FORMATO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Bogotá, D.C, fecha XXXXX

Señores
Secretaría de Salud - Fondo Financiero Distrital de Salud
Subdirección de Contratación
Carrera 32 No. 12-81
Ciudad.

ASUNTO: FFDS-MC-001-2023

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 FFDS-MC-xxx-2023, ofrezco, mediante la suscripción de un contrato, para: "xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx". Bajo la gravedad del juramento y de acuerdo con lo exigido en la Invitación Pública del proceso de selección de la referencia, me permito manifestar que:

1. Que esta oferta y el contrato que llegaré a celebrarse solo 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 la invitación pública y 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, los bienes y/o servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados en el Proceso de Selección, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en la presente Invitación Pública.
7. Que la propuesta cumple con todos y cada uno de los requerimientos establecidos en los estudios previos, la invitación pública, anexo técnico y en la ley, 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 la oferta económica adjunta fue elaborada teniendo en cuenta todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones que se causen con ocasión de la presentación de la Oferta, suscripción y ejecución del contrato y que en consecuencia, de resultar adjudicatario no presentaré reclamación, con ocasión del pago de tales gastos.
11. Que de resultar adjudicatarios, nos comprometemos a suscribir el contrato en la fecha prevista para el efecto en el cronograma contenido en la Invitación Pública y a realizar todos los trámites necesarios para su perfeccionamiento y legalización en los plazos señalados en el mismo.

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 conozco, acepto y cumpliré todos los pactos de probidad, anticolusión y anticorrupción e ideario ético del Distrito Capital y de la Secretaría Distrital de Salud.
15. Que me comprometo a no contratar a menores de edad, en cumplimiento a la resolución No.1796 de 2018, emitida por el Ministerio de la Protección Social, los convenios internacionales en materia de políticas de prevención y erradicación del trabajo infantil ratificados por Colombia y demás normas que consagran los derechos de los niños.
16. Que declaro que no me encuentro inscrito en el Registro de Deudores Morosos de Alimentos conforme a lo establecido en la Ley 2097 de 2021, y en todo caso autorizo a la Entidad para que haga la consulta correspondiente para dicha verificación.
17. Que los siguientes documentos de nuestra propuesta cuentan con reserva legal: _____, según las siguientes normas: _____.
18. 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_____
C.C. No. _____
NOMBRE DEL PROPONENTE_____
TELÉFONO(S
FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROPONENTE:
NIT:
TELÉFONO(S):
DIRECCIÓN:
CIUDAD:
CORREO ELECTRÓNICO:

FORMATO No. 2
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Bogotá, D.C, fecha XXXXX

Señores
Secretaría de Salud - Fondo Financiero Distrital de Salud
Subdirección de Contratación
Carrera 32 No. 12-81
Ciudad.

ASUNTO: FFDS-MC-xxx-2023

El (los) suscrito (s) a saber: XXXXXX, identificado con XXXXX**,** quien obra en calidad de XXXXX**,** actuando en (nombre propio / nombre de (razón social) que en adelante se denominará **EL PROPONENTE,** manifiesta (n) 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-MC-xxx-2023, para la celebración de un contrato estatal cuyo objeto es xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

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.

EL PROPONENTE 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, y les impondrá las obligaciones de:

No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de la SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la adjudicación de la propuesta.

No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios del FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser elegida su propuesta.

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 2022.

FIRMA_____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL_____
C.C. No. _____
NOMBRE DEL PROPONENTE_____

En el caso de Estructura Plural, debe incluirse el nombre de la Estructura Plural, así como el nombre de cada uno de sus miembros

FORMATO No.3
DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PERSONA JURIDICA Y/O NATURAL.

Bogotá, D.C, fecha XXXXX

Señores
Secretaría de Salud - Fondo Financiero Distrital de Salud
Subdirección de Contratación
Carrera 32 No. 12-81
Ciudad.
ASUNTO: FFDS-MC-xxx-2023

(Artículos 8º Ley 80 de 1993 y 18 Ley 1150 de 2007)

Yo _____, identificado con Cédula de ciudadanía No _____Representante Legal de _____ (o actuando en nombre propio) 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.

Así mismo en cumplimiento de lo definido en el Artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, certifico que ni los socios ni la sociedad que represento se encuentran inhabilitados como consecuencia de lo establecido en dicha norma.

DECLARACIÓN DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN CONFLICTO DE INTERÉS

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

En calidad de representante legal de _____, certifico que ni yo _____, ni los directivos de la _____ (entidad, empresa, corporación, etc.), ni el equipo de trabajo con que se ejecutarán los servicios Contratados, no se encuentran incursos en conflicto de interés.
La anterior certificación se expide conforme a lo establecido en el Decreto 1082 de 2015.
Prevalencia de los intereses de la entidad contratante.

Expedida a los _____días del mes de _____de_____

FIRMA_____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL_____
C.C. No. _____
NOMBRE DEL PROPONENTE_____
(Firma de la persona natural, del Representante Legal de la Persona Jurídica o del proponente plural)

FORMATO No. 4

CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES – PERSONA JURIDICA

Ciudad y Fecha _____

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

(Use la opción que corresponda, según certifique el Proponente como persona natural, el 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.
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

Yo, _____, identificado con _____, en mi condición de **Representante Legal** de _____identificada con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el 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

Yo, _____, 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 presentación de la propuesta para el 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 _____

FIRMA
NOMBRE REVISOR FISCAL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
TP.

FIRMA
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
NOTA: Si el documento es suscrito por Revisor Fiscal, deberá aportarse copia de la tarjeta profesional y certificado de vigencia de la tarjeta profesional.

FORMATO No. 5

ACEPTACION ESPECIFICACIONES Y REQUISITOS TECNICOS MINIMOS

Ciudad y Fecha _____

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

Referencia: Proceso de selección FFDS-MC-xxx-2023

En mi calidad de representante legal del proponente, bajo la gravedad del juramento y conforme las obligaciones generales y específicas contenidas en la presente Invitación Pública, certifico:

a) Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de las CONDICIONES TECNICAS EXIGIDAS O ANEXO TECNICO establecido en la Invitación Pública y en el numeral 14 de los estudios previos, 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 la presente Invitación Pública y en el numeral 14 de los estudios previos, el cual es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

c) Que el proponente que represento, se compromete a cumplir con las especificaciones y condiciones técnicas contenidas en el anexo técnico.

Atentamente,

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

FORMATO No. 6

EXPERIENCIA ESPECÍFICA HABILITANTE DEL PROPONENTE

PROPONENTE:	

No. Cert	ENTIDAD CONTRATANTE	DIRECCIÓN Y TELÉFONO DEL CONTRATANTE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	OBJETO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	% PARTICIPACIÓN	VALOR EJECUTADO
1								
2								
3								

Nombre y Firma del Representante Legal:

FORMATO No. 7
FORMATO DE INFORMACIÓN A TERCEROS
PERSONA NATURAL o 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	Baboró: 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							

	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 Solano Revisado por: Félix Gonzalo Diaz Aprobado por: Magda Mercedes Arevalo Rojas	

INFORMACIÓN PERSONAL

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

NIT:		Digito 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° _____

DISCRIMININACIÓN OFERTA ECONÓMICA –FORMATO No. 8

LA OFERTA ECONÓMICA DEBERÁ SER CONSIGNADA POR EL PROPONENTE A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA SECOP II Y ADJUNTAR EL ANEXO No. 4 DEBIDAMENTE DILIGENCIADO TENIENDO EN CUENTA LAS NOTAS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DE LA OFERTA.

OFERTA ECONÓMICA

Ver ANEXO 4 Publicado en la PLATAFORMA SECOP II

FORMATO No. 9

CARTA DE COMPROMISO-EQUIPO MÍNIMO DE TRABAJO

Ciudad y Fecha _____

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

Referencia: Proceso de selección FFDS-MC-XXX-2023

En mi calidad de representante legal del proponente, bajo la gravedad del juramento, conforme a las condiciones generales y específicas contenidas en la presente Invitación Pública, certifico:

En caso de ser adjudicatario, me comprometo a cumplir con el equipo mínimo de trabajo exigido y establecido en el literal C numeral 16 del Estudio Previo del presente proceso de selección, así como en el numeral 2.5.3 del documento de Invitación Pública.

Atentamente,

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

FORMATO No. 9A
ACREDITACIÓN CALIDADES INTEGRANTES EQUIPO DE TRABAJO

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

Referencia: FFDS-MC-xxx-2023

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	

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.

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
PROPONENTE:

FORMATO No. 9B
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 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
Nombre
Documento de identidad
Teléfono

FORMATO N° 10

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 **No. FFDS-MC-001-2023** para ***XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX***, 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-MC-001-2023** del FONDO cuyo objeto corresponde a ***XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX*** 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 **FFDS- MC–001-2023** 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 2022.

POR	POR
XX	YY_____
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 10A 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
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 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-MC-001-2023** para: *XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX*

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 la ***XXXXXXXXXXXXXXXXX*** 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-MC-001-2023**.

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 2022.

POR	POR
XX	YY_____
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 11
AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

[El presente Formato lo diligenciará toda persona (proponente, socia o trabajador) que al momento de presentar su oferta contenga datos sensibles, para que la Entidad contratante garantice el tratamiento adecuado a estos datos]

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

Cumpliendo la Ley 1581 de 2012 "Por el cual se dictan disposiciones para la protección de datos personales" y conforme al Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la SECRETARÍA DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD de lo siguiente:

1) La SECRETARÍA DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD 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 del pliego de condiciones, relacionados con la acreditación de ser víctima de violencia intrafamiliar, persona en proceso de reintegración o reincorporación, o persona perteneciente a la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rom, o gitanas.

Finalidad	**Autoriza**	
	SÍ	**NO**
Hacer efectivo el factor de desempate para la acreditación de una mujer víctima de violencia intrafamiliar, persona perteneciente a la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rom, 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 con la salud, 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 pliego de condiciones, relacionados con la acreditación de ser víctima de violencia intrafamiliar, integrante de la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rom, 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 la SECRETARÍA DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD para la atención al público, la línea de atención nacional 3649090, el correo electrónico contratación@saludcapital.gov.co y la oficina de atención al cliente en la Carrera 32 No. 12 – 81 de lunes a viernes de 7:00 am a 4:00 p.m.
Por todo lo anterior, he otorgado mi consentimiento a la SECRETARÍA DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD para que trate mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de 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]

FORMATO 11A

PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O MUJERES VÍCTIMA 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 víctima 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 vertida 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
SECRETARÍA DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
Carrera 32 No. 12 – 81

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el Proceso de Contratación 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 del 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 el NIT [Incluir el NIT], certifico bajo la gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica está constituida por mujeres cabeza de familia y/o mujeres víctima 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 víctima 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 víctima 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 del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda

FORMATO 11B
VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

[Tratándose de proponentes plurales, este formato lo presentará el integrante o los integrantes que tengan una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25 %) en el consorcio o en la unión temporal y aporten mínimo el veinticinco por ciento (25 %) de la experiencia general habilitante]

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

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el Proceso de Contratación 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] 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 el NIT _____], certifico que tengo vinculado en la planta de personal un mínimo del diez por ciento (10 %) de empleados en las condiciones de discapacidad enunciadas en la Ley 361 de 1997, contratados [con una anterioridad no inferior a un año o desde la constitución de la sociedad (para sociedades con menos de un año de constitución)], para lo cual adjunto el certificado expedido por el Ministerio del Trabajo.

De igual manera me comprometo en caso de resultar adjudicatario del presente proceso de contratación, a mantener vinculados a los empleados en condiciones de discapacidad por un lapso igual al del plazo de ejecución del contrato.

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 11C
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 el revisor fiscal de la persona jurídica que tiene en su personal trabajadores 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 la totalidad de los trabajadores vinculados en la planta de personal de cada uno de los integrantes y la totalidad de personas mayores de edad vinculados de cada uno de sus integrantes]

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

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el Proceso de Contratación 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 el 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 11D
VINCULACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y NO BENEFICIARIAS DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA
(TRABAJADOR)

[Este formato lo diligencia el trabajador vinculado en la planta de personal del proponente que presenta la oferta, que no es beneficiario de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que haya cumplido la edad de pensión]

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

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

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

Estimados señores:

[Incluir el nombre del trabajador vinculado en la planta de personal la persona natural o de la persona jurídica] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de trabajador vinculado a [Indicar el nombre de la persona jurídica o persona natural], [identificada con NIT _____], certifico bajo la gravedad de juramento que no soy beneficiario de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y ya cumplí la edad de pensión.

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

_____
[Nombre y firma del trabajador vinculado a la persona natural o jurídica]

FORMATO 11E
VINCULACIÓN DE POBLACIÓN INDÍGENA, NEGRA, AFROCOLOMBIANA, RAIZAL, PALENQUERA, ROM O GITANA

[La información de 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
SECRETARÍA DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
Carrera 32 No. 12 – 81

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el Proceso de Contratación 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 el NIT _____], certifico bajo la gravedad de juramento que:

i) El número total de trabajadores vinculados a la nómina corresponden a [Diligenciar 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, Rom 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 contado a partir de la fecha del cierre del presente proceso de selección. [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 11F
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, si están obligados a tenerlo, 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 de 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
SECRETARÍA DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
Carrera 32 No. 12 – 81

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el Proceso de Contratación 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 y el revisor fiscal, si están obligados a tenerlo] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal o ambos] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con el NIT _____], certifico bajo gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (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, o del 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 11G
PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN (PERSONA JURÍDICA INTEGRANTE DEL PROPONENTE PLURAL)

[Este formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, si están obligados a tenerlo, de la persona jurídica del proponente plural en el que mayoritariamente participan personas en proceso de 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 de 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
SECRETARÍA DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
Carrera 32 No. 12 – 81

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el Proceso de Contratación 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, si están obligados a tenerlo] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal o ambos] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con el NIT _____], certifico bajo gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica está constituida por personas en proceso de reincorporación. Esta información está soportada de acuerdo con los respectivos certificados de la Oficina del Alto Comisionado para la Paz, o del 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 que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

Identificación de las personas en proceso de reincorporación (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 11H

PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/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 en la unión temporal y aporten mínimo el veinticinco por ciento (25 %) de la experiencia general 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 de 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
SECRETARÍA DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
Carrera 32 No. 12 – 81

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el Proceso de Contratación 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 del 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 el NIT _____], certifico bajo la gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (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

[Para la acreditación de desempate establecida en el literal (c), numeral 7, del numeral 4.6 del documento tipo incluir la siguiente redacción:]

Adicionalmente, los abajo firmantes, certificamos que ni la madre cabeza de familia o la persona en proceso de reincorporación o reintegración, ni la persona jurídica, 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 representante legal de la persona jurídica o revisor fiscal]

FORMATO 11I

ACREDITACIÓN MIPYME

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

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el Proceso de Contratación 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,] identificados 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__.

[En el evento que sea un proponente persona natural quien presente la oferta, incluir las firmas de la siguiente manera:]

_____

[Nombre y firma del proponente o integrante persona natural y contador público]

[En el evento que sea un proponente persona jurídica quien presente la oferta, incluir las firmas de la siguiente manera:]

_____

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

FORMATO 11J
PAGOS REALIZADOS A MIPYMES, COOPERATIVAS O ASOCIACIONES MUTUALES

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

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el Proceso de Contratación 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] identificados con [Incluir el número de identificación], en nuestra condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con el NIT _____], declaramos bajo la gravedad de juramento, que de acuerdo con nuestros estados financieros o información contable con corte al 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__.

[En el evento que sea un proponente persona natural quien presente la oferta, incluir las firmas de la siguiente manera:]

_____
[Nombre y firma del proponente o integrante persona natural y contador público]

[En el evento que sea un proponente persona jurídica quien presente la oferta, incluir las firmas de la siguiente manera:]

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