ESE HOSPITAL ORITO
NIT: 46000474-7
"ACCIÓN POR LA SALUD DE TODOS"

FORMATO No. 5

CERTIFICACIÓN SOBRE CONTRATOS DE OBRA EN EJECUCIÓN

PROPONENTE _____

NOMBRE DEL INTEGRANTE DEL PROPONENTE PLURAL _____

ENTIDAD CONTRATANTE (RAZÓN SOCIAL)	CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO (INCLUYE ADICIONES)	SI EL CONTRATO ESTA SUSPENDIDO COLOCAR SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR	PLAZO TOTAL DEL CONTRATO (en meses)	FECHA INICIACIÓN DEL CONTRATO			FECHA SUSPENSION DEL CONTRATO			FORMA DE EJECUCIÓN (I) / (C) / (UT)	PORCENTAJE DE PARTICIPACION EN CONSORCIO O UNION TEMPORAL
	NÚMERO	OBJETO				DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO		
	TOTAL		0	0									

NOTA 1 = LA INFORMACIÓN AQUÍ PRESENTADA, ES VERAZ Y SE PRESENTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, QUE SE ENTIENDE PRESTADA CON LA SUSCRIPCIÓN DEL MISMO.

NOTA 2 = PARA CADA CONTRATO SE DEBE INDICAR SI SE HA EJECUTADO EN FORMA INDIVIDUAL (I) O EN CONSORCIO (C) Y/O UNIONES TEMPORALES (UT).

NOTA 3= PARA EL PLAZO TOTAL Y PLAZO FALTANTE SE DEBEN TENER EN CUENTA SUSPENSIONES Y PRORROGAS.

NOTA 4= SI EL PROPONENTE NO TIENE CONTRATOS EN EJECUCIÓN, ESTE CERTIFICADO DEBE HACER CONSTAR EXPRESAMENTE ESTA CIRCUNSTANCIA.

NOTA 5= EN CASO DE QUE ESTE CUADRO NO SEA SUFICIENTE PARA LA CONSIGNACIÓN DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA PODRÁ REPRODUCIRSE.

NOTA 6 = ESTE FORMULARIO DEBERÁ DILIGENCIARSE EN TODAS SUS COLUMNAS. LA INFORMACIÓN INCLUIDA EN ÉL, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL PROPONENTE

NOTA 7 = TENGA EN CUENTA QUE DEBE INCLUIR AQUELLOS CONTRATOS SUSPENDIDOS Y AQUELLOS QUE NO TENGAN ACTA DE INICIO

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPONENTE INDIVIDUAL O INTEGRANTE DE ESTRUCTURA PLURAL

NOMBRE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

FIRMA DEL REVISOR FISCAL O CONTADOR PÚBLICO O AUDITOR INDEPENDIENTE

NOMBRE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

ESE HOSPITAL ORITO
NIT: 46000474-7
"ACCIÓN POR LA SALUD DE TODOS"

FORMATO No. 5.1

CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS PARA LA ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIA PARA LA CAPACIDAD RESIDUAL DE CONTRATACIÓN

(EN PESOS COLOMBIANOS)

RAZON SOCIAL: _____

NIT O C.C: _____

Valor contratos relacionados con la actividad de la construcción - segmento 72 Clasificador UNSPSC	Participación del proponente en el contratista plural	Valor total de los contratos ejecutados (Valor del contrato ponderado por la participación)
		-
		-
		-
		-
		-
		-
		-
		-
		-
		-
		-
		-
	TOTAL	**0,00**

En constancia de lo anterior firmo este documento a los _____ dias del mes _____ de 2022.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPONENTE

NOMBRE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

FIRMA REVISOR FISCAL O CONTADOR PÚBLICO O AUDITOR INDEPENDIENTE

NOMBRE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

Los representantes de los integrantes del Proponente Plural deben suscribir cada uno el presente documento.

ESE HOSPITAL ORITO

NIT: 46000474-7

"ACCIÓN POR LA SALUD DE TODOS"

FORMATO No. 5.2

CERTIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA

RAZON SOCIAL: _____

NIT O C.C: _____

Nombre del socio y/o profesional de la arquitectutra, ingeniería o geología	Profesion	No. De matricula profesional	No. y año del contrato laboral o de prestación de servicios de servicios profesionales	Vigencia del contrato

En constancia de lo anterior firmo este documento a los _____ dias del mes _____ de 2022.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPONENTE

NOMBRE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

FIRMA REVISOR FISCAL O CONTADOR PÚBLICO O AUDITOR INDEPENDIENTE

NOMBRE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

Los representantes de los integrantes del Proponente Plural deben suscribir cada uno el presente documento.