE APOYO (8 PUNTOS):

CRITERIOS		**Marcar con una X**
A	Profesional de apoyo que cumpla con los requisitos exigidos en el ANEXO TÉCNICO denominado "Especificaciones Técnicas" y además cuente con **experiencia adicional a la mínima habilitante de diez (10) años.**	
B	Profesional de apoyo que cumpla con los requisitos exigidos en el ANEXO denominado "Especificaciones Técnicas" y además cuente con **experiencia adicional a la mínima habilitante de cinco (5) años.**	

Nota: El proponente deberá acreditar los siguientes criterios de ponderación de la oferta conforme a lo establecido en el Numeral 5.4. CRITERIOS EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS del Pliego de Condiciones.

_____

[Firma representante legal del proponente]

Nombre: [Insertar información]

FORMATO No. 13
APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL

Señores
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.

Referencia: FFDS-CMA-012-2021

La asignación del puntaje por concepto de este favor se hará de la siguiente manera:

CONDICIÓN DEL PERSONAL QUE INTEGRA EL EQUIPO DE TRABAJO	**MARQUE CON UNA X**
Para aquellas propuestas que se encuentran enmarcadas en el Articulo1 del Decreto 680 de 2021 y se comprometa a que, en el curso de la ejecución, todo el equipo de trabajo que laborará para el proponente se encuentra integrado por personas naturales colombianas o por residentes en Colombia.	
Para proponentes cuya oferta no es considerada de servicios nacionales de acuerdo a lo definido en el Articulo1 del Decreto 680 de 2021, se otorgarán cinco puntos si se compromete a que su equipo de trabajo en el curso de la ejecución se integre tanto por personas naturales colombianas o residentes en Colombia, como por personas naturales de nacionalidad extranjera no residentes en Colombia.	

Nota: El proponente solo podrá realizar un ofrecimiento, marcando con una X, una de las anteriores opciones, en caso de que no se diligencie el cuadro o se diligencie más de una casilla, no se asignará puntaje.

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROPONENTE:
NIT:

FORMATO No. 14

PROPONENTES CON TRABAJADORES EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

Señores
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.

Referencia: FFDS- CMA-012-2021

[Incluir el nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] identificada con NIT [Incluir el NIT] certifico que el número total de trabajadores vinculados a la planta de personal a la fecha de cierre del proceso de selección es el que se relaciona a continuación:

Número total de trabajadores vinculados a la planta de personal	Número de personas con discapacidad en la planta de personal

*El proponente para acreditar el número de personas con discapacidad en su planta de personal, deberá aportar el certificado expedido por el Ministerio de Trabajo, el cual deberá estar vigente a la fecha de cierre del proceso de selección.

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROPONENTE:
NIT:

FORMATO No. 15
FORMATO DE INFORMACIÓN A TERCEROS
PERSONA JURIDICA

NOTA: Este formato sólo lo deberá diligenciar el Proponente Adjudicatario, el cual presentará en original acompañado de la certificación bancaria, como requisito para la suscripción y registro presupuestal del contrato.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	DIRECCIÓN FINANCIERA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORMACIÓN A TERCEROS - PERSONAS JURÍDICAS Código: SDS-FIN-FT-006. V2	Elaboró: Dario Solano Guerrero Revisó: Félix Gonzalo Díaz Aprobó: Magda Mercedes Arevalo Rojas	

DATOS GENERALES

NOMBRE O RAZON SOCIAL:							
NIT:		DIGITO DE CONTROL:		CÓDIGO DEPARTAMENTO/ MUNICIPIO:			
DIRECCIÓN:				TELÉFONO FIJO:		CELULAR	
CORREO ELECTRÓNICO							

INFORMACIÓN FINANCIERA PARA GIRO ELECTRÓNICO

NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA		TIPO DE CUENTA	CORRIENTE		AHORRO	
NÚMERO DE CUENTA						

INDUSTRIA Y COMERCIO

No SOPORTE INSCRIPCIÓN RIT:		RÉGIMEN AL QUE PERTENECE:			
DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA :				CÓDIGO CIIU :	
CIUDAD DONDE REALIZA LA ACTIVIDAD CORRESPONDIENTE A ESTE PAGO:				TARIFA:	

IMPUESTO A LAS VENTAS

RÉGIMEN AL QUE PERTENECE:		ACTIVIDAD EXENTA O EXCLUIDA:	SI		NO	

Si corresponde a un Consorcio o Unión Temporal, favor adjuntar la Resolución de Distribución de participación de los consorciados, con su respectivo %

INFORMACION TRIBUTARIA

ENTIDAD ESTATAL	SI		NO		
GRAN CONTRIBUYENTE. Resolucion No.	SI		NO		
AUTORRETENEDOR. Resolución No.	SI		NO		
DECLARANTE DEL IMPUESTO A LA RENTA (1)	SI		NO		
LA REMUNERACIÓN SE EFECTÚA CON BASE EN EL MÉTODO DEL FACTOR MULTIPLICADOR (2)	SI		NO		
RESPONSABLE DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA	SI		NO		
ACTIVIDAD SUJETA DE INDUSTRIA Y COMERCIO	SI		NO		

CLASE DE SOCIEDAD

Sociedad Anonima		Empresa pública		Unión Temporal	
Sociedad Ltda		Cooperativas		Sociedades del Régimen Especial	
Sociedad sin Ánimo de Lucro		Sociedades Extranjeras		Otras	
Sociedad por Acciones Simplificada		Consorcio			

Si la actividad no es sujeta de Industria y Comercio, explique Porqué?:

(1) Si no es declarante del Impuesto a la Renta, explique Porqué?:

(2) Esta información solo se requiere para los contratos de consultoría, debe anexar el documento en el cual consta el cálculo por el Factor Multiplicador.

OBSERVACIONES:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA:	
CC. No.:	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	

FORMATO No.15 - A
FORMATO DE INFORMACIÓN A TERCEROS
PERSONA NATURAL

NOTA: Este formato sólo lo deberá diligenciar el Proponente Adjudicatario, el cual presentará en original acompañado de la certificación bancaria, como requisito para la suscripción y registro presupuestal del contrato.

	DIRECCIÓN FINANCIERA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL FORMATO DE INFORMACIÓN A TERCEROS PERSONA NATURAL Código: SDS-FIN-FT-005 V.5	Elaborado por: Dario Alfonso Soleno Revisado por: Felix Gonzalo Diaz Aprobado por: Magda Mercedes Arevalo Rojas

INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Primer Nombre:	Segundo Nombre:

NIT: ____ Dígito de Verificación: ____ Código Departamento/Municipio: ____

Dirección: ____ Celular: ____ Teléfono Fijo: ____

Correo Electrónico: ____ Nacionalidad: ____

DATOS PARA GIRO ELECTRÓNICO e INFORMACIÓN FINANCIERA

Nombre Entidad Financiera: ____ Tipo Cuenta: Corriente ☐ Ahorros ☐

Número de Cuenta: ____ **Debe Anexar Certificación Bancaria Actualizada**

INGRESOS BRUTOS AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR A 31 DE DICIEMBRE DE ____	VALOR	PATRIMONIO (DESCRIPCIÓN) AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR A 31 DE DICIEMBRE DE ____	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES			
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS			
GASTOS DE REPRESENTACIÓN			
HONORARIOS			
ARRIENDOS			
OTROS INGRESOS Y RENTAS			
TOTAL		TOTAL	

INDUSTRIA Y COMERCIO

Soporte de Inscripción - RIT N° ____ Régimen: ____ Código Actividad ____

Descripción Actividad Económica: ____

Tarifa de Impuesto de Industria y Comercio - ICA: ____

IMPUESTO A LAS VENTAS

Régimen IVA al que Pertenece: ____ Actividad Exenta o Excluida: SI ☐ No ☐

INFORMACION TRIBUTARIA - RUT -

Declarante del Impuesto a la Renta (1) SI ☐ No ☐

(1) SI No es Declarante del Impuesto a la Renta, Explique Porqué? ____

RESPONSABILIDADES

	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO
1		
2		
3		
4		

OBSERVACIONES: ____

Nombre del Declarante: ____

Firma del Declarante:

(Bajo la Gravedad del Juramento)

Cédula de Ciudadanía N° ____

FORMATO No. 16
COMPROMISO CONSORCIAL Y/O UNION TEMPORAL.

Entre:
i) _____, constituida conforme a las leyes de la República de Colombia, representada por _____, mayor de edad de nacionalidad colombiana, identificado con la cédula de ciudadanía No. _____ De ____, quien actúa en su calidad de representante legal.
y
i) _____, constituida conforme a las leyes de la República de Colombia, representada por _____, mayor de edad de nacionalidad colombiana, identificado con la cédula de ciudadanía No. _____ De ____, quien actúa en su calidad de representante legal.

Celebran el siguiente acuerdo de **CONSTITUCIÓN DE CONSORCIO** (en adelante el "Acuerdo"), teniendo en cuenta los siguientes:

CONSIDERANDOS

1. Que el **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD- SECRETARIA DE SALUD** (en adelante EL FONDO) abrió el proceso de **FFDS-CMA-012-2021** para: "***CONSULTORIA PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA RED CONTRA INCENDIOS DEL CENTRO DISTRITAL DE SALUD"****, en el componente técnico - científico.*, de conformidad con lo establecido en el pliego de condiciones.
2. Que el presente proceso de selección permite la participación de consorcios o uniones temporales para la presentación de propuestas;
3. Que las partes han decidido presentar una propuesta conjunta (en adelante la "Propuesta"), bajo la modalidad CONSORCIO para participar en el Proceso de Selección. De acuerdo con lo anterior las partes acuerdan lo siguiente:

ARTÍCULO 1. CONSORCIO. - El objeto del presente Acuerdo es constituir un consorcio entre: ___ Y _____, plenamente identificados en el encabezamiento del presente Acuerdo, para participar conjuntamente en el proceso de selección No. FFDS-CMA-012-2021 del FONDO cuyo objeto corresponde a ***CONSULTORIA PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA RED CONTRA INCENDIOS DEL CENTRO DISTRITAL DE SALUD***, en los plazos y condiciones requeridos en lo dispuesto en este documento.

La integración del consorcio se refiere únicamente al desarrollo de las actividades y ejecución de los actos necesarios para la preparación y presentación de la propuesta para participar en el proceso de selección, así como al cumplimiento de las obligaciones directamente emanadas de la eventual adjudicación, de acuerdo con los términos y condiciones del proceso de selección, y los términos contractuales del contrato a que haya lugar en caso de ser adjudicatarios del proceso de selección.

Las partes acuerdan y manifiestan que el presente consorcio no constituye una persona jurídica distinta de las partes individualmente consideradas, ni sociedad de hecho, o sociedad alguna.

ARTÍCULO 2. DENOMINACIÓN DEL CONSORCIO. El Consorcio que las Partes constituyen mediante el presente Acuerdo se denominará para todos los efectos del proceso de selección y de la ejecución del contrato, en caso de resultar adjudicataria, "CONSORCIO _____".

ARTÍCULO 3. SOLIDARIDAD. - Para efectos de lo ordenado en el artículo 7 de la Ley 80 de 1.993, las Partes reconocen la solidaridad que resulte de todas y cada una de las obligaciones derivadas de la Propuesta y del contrato que se llegare a celebrar con el FONDO.

ARTÍCULO 4. ACTIVIDADES Y PORCENTAJES DE PARTICIPACIÓN. - Sin perjuicio de la solidaridad consagrada en el artículo inmediatamente anterior, las Partes acuerdan y manifiestan que los porcentajes de participación de cada una de ellas serán los siguientes, de acuerdo con cada uno de los eventos que se definen a continuación:

4.1 En relación con la participación de las Partes en la presentación de la Propuesta y en la ejecución y cumplimiento del contrato, en el evento en que el Proceso de Selección sea adjudicada a la Unión Temporal, las partes concurrirán con las siguientes actividades y porcentajes de participación:

INTEGRANTE	ACTIVIDADES A EJECUTAR EN LA PROPUESTA	ACTIVIDADES A EJECUTAR EN LA EJECUCION	% DE PARTICIPACIÓN

(*) Discriminar actividades por ejecutar tanto en la presentación de la propuesta como en la ejecución del contrato, para cada uno de los integrantes del Consorcio.

ARTÍCULO 5. REPRESENTACIÓN. - Las Partes han designado a _____, domiciliado en Bogotá, D.C., ciudadano colombiano, identificado con la cédula de ciudadanía No. _____, expedida en _____, para que actúe como representante y vocero del Consorcio frente al FONDO y terceros.
El representante del consorcio tendrá todas las facultades necesarias para actuar en nombre del Consorcio y en el de cada uno de sus miembros, en los asuntos relacionados directa e indirectamente con la elaboración y presentación de la Propuesta y la celebración y ejecución del contrato en el caso de que el FONDO, adjudicase el proceso de selección al consorcio. En especial tendrá las facultades suficientes para:

- Presentar la Propuesta.
- Suscribir la carta de presentación de la Propuesta.
- Atender todos los posibles requerimientos que formule EL FONDO relacionados con la Propuesta.
- Suscribir cualquier otro documento y ejecutar cualquier otro acto que se requiera para la elaboración y presentación de la Propuesta, dentro de los términos y condiciones del proceso de selección.
- Notificarse del acto administrativo de declaratoria de desierta del proceso, si hubiese lugar a ello.
- Suscribir el contrato.
- Ejecutar todos los actos y suscribir todos los documentos necesarios para la ejecución del Contrato, dentro de los términos y condiciones del proceso de selección.
- Notificarse de los actos administrativos que lleguen a derivarse del contrato, lo cual hará a nombre del consorcio.
- Presentar los reclamos a nombre del consorcio.
- Liquidar el contrato.

En el evento de presentarse inhabilidades sobrevivientes para el consorcio, los miembros del consorcio o los representantes legales de éstos el representante del consorcio tendrá la obligación de informarlo por escrito a la Subdirección de Contratos del FONDO dentro de los cinco días hábiles siguientes a la ocurrencia de los hechos que dieron lugar a ella.

Por el sólo hecho de la firma del presente Acuerdo, el representante legal acepta esta designación y entiende las obligaciones que se deriva del mismo.

ARTÍCULO 6. EXCLUSIVIDAD. - Durante la vigencia del presente Acuerdo las Partes se obligan a no participar directa o indirectamente en cualquier acto, negocio o contrato, relacionado con la presentación de otra Propuesta para el proceso de selección No. FFDS-CMA-006 -2021 del FONDO.

ARTÍCULO 7. REGLAS BÁSICAS. – (EL PROPONENTE DEBERÀ INDICAR LAS REGLAS BÁSICAS POR LAS CUALES SE REGIRÁN LAS RELACIONES INTERNAS DE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO.) ARTÍCULO.

ARTICULO 8. VIGENCIA. - El presente Acuerdo tendrá vigencia hasta la expiración del contrato que se llegaré a celebrar con EL FONDO y un año más. En caso que la Propuesta presentada por el Consorcio no resulte favorecida, la vigencia del presente Acuerdo se extinguirá de manera automática.

ARTÍCULO 9. LEY Y JURISDICCION APLICABLE- EL presente Acuerdo se rige por las leyes de la República de Colombia.

ARTÍCULO 10. CESIÓN. - No podrá haber cesión de participación entre los miembros del Consorcio.

ARTÍCULO 11. FORMA DE PAGO: Para efectos del pago, deben manifestar si la misma se efectuará en representación del Consorcio, o si la realizará uno de sus integrantes o de forma separada. Se procederá a realizar el registro ante la Dian para la obtención del NIT respectivo.

Para constancia se firma en Bogotá, D.C. a los ___ días del mes de ___ de 2021.

POR	POR
XX	XX_____
Representante Legal	Representante Legal
Nombre:	Nombre:
C.C	C.C
Firma: _____	Firma: _____

Acepto el nombramiento como Representante Legal del Consorcio.

Nombre:
C.C
Firma: _____

FORMATO COMPROMISO UNIÓN TEMPORAL

Entre:
i) _____, constituida conforme a las leyes de la República de Colombia, representada por _____, mayor de edad de nacionalidad colombiana, identificado con la cédula de ciudadanía No. _____ De ____, quien actúa en su calidad de representante legal.
Y
ii) _____, constituida conforme a las leyes de la República de Colombia, representada por _____, mayor de edad de nacionalidad colombiana, identificado con la cédula de ciudadanía No. _____ De ____, quien actúa en su calidad de representante legal, celebran el siguiente acuerdo de unión temporal (en adelante el "Acuerdo"), teniendo en cuenta los siguientes,

CONSIDERANDOS

1. Que el **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD- SECRETARIA DE SALUD** (en adelante EL FONDO) abrió el proceso No. FFDS-CMA-012-2021 ***CONSULTORIA PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA RED CONTRA INCENDIOS DEL CENTRO DISTRITAL DE SALUD***.
2. Que el presente Proceso de Selección permite la participación de consorcios o uniones temporales para la presentación de propuestas;
3. Que las partes han decidido presentar una propuesta conjunta (en adelante la "Propuesta"), bajo la modalidad **UNIÓN TEMPORAL** para participar en el Proceso de Selección.

De acuerdo con lo anterior las Partes acuerdan lo siguiente:

ARTÍCULO 1. UNIÓN TEMPORAL. - El objeto del presente Acuerdo es constituir una Unión Temporal entre: ___ Y _____, que se encuentran plenamente identificados en el encabezamiento del presente Acuerdo, para participar conjuntamente en el Proceso de Selección, cuyo objeto corresponde a _____ en los plazos y condiciones requeridos en el Proceso de Selección, y de conformidad con lo dispuesto en este documento.

La integración de la Unión Temporal se refiere únicamente al desarrollo de las actividades y ejecución de los actos necesarios para la preparación y presentación de la Propuesta para participar en el Proceso de Selección, así como al cumplimiento de las obligaciones directamente emanadas de la eventual adjudicación, de acuerdo con los términos y condiciones del Proceso de Selección y los términos contractuales del contrato en caso de ser adjudicatarios del Proceso de Selección.

Las Partes acuerdan y manifiestan que la presente Unión Temporal no constituye una persona jurídica distinta de las Partes individualmente consideradas, ni sociedad de hecho, o sociedad alguna.

ARTÍCULO 2. DENOMINACIÓN DE LA UNIÓN TEMPORAL. - La Unión Temporal que las Partes constituyen mediante el presente Acuerdo se denominará para todos los efectos del proceso y de la ejecución del contrato, en caso de resultar adjudicataria, "UNIÓN TEMPORAL _____".

ARTÍCULO 3. SOLIDARIDAD. - Para efectos de lo ordenado en el artículo 7 de la Ley 80 de 1.993, las Partes reconocen la solidaridad que resulte de todas y cada una de las obligaciones derivadas de la Propuesta y del contrato que se llegare a celebrar con EL FONDO.

PARÁGRAFO. - No obstante, lo anterior, las Partes declaran que, para efectos de las sanciones que eventualmente se puedan imponer durante la ejecución y liquidación del contrato a que haya lugar, así como las derivadas de la Propuesta, se deberá atender tanto los porcentajes de participación como la distribución de responsabilidades que adelante se señalan en este Acuerdo.

ARTÍCULO 4. ACTIVIDADES Y PORCENTAJES DE PARTICIPACIÓN. - Sin perjuicio de la solidaridad consagrada en el artículo inmediatamente anterior, las Partes acuerdan y manifiestan que los porcentajes de participación de cada una de ellas serán los siguientes, de acuerdo con cada uno de los eventos que se definen a continuación:

4.1 En relación con la participación de las Partes en la presentación de la Propuesta y en la ejecución y cumplimiento del contrato, en el evento en que el Proceso de Selección sea adjudicada a la Unión Temporal, las partes concurrirán con las siguientes actividades y porcentajes de participación:

INTEGRANTE	ACTIVIDADES A EJECUTAR EN LA PROPUESTA	ACTIVIDADES A EJECUTAR EN LA EJECUCION	% DE PARTICIPACIÓN

(*) Discriminar actividades por ejecutar tanto en la presentación de la propuesta como en la ejecución del contrato, para cada uno de los integrantes de la unión Temporal.

ARTÍCULO 5. REPRESENTACIÓN. - Las Partes han designado a _____, domiciliado en Bogotá, D.C., ciudadano colombiano, identificado con la cédula de ciudadanía No. _____, expedida en _____, para que actúe como representante y vocero de la Unión Temporal frente al FONDO y terceros.

El representante de la Unión Temporal tendrá todas las facultades necesarias para actuar en nombre de la Unión Temporal y en el de cada uno de sus miembros, en los asuntos relacionados directa e indirectamente con la elaboración y presentación de la Propuesta y la celebración y ejecución del contrato A QUE HAYA LUGAR en el caso de que EL FONDO adjudicase el Proceso de Selección a la Unión Temporal. En especial tendrá las facultades suficientes para:

- Presentar la Propuesta.
- Suscribir la carta de presentación de la Propuesta.
- Atender todos los posibles requerimientos que formule EL FONDO relacionados con la Propuesta.
- Suscribir cualquier otro documento y ejecutar cualquier otro acto que se requiera para la elaboración y presentación de la Propuesta, dentro de los términos y condiciones del Proceso de Selección.
- Notificarse del acto administrativo de declaratoria de desierta del proceso, si hubiese lugar a ello.
- Suscribir el contrato.
- Ejecutar todos los actos y suscribir todos los documentos necesarios para la ejecución del Contrato, dentro de los términos y condiciones del Proceso de Selección.
- Notificarse de los actos administrativos que lleguen a derivarse del contrato, lo cual hará a nombre de la Unión temporal.

- Presentar los reclamos a nombre de la Unión temporal.
- Liquidar el contrato.

En el evento de presentarse inhabilidades sobrevivientes para La Unión Temporal, los miembros de la Unión o los representantes legales de éstos el representante de la Unión Temporal tendrá la obligación de informarlo por escrito a la Subdirección de Contratación dentro de los cinco días hábiles siguientes a la ocurrencia de los hechos que dieron lugar a ella.

Por el sólo hecho de la firma del presente Acuerdo, el representante legal acepta esta designación y entiende las obligaciones que se deriva del mismo.

ARTÍCULO 6. REGLAS BÁSICAS. – (EL PROPONENTE DEBERÀ INDICAR LAS REGLAS BÁSICAS POR LAS CUALES SE REGIRÁN LAS RELACIONES INTERNAS DE LOS MIEMBROS DE LA UNIÓN TEMPORAL)

ARTÍCULO 7. EXCLUSIVIDAD. - Durante la vigencia del presente Acuerdo las Partes se obligan a no participar directa o indirectamente en cualquier acto, negocio o contrato, relacionado con la presentación de otra Propuesta para el Proceso de Selección No. FFDS-CMA-012 de 2021.

ARTÍCULO 8. VIGENCIA. - El presente Acuerdo tendrá vigencia hasta la expiración del contrato que se llegaré a celebrar con EL FONDO y un año más.

En caso que la Propuesta presentada por la Unión Temporal no resulte favorecida, la vigencia del presente Acuerdo se extinguirá de manera automática.

ARTÍCULO 9. LEY Y JURISDICCION APLICABLE- EL presente Acuerdo se rige por las leyes de la República de Colombia.

ARTÍCULO 10. CESIÓN. - No podrá haber cesión de participación entre los miembros de la Unión Temporal.

ARTÍCULO 11. FORMA DE PAGO: Para efectos del pago, deben manifestar si la misma se efectuará en representación de la Unión Temporal, o si la realizará uno de sus integrantes o de forma separada. Se procederá a realizar el registro ante la Dian para la obtención del NIT respectivo.

Para constancia se firma en Bogotá, D.C. a los ___ días del mes de ___ de 2021.

POR	POR
XX	XX
Representante Legal	Representante Legal
Nombre:	Nombre:
C.C	C.C
Firma: _____	Firma: _____

Acepto el nombramiento como Representante Legal de la Unión Temporal.
Nombre:
C.C
Firma:_____

FORMATO No. 17
CLAUSULADO

CLAUSULADO ADICIONAL AL CONTRATO DE CONSULTORIA, CELEBRADO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD - Y XXXXXX NIT XXXXX

NOTA: EL TEXTO DEL PRESENTE CLAUSULADO ESTABLECE LOS ASPECTOS ESENCIALES A TENER EN CUENTA POR PARTE DE LA SECRETARÍA Y DEL POSIBLE CONTRATISTA; ASPECTOS QUE PUEDEN SER OBJETO DE MODIFICACIÓN ANTES DE LA ACEPTACION DEL MISMO; UNA VEZ SEA ADJUDICADO EL PROCESO DE SELECCIÓN. LOS ESPACIOS EN BLANCO SE LLENARÁN

Que se entiende incorporado el presente clausulado, al contrato celebrado a través de la plataforma transaccional Secop II en el marco del **CONTRATO DE CONSULTORIA,** celebrado entre el **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD,** y **XXXX,** teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Que mediante Resolución XXX del XX de XX de 2021, **EL FONDO** adjudicó el proceso cuyo objeto corresponde a: ***CONSULTORIA PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA RED CONTRA INCENDIOS DEL CENTRO DISTRITAL DE SALUD***, producto del Proceso de Concurso de Méritos Abierto, identificado con la referencia; FFDS-CMA-012-2021, al proponente **XXXX,** identificado con NIT XXXX, de conformidad con la recomendación expuesta por el comité evaluador designado para el efecto.

2. Que, en virtud de lo anterior, el presente **CLAUSULADO ADICIONAL** al CONTRATO DE CONSULTORIA, se celebra conforme a las disposiciones consagradas en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2015 y demás disposiciones reglamentarias y/o complementarias, y el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA 1 – OBJETO DEL CONTRATO: *CONSULTORIA PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA RED CONTRA INCENDIOS DEL CENTRO DISTRITAL DE SALUD*.

CLÁUSULA 2 - VALOR DEL CONTRATO: El valor del contrato final será el valor de la propuesta favorecida, de conformidad con la normatividad vigente.

CLÁUSULA 3 - IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL: La Entidad cuenta con la Disponibilidad Presupuestal No 2553 del 23 de abril de 2021

CLÁUSULA 4 - FORMA DE PAGO: El valor del contrato se pagará por la SDS-FFDS al CONTRATISTA de la siguiente manera:

a) Un primer pago correspondiente al **30 %** del valor del contrato una vez sea recibido a satisfacción por parte del supervisor el **Informe diagnóstico**.
b) Segundo pago correspondiente al **40%** del valor del contrato una vez recibida a satisfacción por parte del supervisor **la Elaboración Ingeniería conceptual y básica.**
c) Un tercer pago correspondiente al **30%** del valor del contrato una vez recibida a satisfacción por parte del supervisor **Elaboración Ingeniería de Detalle** e informe final de la consultoría.

PARÁGRAFO PRIMERO: Los desembolsos se efectuarán dentro de los treinta (30) días siguientes a la entrega de la factura, una vez se cuente con el respectivo PAC.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Para efectuar el (los) pago(s) se requerirá la siguiente documentación mínima, la cual será verificada por parte del supervisor: **a.** Factura debidamente diligenciada, conforme los requisitos establecidos en el artículo 617 del Estatuto Tributario. **b.** Certificación por medio de la cual acredite que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de compensación familiar, cuando corresponda, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de la ley 1150 de 2007. **C** Certificación de ingreso al Almacén (cuando aplique)

PARÁGRAFO TERCERO: Cuando las facturas no han sido correctamente elaboradas o no se acompañan de los documentos requeridos para el pago, el término para éste solamente empezara a contarse desde la fecha en que se presenten en debida forma o se haya aportado el último de los documentos. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del contratista y no tendrá por tanto derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.

Nota: los valores se ajustarán conforme al valor de la oferta económica del proponente adjudicatario.

CLÁUSULA 5 - PLAZO DEL CONTRATO: El término de duración del contrato es de tres (3) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio.

CLÁUSULA 6 - OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA: Sin perjuicio de las demás obligaciones que se deriven de la normatividad existente, en especial las previstas por el Estatuto General de Contratación Estatal, de las normas que regulan el ejercicio de este tipo de actividades, de las contenidas en las normas técnicas pertinentes, de las particulares que correspondan a la naturaleza del contrato a celebrar, y de las que se deriven del contenido del presente contrato, el contratista deberá asumir las obligaciones generales contenidas en el numeral 15, Literal B de los estudios previos.

CLÁUSULA 7 - OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA: El oferente deberá tener en cuenta el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones específicas contenidas en el numeral 15, Literal C de los estudios previos, así como, dar cumplimiento a las especificaciones contenidas en el estudio previo y pliego de condiciones, contenidos en el anexo condiciones generales, correspondientes al proceso FFDS-CMA-012-2021.

CLÁUSULA 8 - OBLIGACIONES GENERALES DEL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD – SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD: Las obligaciones generales del FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD O LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD se encuentran estipuladas en los Estudios previos de la presente contratación y hacen parte integral del contrato que se aprueba por la plataforma del SECOP II.

CLÁUSULA 9 - SUPERVISION: La vigilancia, orientación y control de ejecución del presente contrato será realizada por el **Subdirector de Bienes y Servicios de la Secretaría Distrital de Salud** o quien designe el Director Ejecutivo del Fondo Financiero Distrital de Salud, quien será responsables de cumplir con lo previsto en la normatividad vigente y en el Manual de Contratación.

Las obligaciones que ejercerá el supervisor, de conformidad con lo establecido en el artículo 84 de la Ley 1474 de 2011, serán las estipuladas en el Estudio Previo.

CLÁUSULA 10 - GARANTÍAS: Las garantías que los oferentes o contratistas pueden otorgar para asegurar el cumplimiento de sus obligaciones son:

1. Contrato de seguro contenido en una póliza.
2. Patrimonio autónomo.
3. Garantía bancaria y las cartas de crédito stand by.

El contratista deberá constituir garantía de cumplimiento y de responsabilidad civil extracontractual (cuando aplique) con los amparos, porcentajes y vigencias que a continuación se discriminan, a nombre del Fondo Financiero Distrital de Salud, NIT 800.246.953-2, Dirección: Carrera 32 No. 12-81 de la ciudad de Bogotá, D. C.

AMPARO	%	VIGENCIA
Cumplimiento del Contrato: Este amparo cubre al FFDS de los perjuicios derivados de: (a) el incumplimiento total o parcial del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista; (b) el cumplimiento tardío o defectuoso del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista; (c) el pago del valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria.	20% del valor del contrato	Plazo de ejecución del contrato y seis (6) meses más, contados a partir de la expedición de la garantía.
Calidad del Servicio: Este amparo cubre a la Entidad Estatal por los perjuicios derivados de la deficiente calidad del servicio prestado.	20% del valor del contrato	Plazo de ejecución del contrato y (12) (meses) más, contados a partir de la expedición de la garantía.
Pago de salarios prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales: Este amparo debe cubrir a la Entidad Estatal de los perjuicios ocasionados por el incumplimiento de las obligaciones laborales del contratista derivadas de la contratación del personal utilizado en el territorio nacional para la ejecución del contrato amparado	5% del valor del contrato	Plazo de ejecución del contrato y (3) (años) más, contados a partir de la expedición de la garantía.
Responsabilidad civil extracontractual	200 SMMLV	La vigencia de esta garantía se otorgará por todo el periodo de ejecución del contrato, contado a partir de la expedición de la garantía única.

NOTA: EL CONTRATISTA se obliga a ampliar, modificar o prorrogar la garantía única de cumplimiento, en el evento que se aumente el valor del contrato o se prorrogue o suspenda su vigencia y hasta la liquidación del mismo, de conformidad con lo establecido en el artículo 60 de la Ley 80 de 1993

PARÁGRAFO PRIMERO - **TÉRMINO PARA SU ENTREGA**: EL CONTRATISTA entregará al FONDO DISTRITAL DE SALUD – SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la aceptación del contrato, y a través de la **PLATAFORMA SECOP II**, las garantías a las que se refiere el presente numeral.

PARÁGRAFO SEGUNDO- PREVENCIÓN DE RIESGOS: EL CONTRATISTA es responsable y deberá adoptar y cumplir con todas las medidas de seguridad y preventivas que tiendan a evitar la acusación de daños y perjuicios físicos, económicos, técnicos, financieros, contables, jurídicos en desarrollo y ejecución del contrato.

PARÁGRAFO TERCERO- SUFICIENCIA DE LAS GARANTÍAS: EL CONTRATISTA debe mantener en todo momento de vigencia del contrato la suficiencia de las garantías otorgadas. En consecuencia, en el evento en que el plazo de ejecución del contrato y/o su valor se amplíe o aumente, respectivamente, EL CONTRATISTA deberá proceder a ampliar la vigencia de las garantías y/o el valor amparado de las mismas, según sea el caso, como condición previa y necesaria para el pago de las facturas pendientes de pago. De igual modo, EL CONTRATISTA deberá reponer las garantías cuando su valor se afecte por razón de los siniestros amparados. En el caso de los amparos cuya vigencia debe prolongarse con posterioridad al vencimiento del plazo de ejecución del contrato, el valor amparado también debe reponerse cuando el mismo se afecte por la ocurrencia de los riesgos asegurados con posterioridad a tales fechas. El pago de todas las primas y demás erogaciones de constitución, mantenimiento y restablecimiento inmediato de su monto, será de cargo exclusivo de EL CONTRATISTA.

CLÁUSULA 11 – INTERPRETACIÓN, MODIFICACIÓN, TERMINACIÓN UNILATERAL Y CADUCIDAD: Son aplicables al presente contrato las disposiciones contenidas en los artículos 14 al 18 de la Ley 80 de 1993.

CLÁUSULA 12 – SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO: El FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD O LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD podrá imponer multas y declarar el incumplimiento de conformidad con lo establecido por el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007, el artículo 40 de la Ley 80 de 1993, el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011 y el artículo 2.2.1.2.3.1.19 de Decreto 1082 de 2015 y demás normas aplicables, así: 11.1. MULTAS: A. Con el objeto de conminar al CONTRATISTA al cumplimiento de las obligaciones que se encuentren en mora o retraso, el FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD O LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD podrá imponerle al CONTRATISTA multas diarias y sucesivas desde el cero punto uno por ciento (0.1%) del valor del contrato por cada día de atraso o retardo hasta que se verifique su cumplimiento. B. El valor acumulado de las multas impuestas al CONTRATISTA no podrá superar el diez por ciento (10%) del valor del contrato. 11.2. CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA: A. En caso de declaratoria de caducidad o incumplimiento total o parcial de las obligaciones a cargo del CONTRATISTA, el FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD O LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD podrá hacer efectiva la presente cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del Contrato, a título de pena, la cual se tendrá como estimación y pago anticipado y parcial de los perjuicios causados al FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD O LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. B. El valor variará proporcionalmente al incumplimiento parcial del Contrato que no supere el porcentaje señalado. C. La cláusula penal pecuniaria también se hará efectiva en el caso en que se llegue o se supere el monto máximo acumulado de imposición de multas, de conformidad con lo pactado en este contrato. PARÁGRAFO PRIMERO. El CONTRATISTA autoriza que el FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD O LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD descuente de las sumas que le adeude, los valores correspondientes a las sanciones impuestas que se encuentren en firme. El pago de las sumas antes señaladas no extingue las obligaciones emanadas del contrato, ni exime al CONTRATISTA de indemnizar los perjuicios causados.

CLÁUSULA 13 – SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS: Las partes disponen que, en caso de controversias contractuales, estas serán resueltas en principio de mutuo acuerdo, y en caso de no llegarse a un acuerdo, acudirán a las instancias y procedimientos contemplados en los artículos 68 y siguientes de la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes.

CLÁUSULA 14 – EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL: El presente contrato no genera relación o vínculo laboral alguno entre **EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD O LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD** y el contratista, y por tanto no tendrá derecho a prestación distinta a la expresamente descrita en el valor del contrato y lo indicado en la forma de pago, según el contenido en el numeral 3 del Art. 32 de la Ley 80 de 1993.

CLÁUSULA 15 – TERMINACIÓN ANTICIPADA: Las partes podrán terminar anticipadamente el presente contrato de mutuo acuerdo.

CLÁUSULA 16 – CONTROL A LA EVASIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PAGOS PARAFISCALES: De conformidad con lo establecido en las Leyes 789 de 2002, Ley 828 de 2003 y Ley 1607 de 2012, Decreto 1273 de 2018, EL CONTRATISTA deberá cumplir con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales. El cumplimiento de esta obligación será indispensable para que se efectúe el desembolso por parte del EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD O LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.

CLÁUSULA 17 – VEEDURÍAS CIUDADANAS: Las partes deberán permitir el ejercicio de la veeduría ciudadana, en concordancia con lo dispuesto en la Ley 850 de 2003 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen. Así las cosas, el presente contrato estará sujeto a la veeduría ciudadana en los términos del artículo 66 de la Ley 80 de 1993.

CLÁUSULA 18 – LIQUIDACIÓN: Terminada la ejecución del contrato el supervisor o interventor, según el caso, procederán a solicitar su liquidación de mutuo acuerdo dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la expiración del término previsto para la ejecución del contrato, vencido el plazo anterior se procederá conforme con lo ordenado por el artículo 60 de la Ley 80 de 1993, modificado por el artículo 217 del Decreto Ley 0019 de 2012 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007, que le sean aplicables y las demás normas que las regulan, complementan y modifican.

CLÁUSULA 19 – INDEMNIDAD: EL CONTRATISTA, mantendrá indemne al **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD O LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD** libre de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que se deriven de sus actuaciones o de sus subcontratistas o dependientes y realizadas durante la ejecución del contrato.

CLÁUSULA 20 – CESIÓN Y SUBCONTRATOS: El contratista no podrá ceder el presente contrato a persona alguna, o subcontratar total o parcialmente el objeto del mismo, sin la autorización previa, expresa y escrita del **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD O LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD**, a excepción del caso previsto en el artículo 9 de la Ley 80 de 1993.

CLÁUSULA 21 – LUGAR DE EJECUCIÓN Y DOMICILIO CONTRACTUAL: Las obligaciones previstas en el contrato se ejecutarán en la ciudad de Bogotá, D.C. Para efectos de notificación, EL FONDO tiene su domicilio en la Carrera 32 No. 12-81 de la ciudad de Bogotá, D.C. y EL CONTRATISTA en la Avenida carrera 45 No. 108 – 27 torre 1 piso 14 de la ciudad de Bogotá.

CLÁUSULA 22 – REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: El contrato requiere para su perfeccionamiento de la aceptación de las partes en la plataforma SECOP II y para su ejecución la suscripción del acta de inicio previa expedición del Certificado de Registro Presupuestal, y aprobación de las garantías por parte del **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD O LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD** a través de la plataforma.

CLÁUSULA 23 – COMPROMISO: EL CONTRATISTA acepta con la aprobación del contrato en la plataforma SECOP II que ha leído y entendido los riesgos tipificados, estimados y asignados a las partes intervinientes, contenidos en los estudios previos soporte de esta contratación, los cuales hacen parte integral del contrato y que acepta las condiciones pactadas en el contrato, clausulado general y demás documentos del proceso de contratación.

CLÁUSULA 24 – DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO: Hacen parte del presente contrato todos los documentos dela etapa precontractual incluida la oferta, contractual y post-contractual, cuando haya lugar a ello**.**

NOTA: LOS LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DE CADA CONTRATO, TALES COMO OBLIGACIONES ESPECÍFICAS, PLAZO DE EJECUCIÓN, Y FORMA DE PAGO ENTRE OTRAS SE ENCUENTRAN EN LOS ESTUDIOS PREVIOS, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN QUE SE APRUEBA EN SECOP II. LA AUTENTICACIÓN DEL SECOP II, ES DECIR LAS APROBACIONES REALIZADAS CON LOS USUARIOS ASIGNADOS CONSTITUYEN UNA FIRMA ELECTRÓNICA EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 7 DE LA LEY 527 DE 1999 Y LAS NORMAS QUE LA REGLAMENTAN.

FORMATO 18A – PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (PERSONA JURÍDICA)

[Este formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, según corresponda, de la persona jurídica en el que mayoritariamente participen mujeres cabeza de familia y mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. En el evento que la oferta la presente una entidad privada sin ánimo de lucro, ya sea, fundación, corporación o asociación se ajustará el formato en lo pertinente. La información contenida en este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y, por tanto, no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del proceso de contratación]

Objeto:

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] identificada con NIT [Incluir el NIT], certifico bajo la gravedad de juramento que más del 50% de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica está constituida por mujeres cabeza de familia y/o mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. Esta información está soportada de acuerdo con los libros de comercio de la sociedad, los cuales gozan de reserva legal en los términos del artículo 61 del Código de Comercio.

En el siguiente cuadro señalo las mujeres cabeza de familia o mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

Identificación de las mujeres cabeza de familia o mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que participan en la persona jurídica (Incluir nombre y documento de identidad)	Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__

_____

[Nombre y firma de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda

FORMATO 18B – VINCULACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y NO BENEFICIARIAS DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA
(EMPLEADOR – PROPONENTE)

[Este formato lo diligencia la persona natural, el representante legal o revisor fiscal de la persona jurídica que tiene vinculado en su personal trabajadores de personas mayores de edad vinculados en la planta del personal que no sean beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido la edad de pensión. En el caso de los proponentes plurales, este formato lo diligenciará el representante del proponente plural en el cual certifica los trabajadores vinculados en la planta de personal y la totalidad de personas mayores de edad vinculados de cada uno de sus integrantes]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del proceso de contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el proceso sea estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del proponente plural] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal o representante del proponente plural] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] [identificada con NIT _____], certifico que el número total de trabajadores personas mayores de edad vinculados en la planta del personal que no son beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de edad de pensión establecido en la Ley es el que se relaciona a continuación:

Número total de trabajadores vinculados a la planta de personal	Número de personas mayores, no beneficiarias a la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de pensión

[Incluir el siguiente cuadro para los proponentes plurales]

Número total de trabajadores vinculados a la planta de personal de los integrantes del proponente plural	Número de personas mayores, no beneficiarias a la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de pensión de los integrantes del proponente plural

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__.

_____

[Nombre y firma de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del proponente plural]

FORMATO 18C – VINCULACIÓN DE POBLACIÓN INDIGENA, NEGRA, AFROCOLOMBIANA, RAIZAL, PALENQUERA, RROM O GITANAS

[La información contenida en este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y, por tanto, no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del proceso de contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el proceso sea estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre del proponente persona natural o del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del proponente plural] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con NIT _____], certifico bajo la gravedad de juramento que:

i) El número total de trabajadores vinculados a la nómina corresponden a [Diligenciar con el número de trabajadores vinculados a la nómina]

ii) En la nómina están vinculadas las siguientes personas: [Indicar a continuación el nombre y número de cédula de las personas que se encuentran vinculadas al proponente o integrante de la estructura plural según corresponda y respecto de las cuales se aportan las pruebas correspondientes, para acreditar la pertenencia a población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palanquera, Rrom o gitanas]

Nombre completo	Número de identificación

iii) Así mismo declaramos, que las personas señaladas anteriormente se encuentran vinculadas con una antigüedad igual o mayor a un año. [Para los casos de constitución inferior a un año se tendrá que indicar que las personas señaladas, se encuentran vinculadas desde el momento de constitución de la misma].

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__

_____
[Nombre y firma de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del proponente plural]

FORMATO 18D – PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/O REINTEGRACIÓN (PERSONAS JURÍDICAS)

[Este formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, según corresponda, de la persona jurídica en el que mayoritariamente participan personas en proceso de reintegración o reincorporación de la persona jurídica. En el evento que la oferta la presente una entidad privada sin ánimo de lucro, ya sea, fundación, corporación o asociación se ajustará el formato en lo pertinente. La información contenida en este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y, por tanto, no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del proceso de contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el proceso sea estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con NIT _____], certifico que más del 50% de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica está constituida por personas en proceso reincorporación y/o reintegración. Esta información está soportada de acuerdo con los respectivos certificados de la Oficina del Alto Comisionado para la Paz, Programa de Atención Humanitaria al Desmovilizado del Ministerio de Defensa o el Comité Operativo para la Dejación de Armas y el documento de identificación de cada una de dichas personas.
En el siguiente cuadro señalo las personas en proceso de reincorporación o reintegración que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

Identificación de las personas en proceso de reincorporación o reintegración (Incluir nombre y documento de identidad)	Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__.

_____
[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica o revisor fiscal]

FORMATO 18E – PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN O REINTEGRACIÓN (PERSONAS JURÍDICAS)

[Este formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, según corresponda, del integrante del proponente plural (persona jurídica) en el que mayoritariamente participen madres cabeza de familia y/o personas en proceso de reintegración o reincorporación. Este formato lo podrá presentar el integrante o los integrantes que, cumpliendo la condición anterior, tengan una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%) en el consorcio o unión temporal y aporten mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta.

En el evento que la oferta la presente una entidad privada sin ánimo de lucro, ya sea, fundación, corporación o asociación se ajustará el formato en lo pertinente. La información contenida en este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y, por tanto, no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del proceso de contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el proceso sea estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con NIT _____], certifico que más del 50% de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica del proponente plural está constituida por madres cabeza de familia y/o personas en proceso de reintegración o reincorporación.
En el siguiente cuadro señalo las madres cabeza de familia y/o personas en proceso de reincorporación o reintegración que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

Identificación de las madres cabeza de familia o personas en proceso de reincorporación o reintegración (Incluir nombre y documento de identidad)	Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__.

_____
[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica o revisor fiscal]

FORMATO 18F – ACREDITACIÓN MIPYME

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del proceso de contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el proceso sea estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre o integrante persona natural y contador público o del representante legal de la persona jurídica y el revisor fiscal para las personas obligadas por ley o del representante legal y contador público, según corresponda,] identificado con [Incluir el número de identificación], actuando en representación de [Indicar nombre del proponente, o integrante de proponente plural] declaramos bajo la gravedad de juramento, que la sociedad se encuentra clasificada como: [Indicar si es micro, pequeña y mediana empresa] de acuerdo con los criterios definidos por las normas legales vigentes.

Adicionalmente, los abajo firmantes, certificamos que ni la MIPYME, cooperativa o asociación mutual ni sus accionistas, socios o representantes legales son empleados, socios o accionistas de los miembros del proponente plural.

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__.

_____
[Nombre y firma del proponente o integrante persona natural y contador público o del representante legal y revisor fiscal para las empresas obligadas por ley o del representante legal y contador público, según corresponda]

FORMATO 18G – PAGOS REALIZADOS A MIPYMES, COOPERATIVAS O ASOCIACIONES MUTUALES

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del proceso de contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el proceso sea estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre del proponente persona natural y contador público, o el representante legal y revisor fiscal para las empresas obligadas por ley, o del representante legal y contador público, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con NIT _____], declaramos bajo la gravedad de juramento, que de acuerdo con nuestros estados financieros o información contable con corte a 31 de diciembre del año anterior, por lo menos el veinticinco por ciento (25%) del total de pagos fueron realizados a Mipymes, cooperativas o asociaciones mutuales por concepto de proveeduría del oferente, realizados durante el año anterior.

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__.

_____

[Nombre y firma del proponente o integrante persona natural y contador público o del representante legal y revisor fiscal para las empresas obligadas por ley o del representante legal y contador público, según corresponda]

FORMATO 19 — AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

[El presente modelo de autorización contiene la información que debe suministrarse al titular al momento de solicitar su autorización]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la Entidad]
[Ciudad]

Cumpliendo lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por [Incluir el nombre de la entidad] de lo siguiente:

1) La [Incluir el nombre de la entidad estatal] actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, almacenar y usar mis datos personales para hacer efectivo el factor de desempate previsto en el numeral 4.6, literales 2, 5 y 6 del pliego de condiciones, relacionados con la acreditación de ser víctima de violencia intrafamiliar, persona en proceso de reintegración o reincorporación, o personas que pertenecen a la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rrom, o gitanas.

Finalidad	Autoriza	
	SI	**NO**
Hacer efectivo el factor de desempate para la acreditación de una mujer víctima de violencia intrafamiliar, personas que pertenecen a la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rrom, o gitanas, o persona en proceso de reintegración o reincorporación.		

2) Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

3) Manifiesto que me informaron que los datos sensibles que se recolectarán serán utilizados para hacer efectivo el criterio de desempate previsto en el numeral 4.6, numerales 2, 5, 6 y 7 del pliego de condiciones, relacionados con la acreditación de ser víctima de violencia intrafamiliar, integrante de la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rrom, o gitanas, o persona en proceso de reintegración o reincorporación.

Derechos del titular

Sus derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y en la Ley 1581 de 2012, especialmente los siguientes:

a) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento.

b) Solicitar la actualización y rectificación de su información frente a los datos parciales, inexactos, incompletos.

c) Solicitar prueba de la autorización otorgada.

d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente.

e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, a menos que exista un deber legal o contractual que haga imperativo conservar la información.

f) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles o sobre datos de las niñas y niños y adolescentes.

Estos derechos los podré ejercer mediante los canales o medios dispuestos por [Incluir nombre de la entidad] para la atención al público, la línea de atención nacional [incluir número de atención de la entidad], el correo electrónico [incluir el correo electrónico] y las oficinas de atención al cliente a nivel nacional, cuya información puedo consultar en [incluir página web de la entidad], disponibles de [lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 p.m].
Por todo lo anterior, he otorgado mi consentimiento a [Incluir nombre de la entidad] para que trate mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales dispuesta en [Incluir el link en donde se encuentra la Política de Tratamiento de Datos Personales] y que me dio a conocer antes de recolectar mis datos personales.
Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Nombre: [Incluir nombre del titular de la autorización datos sensibles para la autorización de datos]
Firma: [Incluir firma del titular]
Identificación: [Incluir número de identificación del titular de datos sensibles]
Fecha: [Fecha en que se puso de presente la autorización y entregó sus datos]