Yopal, 23 de mayo de 2023

Señores
COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE LOS LLANOS ORIENTALES LTDA.
COOTRALLANERO LTDA.
NIT 800073264-2
Correo: gerenciacootrallanero@gmail.com
Tel: 3118126644 6348618
Dirección. Calle 24 No. 17ª – 15 2 PISO - Provivienda
Yopal, Casanare

REF. SOLICITUD DE PROPUESTA

RED SALUD CASANARE E.S.E., atendiendo la modalidad de contratación directa, se permite realizar solicitud de oferta relacionado con el siguiente objeto "PRESTAR EL SERVICIO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD PRESENTES EN LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS (MANI, OROCUE, PAZ DE ARIPORO Y MONTERREY) EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD–APS, EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE Y ADSCRITOS A RED SALUD CASANARE E.S.E" bajo las siguientes condiciones:

1. CONDICIONES GENERALES

El Proponente deberá elaborar la Propuesta conforme. a los términos de la presente solicitud, con el objeto de obtener claridad frente a los ofrecimientos que efectué, los cuales, deben ser acordes a la necesidad de RED SALUD CASANARE E.S.E., y condiciones de la presente solicitud.

Es importante señalar que, para efectos de la responsabilidad penal, los contratistas se consideran particulares que cumplen funciones públicas en todo lo concerniente a la celebración, ejecución y liquidación del contrato, por lo tanto, están sujetos a la responsabilidad que en esta materia señala la ley para los servidores públicos

1. MODALIDAD DE SELECCIÓN:

En relación al Acuerdo Nº 007 del veinticinco (25) de mayo de 2021, *"Por el cual se adopta el nuevo Estatuto de Contratación de Red Salud Casanare E.S.E."*, una vez verificadas las causales que dan lugar a la aplicación de las modalidades de contratación, conforme con el Artículo 23 y ss., en razón a la cuantía y/o naturaleza estimada, se concluye que hay lugar a la aplicación de la modalidad de selección de **CONTRATACIÓN DIRECTA**. Así mismo establece en su artículo 23 "*Cuando se trate de contratos cuyo valor sea igual o inferior a doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales vigentes, cualquiera que sea su naturaleza*".

2. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Para el cumplimiento de sus actividades a desarrollar por parte del futuro contratista, se deberá realizar con plena autonomía, sin ningún tipo de subordinación y que por tal razón, los contratistas, deberán establecer, en razón a la independencia de que gozan, la metodología, disposición y demás circunstancias, a fin de cumplir con el objeto del contrato sin causar traumatismo a la empresa en el desarrollo normal de sus funciones y cumplimiento del objeto misional, pero observando en su ejecución, las políticas institucionales, esto con la claridad que por la naturaleza del contrato de prestación de servicios, no existe relación laboral y por lo tanto no genera pago de dineros o indemnizaciones por concepto de prestaciones sociales u otro diferentes a los honorarios pactados

ITEM	DESCRIPCIÓN	TIPO VEHÌCULO	TIEMPO
1	"Servicio de transporte **a todo costo**, de diez (10) vehículos tipo camioneta 4x4 doble cabina, con conductor y disponibilidad permanente para el traslado y movilización de los Equipos Básicos de Salud – Equipos de Salud Territorial y de apoyo administrativo, elementos e insumos requeridos en el desarrollo de la Estrategia Atención Primaria en Salud - APS de Red Salud Casanare E.S.E. dentro de los territorios (Orocue, Mani, Monterrey y Paz de Ariporo) y microterritorios del área rural del departamento de Casanare"	Camioneta doble cabina 4x4	DOS (02) MESES

Especificaciones Técnicas mínimas del vehículo

ITEM	CARACTERISTICAS
Tipo de vehículo	Camioneta doble cabina cuatro puertas
Cilindraje	desde 2000 CC en adelante
Tracción	4x4
Modelo	Igual o superior a 2018
Capacidad	Mínima para 5 pasajeros
Transmisión	Mecánica o automática
Puertas	Cuatro puertas o mas
Llantas	En excelente condiciones, incluida la de repuesto
Tenico mecanica	Vigente (en perfectas condiciones técnicas, mecánicas, de latonería y pintura.
Pólizas	Póliza de daño material todo riego y cobertura de responsabilidad civil extracontractual
Kit de carreteras	Equipo de carretera reglamentario (Un gato con capacidad para elevar el vehículo, una cruceta, dos señales de carretera en forma de triángulo en material reflectivo y provistas de soportes para ser colocadas en forma vertical o lámparas de señal de luz amarilla intermitentes o de destello, un botiquín de primeros auxilios, un extintor (no se especifica el tamaño del mismo), dos tacos para bloquear el vehículo, caja de herramientas básica que como mínimo deberá contener: alicate, destornilladores, llave de expansión y llaves fijas, llanta de repuesto y Linterna).

Especificaciones Técnicas mínimas del Servicio

ITEM	CARACTERISTICAS
Conductor	El vehículo debe incluir el servicio de conductor con licencia de conducción vigente, al día con multas o sanciones y estar disponible en el horario indicado por la entidad. El pago de la seguridad social del conductor será asumido por el contratista, y se debe acreditar su afiliación al sistema de seguridad social integral de conformidad con la normatividad vigente. Los costos operacionales deben ser asumidos por el contratista, quien al final de la ejecución del contratista debe allegar copia del paz y salvo por todo concepto del conductor designado.
Combustible	El contratista debe asumir a todo costo el suministro del combustible necesario para el buen funcionamiento del vehículo
Documentos	Para la ejecución del servicio, el contratista debe contar de manera obligatoria con los siguientes documentos: *Revisión técnico mecanica vigente y realizada en un establecimiento certificado por el Ministerio de transporte. *Póliza de daño material todo riesgo que cuenta con la cobertura de responsabilidad civil extracontractual. *Documento vigente SOAT *Tarjeta de propiedad y operación *Licencia de conducción y cedula de ciudadanía del conductor *Certificado de paz y salvo por multas y sanciones por infracciones de tránsito *Resolución vigente expedida por el Ministerio de Transporte por medio del cual se habilita a la empresa de transporte a prestar el servicio público de transporte terrestre automotor especial.
Mantenimiento	El mantenimiento preventivo y correctivo y lavado general durante la vigencia del contrato estará a cargo del contratista. En los casos en que su realización implique la ausencia del vehículo en el horario contratado, este debe ser reemplazado por uno de similares características
Lugar de ejecución	El vehículo se trasladara dentro de los Municipios del Departamento de Casanare

Para el cumplimiento de sus actividades a desarrollar por parte del futuro contratista, se deberá realizar con plena autonomía, sin ningún tipo de subordinación y que por tal razón, los contratistas, deberán establecer, en razón a la independencia de que gozan, la metodología, disposición y demás circunstancias, a fin de cumplir con el objeto del contrato sin causar traumatismo a la empresa en el desarrollo normal de sus funciones y cumplimiento del objeto misional, pero observando en su ejecución, las políticas institucionales, esto con la claridad que por la naturaleza del contrato de prestación de servicios, no existe relación laboral y por lo tanto no genera pago de dineros o indemnizaciones por concepto de prestaciones sociales u otro diferentes a los honorarios pactado.

3. OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA

Para el cumplimiento del objeto del contrato el contratista deberá cumplir con las siguientes actividades: **1.** Mantener disponible los vehículos contratados en los territorios de Orocue, Maní, Monterrey y Paz de Ariporo de acuerdo a la necesidad que realice el contratista o sus delegados. **2.** Trasladar los Equipos Básicos de Salud – Equipos de Salud Territorial, y personal de apoyo que participe en la ejecución de las actividades en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud – APS, entre los municipios del departamento del Casanare. **3.** Trasladar los Equipos Básicos de Salud – Equipos de Salud Territorial,

y personal de apoyo que participe en la ejecución de las actividades en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud – APS, entre los territorios y microterritorios del departamento del Casanare. **4.** Ttransportar entre los municipios, territorios y microterritorios elementos, equipos para organización de logística, equipamiento, insumos para jornadas de salud y demás requeridas en el marco de la operación de las actividades de la Estrategia de Atención Primaria en Salud – APS. **5.** Apoyar el traslado de equipamiento, elementos e insumos para la ejecución de actividades en el marco de la atención primeria en salud, garantizando la organización y el cuidado de los mismos. **6.** Cumplir con el cronograma de desplazamiento establecido por el supervisor, coordinador de APS y líder de territorios y microterritorios. **7.** Las demás actividades asignadas por el supervisor, que sean inherentes al objeto contractual.

4. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

El contratista se obliga con la ejecución del contrato a: **1.** Remplazar provisionalmente el vehículo por otro de iguales o superiores características, en caso de fuerza mayor o caso fortuito. **2.** Mantener reserva sobre la información que le sea suministrada y que tenga a disposición para el desarrollo del objeto contractual. **3.** Atender oportunamente las inquietudes específicas sobre el objeto del contrato que soliciten los funcionarios autorizados de Red Salud Casanare o el supervisor del contrato. **4.** Cumplir con cada uno de los deberes que le corresponden. **5.** Estar afiliado al sistema de seguridad en salud, pensiones y ARL y presentar al supervisor con el informe de actividades, registros fotográficos y certificaciones de cumplimiento, fotocopia del formulario o recibo de autoliquidación debidamente pagado correspondiente al mes a cobrar y sobre los porcentajes reglamentados en la Ley. **6.** Conocer y aplicar los requisitos establecidos en los manuales de procesos y procedimientos implementados por la empresa, con el objeto de garantizar la adherencia a los mismos en la ejecución de las diferentes actividades asistenciales que se realizan en las IPS de Red Salud Casanare E.S.E. **7.** Colocar y mantener a disposición de Red Salud Casanare E.S.E un vehículo en buenas condiciones de funcionamiento, aseado, con suficiente combustible, lubricantes, herramienta mínima para mecánica rápida; equipo completo de carreteras de acuerdo al código nacional de tránsito. **8.** Remplazar provisionalmente el vehículo por otro de iguales o superiores características, en caso de fuerza mayor o caso fortuito. **9.** Poner el vehículo en disponibilidad permanente, los treinta (30) días del mes, las veinticuatro (24) horas del día, para ser movilizado sin estar sujeto a horarios o jornadas laborales de ninguna clase, ajustándose a las programaciones establecidas por Red Salud Casanare E.S.E. **10.** Mantener los vehículos en óptimas condiciones mecánicas, documentación vigente, SOAT, revisión técnico-mecánica, resolución de habilitación vigente expedida por el ministerio de transporte para la prestación de servicio público especial de pasajeros dentro y fuera del departamento del Casanare; póliza de responsabilidad civil extracontractual, no tener multas o deber impuestos.**11.** Incluir un conductor con su respectiva licencia de conducción vigente donde acreditará la categoría correspondiente al manejo de dicho vehículo, además deberá demostrar idoneidad y experiencia no inferior a un (1) año. **12.** Costear lo correspondiente al sueldo del conductor, viáticos, combustible, aceites, mantenimiento del vehículo, peajes y todo lo requerido para su normal funcionamiento. **13.** Asumir cualquier riesgo parcial o total que afecte al vehículo en cumplimiento del objeto contratado, así como la responsabilidad total por los daños o perjuicios que con el vehículo se llegaren a causar a la vida o bienes de tercero, o a su conductor, informándole además que no tiene ningún tipo de relación laboral ni contractual con el departamento. **14.** Cumplir con el pago oportuno de los salarios, seguridad social integral y parafiscales del conductor, siendo la paz y salvo por los mencionados conceptos requisito para la liquidación del contrato. **15.** Establecer buenas relaciones interpersonales con el talento humano de la ESE Red Salud Casanare, propiciando un buen ambiente laboral y discrecionalidad en todas y cada una de las tareas que se le encomiende al conductor, al igual que los comentarios que se generen durante el traslado por parte de los profesionales que se transporten. **16.** Las demás inherentes al objeto contractual requeridas por la supervisión

5. PROHIBICIONES:

1. Suspender la ejecución de actividades sin autorización expresa del CONTRATANTE a través de la Supervisión. **2.** Adoptar acciones tendientes a afectar la prestación de los servicios ofrecidos por Red Salud Casanare E.S.E. **3.** Promover al interior de la Entidad la suspensión o afectación de los servicios de salud o la imagen de la entidad. **4.** Recibir dinero en efectivo de pagos por cualquier concepto sobre actividades o trámites que adelante ante RED SALUD CASANARE E.S.E. **5.** Consignar información falsa o errada en los formatos que para efecto de ejecución y seguimiento del objeto contractual diligencie. **6.** Subcontratar parcial o totalmente la ejecución del objeto contractual. **7.** Realizar publicación o divulgación por redes sociales públicas y personales del entorno laboral o contenido institucional que afecten el buen nombre de la entidad, toda vez que las redes sociales e imagen corporativa está bajo lineamiento y coordinación de la oficina asesora de planeación, mercadeo y sistemas a través de la profesional designada del plan de medios de la institución previa aprobación de Gerencia.

6. IDENTIFICACION DEL BIEN O SERVICIO:

Identificar los bienes o servicios a adquirir según el Sistema de codificación de las Naciones Unidas para estandarizar productos y servicios, conocido por las siglas UNSPSC.

No	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	CODIGO PRODUCTO	BIEN O SERVICIO
1	Servicio de transporte, almacenaje y correo	Servicio de transporte	transporte de pasajeros por carretera	78111800	alquiler de vehículos

7. COBERTURA DE RIESGOS

Para garantizar las obligaciones surgidas con ocasión del proceso de selección y del contrato a celebrar los amparos que deben solicitarse al proveedor o contratista, de acuerdo con el objeto del contrato a ejecutar son los siguientes

COBERTURA EXIGIBLE	CUANTÍA	VIGENCIA
CUMPLIMIENTO	10% del valor del contrato.	Plazo de ejecución del contrato y Cuatro (4) meses más.
CALIDAD DEL SERVICIO	15% por ciento del valor del contrato	Plazo de ejecución del contrato y Cuatro (4) meses más.
PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES	10% del valor del contrato	Plazo de ejecución del contrato y Tres (3) años más
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	200 SMMLV	Durante el Plazo de Ejecución del contrato

Las garantías consistirán en pólizas expedidas por compañías de seguros legalmente autorizadas para funcionar en Colombia, en garantías bancarias y en general, en los demás mecanismos de cobertura del riesgo autorizados por la legislación vigente

8. PLAZO DE EJECUCION

DOS (02) meses, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, previo perfeccionamiento y cumplimiento de los requisitos de legal ejecución.

9. PRESUPUESTO OFICIAL

El presupuesto oficial máximo para la ejecución del presente contrato es de **DOSCIENTOS DIEZ MILLONES DE PESOS ($210.000.000)** Moneda Legal Colombiana. IVA INCLUÍDO, Según Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **936 de fecha 25 de abril de 2023.** Este valor será el máximo que por todo concepto pueda reconocer RED SALUD CASANARE E.S.E. con cargo a los rubros 245020902 denominado *Resolución 2788 de 2022 – APS Nación.*

10. FORMA DE PAGO

El valor del contrato será pagado por RED SALUD CASANARE E.S.E. a través de actas parciales mensuales y/o proporcional al número de días/meses ejecutados. cada pago estará precedido de la certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato, factura si por ley está obligado a ello, previa presentación del informe correspondiente de actividades en los formatos de red salud, registros fotográficos detallados (municipio donde realiza el recorrido, registro fotográfico de verificación de desinfección de la camioneta según los protocolos de bioseguridad), planillas firmadas por el personal transportado, registro fotográfico de la camioneta cuando vaya con pedidos, insumos, y demás actividades asignadas por el supervisor, acreditación del pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud – pensión, arl y parafiscales (caja de compensación familiar, icbf y sena). **PARAGRAFO**. para efectos del último pago se deberá suscribir la respectiva acta de liquidación

11. DOCUMENTOS NECESARIOS QUE DEBERÁ PRESENTAR EL CONTRATISTA

11.1. REQUISITOS TÉCNICOS

EXPERIENCIA: Debe Acreditar experiencia específica en contratos cuyo objeto guarde similitud o relación en logística y/o Actividades de Apoyo en mínimo un (01) contrato liquidado cuya sumatoria sea igual o superior a una (01) vez el presupuesto oficial asignado. Para el efecto deberá presentar copia de los contratos suscritos y ejecutados o certificaciones expedidas por el respectivo contratante o actas de liquidación.

De acuerdo a lo anterior deberá adjuntar copia de los contratos y acta de liquidación, o certificación, del o los contratos con los que pretenda acreditar la experiencia especifica. Las Certificaciones serán expedidas por el funcionario o autoridad competente de la respectiva entidad contratante y cumplirán con los siguientes requisitos:

1. Razón social de la empresa o entidad contratante.
2. Dirección y número telefónico del contratante.
3. Nombre o razón social del Contratista.
4. Monto del Contrato claramente relacionado con el objeto exigido para este proceso. Montos relacionados con objetos diferentes al objeto exigido para este proceso no serán tenidos en cuenta.

5. Fecha de suscripción del contrato.
6. Porcentaje de participación en el Consorcio o Unión Temporal, si la certificación se expide para un contrato ejecutado bajo alguna de estas figuras. En el caso de Unión temporal también se podrá anexar el documento de conformación de Unión temporal para establecer el porcentaje de participación si la certificación, contrato o acta de liquidación no lo indican de manera expresa y específica.
7. Valor total ejecutado del contrato, expresado en pesos colombianos.
8. Constancia de recibido a satisfacción por el contratante o que de la certificación se infiera el cumplimiento ejecución del contrato.
9. Fecha, firma y cargo del funcionario o responsable que expide la certificación

De los vehículos:

Especificaciones Técnicas mínimas del vehículo

ITEM	CARACTERISTICAS
Tipo de vehículo	Camioneta doble cabina cuatro puertas
Cilindraje	desde 2000 CC en adelante
Tracción	4x4
Modelo	Igual o superior a 2018
Capacidad	Mínima para 5 pasajeros
Transmisión	Mecánica o automática
Puertas	Cuatro puertas o mas
Tenico mecanica	Vigente (en perfectas condiciones técnicas, mecánicas, de latonería y pintura.
Pólizas	Póliza de daño material todo riego y cobertura de responsabilidad civil extracontractual

- Copia de la tarjeta de propiedad (licencia de tránsito)
- Copia del SOAT
- Copia de la tarjeta de operación
- Copia Certificación revisión técnico mecánica y de gases vigente.
- Copia de póliza responsabilidad civil contractual y extracontractual.
- Certificado de afiliación a la empresa transportadora

Del conductor

- Hoja de vida en formato libre con los respectivos soportes (experiencia minima 06 meses)
- Copia de cedula de ciudadanía
- Copia de la libreta militar (menores de 50 años)
- Copia de la licencia de conducción vigente, tipo C1
- Curso manejo defensivo
- El conductor debe acreditar no estar reportado en el sistema integrado de información de multas y sanciones por infracciones de tránsito – SIMIT – a la fecha de presentación de la propuesta.
- Antecedentes procuraduría vigente
- Antecedentes judiciales vigente
- Antecedentes contraloría vigente
- Antecedentes medidas correctivas
- Consulta de inhabilidades por delitos sexuales
- Declaración bajo gravedad de juramento deudas alimentarias. Formato libre

11.2. PROPUESTA ECONÓMICA

El oferente presentará una propuesta económica, en ningún caso, el valor ofrecido podrá ser superior al establecido por la entidad so pena de rechazar la propuesta.

11.3. CAPACIDAD JURÍDICA

a. Carta de Presentación de la Propuesta
b. Registro Mercantil o certificado de existencia y representación legal expedido por la cámara de comercio con fecha de expedición no mayor a 30 días.
c. Fotocopia del RUT de la persona natural y/o del Representante Legal y persona jurídica.,
d. Fotocopia de la cédula de ciudadanía de la persona natural y/o del Representante Legal.

e. Fotocopia libreta militar del representante legal (menor de 50 años)
f. Antecedentes disciplinarios vigentes de la persona natural y/o del Representante Legal y de la persona jurídica.
g. Antecedentes fiscales vigentes de la persona natural y/o del Representante Legal y de la persona jurídica.
h. Certificado Judicial vigente de la persona natural y/o del Representante Legal
i. Antecedentes delitos sexuales a menor de 18 años.
j. Certificado sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia– actual, en aplicación del artículo 183 de la ley 1801 de 2016, para la persona natural y/o representante legal.
k. Declaración bajo gravedad de juramento deudas alimentarias del representante legal. Formato libre
l. Certificado de inhabilidades e incompatibilidades y prohibiciones para contratar
m. Compromiso Anticorrupción (Ver Anexos)
n. Resolución vigente expedida por el Ministerio de Transporte por medio del cual se habilita a la empresa de transporte a prestar el servicio público de transporte terrestre automotor especial.
o. Documentos que acrediten afiliación y aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión (vigentes) y/o aportes parafiscales y certificación del revisor fiscal o representante legal que acredite encontrarse al día con los respectivos aportes y documentos del profesional que realiza la certificación. (Ver Anexos)

12. CONSULTA Y PUBLICIDAD DE LOS DOCUMENTOS DEL PROCESO:

Red Salud Casanare E.S.E. publicará toda la información relacionada con la presente Selección, en el Portal Único de la Contratación – Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP II), por tal motivo allí aparecerá disponible para consulta los documentos del proceso y demás actuaciones que se generen durante el presente proceso de selección.

NOTA: Los valores cotizados incluirán todos los gastos, costos, impuestos, estampillas, tasas, contribuciones que se causen con ocasión de la presentación de la oferta, suscripción, legalización y ejecución del contrato y demás variables que se requieran en la contratación pública.

Cordialmente,

YULY PATRICIA BALLESTEROS AGUIRRE
Subgerente de Servicios

Elaboró: Camilo Torres Vega
Profesional Contratado OASJ - RSC-CD-04/2023

ANEXO – FORMATO No. 01 - CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Lugar y fecha

Señores
RED SALUD CASANARE E.S.E.
Calle 9 No 24-74
Yopal - Casanare.

REFERENCIA. **PROCESO DE CONTRATACIÓN:** CONTRATACIÓN DIRECTA No. [***Incluir número del proceso de contratación***]
OBJETO: ***[Incluir Objeto del Proceso]***.

[***Nombre del representante legal o de la 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***], presento Oferta para el Proceso de Contratación de la referencia y hago las siguientes manifestaciones:

1. Que conozco y acepto los documentos del Proceso, tuve la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los mismos, y recibí de Red Salud Casanare E.S.E., respuesta oportuna a cada una de las solicitudes.
2. Que estoy autorizado para suscribir y presentar la Oferta en nombre del Proponente y estoy autorizado para suscribir el contrato si el Proponente resulta adjudicatario del Proceso de Contratación de la referencia.
3. Que la Oferta que presento cumple con la totalidad de los requisitos y especificaciones técnicas establecidas en el estudio previo y el Pliego de Condiciones del proceso de selección de referencia.
4. Que la oferta económica y la oferta técnica están adjuntas a la presente comunicación y han sido elaboradas de acuerdo con los Documentos del Proceso y hacen parte integral de la Oferta.
5. Que los documentos que presento con la Oferta son ciertos y han sido expedidos por personas autorizadas para el efecto.
6. 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 reclamos con ocasión del pago de tales gastos.
7. Que, en caso de resultar adjudicatario, suscribiré el contrato en la fecha prevista para el efecto en el Cronograma contenido en los Documentos del Proceso.
8. Que, en caso de resultar adjudicatario, me obligo a presentar la garantía de cumplimiento prevista en los Documentos del Proceso en la fecha prevista para el efecto en el Cronograma allí contenido.
9. Que, en caso de resultar adjudicatario, me comprometo que, a la terminación de la vigencia del Contrato, el servicio cumplirá con la totalidad del alcance y los requerimientos y especificaciones técnicas de que trata el Pliego de Condiciones.
10. Que manifiesto que el Proponente está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral y demás aportes relacionados con las obligaciones laborales.
11. Que no me hallo incurso en causal alguna de inhabilidad o incompatibilidad o conflicto de intereses, establecidos en la Constitución Política, La ley 80 de 1993, la ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2.015, Ley 1474 de 2011, Acuerdo 007 de 2021 - Estatuto de Contratación de Red Salud Casanare E.S.E., Resolución No. 692 de 2021 Manual de Procedimientos de Contratación de Red Salud Casanare E.S.E. y demás disposiciones legales vigentes.
12. Que no he sido sancionado mediante acto administrativo ejecutoriado por ninguna entidad oficial dentro de los últimos dos (2) años anteriores a la fecha de cierre del presente Proceso de Selección.
13. Que he sido sancionados por: _____ (indicar el nombre de las entidades sancionadoras. (DILIGENCIAR SOLO CUANDO EL PROPONENTE HA SIDO SANCIONADO, RELACIONAR EN EL CUADRO LOS INCUMPLIMIENTOS DE LOS CONTRATOS ANTERIORES)
14. Que la propuesta tiene una validez de tres (3) meses contados a partir de la fecha de cierre del proceso de selección.
15. Que no hemos tenido participación, vinculación o relaciones jurídicas ni comerciales, con empresas captadoras ilegales de dinero, con actividades relacionadas con el narcotráfico, guerrilla y paramilitarismo, ni con cualquier otro tipo de actividad ilícita.
16. La oferta está constituida por todos los Formatos, Formularios, Anexos y Matrices requeridos en los Documentos del Proceso aplicables al Proponente y documentos de soporte presentados.
17. La Propuesta 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 y suscripción del contrato, en tanto además conozco el lugar donde se ejecutará el contrato, y en consecuencia, no presentaré reclamos con ocasión de pago de tales gastos.

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 electrónicamente al correo electrónico indicado al final de este documento.
19. 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.
20. Declaro que: [***Marque con una X la característica que aplica al Proponente]***

El Proponente es:	Persona Natural___ Persona Jurídica Nacional___ Persona Jurídica Extranjera sin sucursal en Colombia___ Unión Temporal_____ Consorcio___ Otro___

21. ***[Incluir numeral cuando la oferta contiene información reservada)*** La Oferta contiene información reservada en los siguientes folios **[Incluir los folios o el número de folios donde se encuentra la información reservada de acuerdo con la Ley [Incluir la norma que le otorga el carácter de reservado]**
22. Autorizo que la entidad consulte la información comercial o financiera pertinente para el proceso de contratación, bajo el entendido que la entidad debe guardar confidencialidad sobre la información sujeta a reserva.
23. Recibiré notificaciones del contrato en:

Persona de contacto	***[Nombre[***
Dirección y Ciudad	***(Dirección de la Empresa)***
Teléfono	***Teléfono de la Sociedad***
Correo Electrónico	***Dirección de correo de la sociedad.***

24. He leído y acepto lo establecido en el Manual de Uso y Condiciones de la plataforma del SECOP II.
25. Adjunto la garantía de seriedad de la Oferta la cual cumple con lo establecido en los Documentos del Proceso.
26. Adjunto a la presente propuesta el medio magnético editable que contiene la totalidad de los anexos en Excel.

En constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de _____, a los _____ (*fecha en letras y números*) días del mes (*mes*) de dos Mil Veintitrés (2023).

Atentamente,

Nombre del Proponente_____
NIT _____
Nombre del Representante Legal_____
C.C. No _____ expedida en_____
Dirección Física
Dirección Correo Electrónico
Teléfono (s)
Ciudad

_____
Firma del Proponente o de su representante legal

SUSCRIBIRÁ EL DOCUMENTO EL PROPONENTE CON LA OFERTA RESPECTIVA. SI ES PERSONA JURÍDICA, POR QUIEN CONFORME A LA LEY ESTÉ FACULTADO. SI ES CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL POR QUIEN HAYA SIDO DESIGNADO REPRESENTANTE EN EL DOCUMENTO DE CONSTITUCIÓN; SI ES PERSONA NATURAL, POR ELLA MISMA; SI ACTÚA EN CALIDAD DE APODERADO, DEBE ESTAR DEBIDAMENTE FACULTADO POR QUIEN TENGA LA LEGITIMACIÓN PARA HACERLO, CASO EN EL CUAL DEBE ANEXAR EL PODER CORRESPONDIENTE

ANEXO – FORMATO No. 02. - COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Lugar y fecha

Señores
RED SALUD CASANARE E.S.E.
Calle 9 No 24-74
Yopal - Casanare.

REFERENCIA: **[Nombre de la modalidad de Selección] No [Número del Proceso]**
ASUNTO: ***[Incluir Objeto del Proceso]***.

El (los) suscrito(s) a saber: ***(NOMBRE DEL PROPONENTE SI SE TRATA DE UNA PERSONA NATURAL, o NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD SI SE TRATA DE PERSONA JUR[DICA, o DEL REPRESENTANTE LEGAL DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL PROPONENTE)*** domiciliado en , identificado con ***(DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN),*** quien obra en calidad de , Quien (es) en adelante se denominará(n) EL PROPONENTE, manifiestan su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente **COMPROMISO ANTICORRUPCION**, de acuerdo a las siguientes declaraciones

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y de **RED SALUD CASANARE E.S.E** para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estamos en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación ***[Insertar información]***.
3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación ***[Insertar información]***
5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación ***[Insertar información]*** nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los ***[Insertar información]*** días del mes de ***[Insertar información]*** del año ***[Insertar información]***

_____
Nombre del Proponente_____
NIT _____
Nombre del Representante Legal_____
C.C. No _____ expedida en_____
Dirección Física
Dirección Correo Electrónico
Teléfono (s)
Ciudad

ANEXO – FORMATO No. 03 A - CERTIFICACIÓN PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 (Personas Jurídicas)

(Use la opción que corresponda, según certifique Representante Legal o Revisor Fiscal)

Lugar y fecha

Señores
RED SALUD CASANARE E.S.E.
Calle 9 No 24-74
Yopal - Casanare.

REFERENCIA: **[Nombre de la modalidad de Selección] No [Número del Proceso]**
ASUNTO: ***[Incluir Objeto del Proceso]***.

[Este formato debe ser diligenciado por las personas jurídicas nacionales y las extranjeras con domicilio o sucursal en Colombia las cuales deberán acreditar este requisito respecto del personal vinculado en Colombia].

[Cuando la persona jurídica no esté exonerada en el pago al sistema de aportes parafiscales, deberá incluir el siguiente texto y ajustar el formato en lo correspondiente:]

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica] identificado con [***Incluir el número de identificación]*** en mi condición de representante legal de ***[Incluir la razón social de la persona jurídica]*** identificada con NIT [***Incluir el NIT],*** bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

[***Incluir el nombre del revisor fiscal, según corresponda]*** identificado con **[Incluir el número de identificación],** y con tarjeta profesional No. ***[Incluir Número de tarjeta profesional]*** de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de ***[Incluir la razón social de la persona jurídica]*** identificada con NIT ***[Incluir el 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, bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción *(artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983)*, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

[En el evento en que la sociedad no tenga más de seis (6) meses de constituida, deberá acreditar los pagos a partir de la fecha de su constitución como se indica a continuación:]

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica] identificado con **[Incluir el número de identificación]** en mi condición de representante legal de *[Incluir la razón social de la persona jurídica]* identificada con NIT ***[Incluir el NIT],*** bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje, y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción *(artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983)*, pagados por la compañía a partir de ***[fecha de constitución].*** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

[Incluir el nombre del revisor fiscal, según corresponda] identificado con ***[Incluir el número de identificación],*** y con tarjeta profesional No. ***[Incluir Numero de tarjea profesional]*** de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de revisor fiscal de [***Incluir la Razón social de la persona jurídica]*** identificada con NIT ***[Incluir el 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, bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción *(artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983)*, pagados por la compañía a partir de ***[fecha de constitución].*** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

[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, caso en el cual deberá anexar copia del acuerdo de pago correspondiente y el comprobante de pago soporte del mes anterior al cierre del procedimiento de contratación]

[Cuando la persona jurídica esté exonerada de aportes parafiscales de acuerdo con el artículo 114-1 del Estatuto Tributario modificado por el artículo 65 de la Ley 1918 de 2016, deberá incluir el siguiente texto y ajustar el formato en lo correspondiente]:

Conforme el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, bajo la gravedad de juramento, manifiesto que me encuentro exonerado del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

[Cuando la persona jurídica no haya tenido personal a cargo dentro de los seis (6) meses anteriores a la presentación de la propuesta deberá manifestarlo de la siguiente manera:]

[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],*** bajo la gravedad de juramento, manifiesto que dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de firma del contrato no tuve personal a cargo y por ende no estoy obligado a efectuar el pago de aportes legales y seguridad social.

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

Nombre del Proponente_____
NIT _____
Nombre del Representante Legal o Revisor Fiscal, (según corresponda) _____
C.C. No _____ expedida en_____
Dirección Física
Dirección Correo Electrónico
Teléfono (s)
Ciudad

ANEXO – FORMATO No. 03 B. CERTIFICACIÓN PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES (Natural) – ARTÍCULO 9 LEY 828 DE 2003 (Persona Natural)

Lugar y fecha

Señores
RED SALUD CASANARE E.S.E.
Calle 9 No 24-74
Yopal - Casanare.

REFERENCIA: **[Nombre de la modalidad de Selección] No [Número del Proceso]**
ASUNTO: ***[Incluir Objeto del Proceso]***.

[Este formato

ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002

Yo _____ identificado (a) con C.C _____ de _____, de acuerdo con lo señalado en el Artículo 9 de la Ley 828 de 2003. **DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO** y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal en su artículo 442, que he efectuado el pago por concepto de mis aportes y el de mis empleados **(En caso de tener empleados a cargo)** a los Sistemas de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales para la Industria de Construcción (artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983), Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, y Servicio Nacional de Aprendizaje durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigible a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente Proceso de Selección.

Nota. Para relacionar el pago de aportes correspondientes al Sistema 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 del pago correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, ICBF y SENA, se deberán tener en cuenta los plazos dispuestos 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 _____

Nombre del Proponente_____
C.C. No _____ expedida en_____
Dirección Física
Dirección Correo Electrónico
Teléfono (s)
Ciudad

ANEXO – FORMATO No. 04. - PROPUESTA ECONÓMICA

REFERENCIA: [Nombre de la modalidad de Selección] No [Número del Proceso]
ASUNTO: *[Incluir Objeto del Proceso*].
PROPONENTE: _____

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNID	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
				SUBTOTAL(AJUSTADO AL PESO)	
				IVA (SI APLICA)	
				COSTO TOTAL	
VALOR TOTAL EN LETRAS					

Nombre del Proponente_____
NIT _____
Nombre del Representante Legal o Revisor Fiscal, (según corresponda) _____
C.C. No _____ expedida en_____
Dirección Física
Dirección Correo Electrónico
Teléfono (s)
Ciudad

ANEXO – FORMATO No 05. ACREDITACIÓN MIPYME

Lugar y fecha

Señores
RED SALUD CASANARE E.S.E.
Calle 9 No 24-74
Yopal - Casanare.

REFERENCIA: **[Nombre de la modalidad de Selección] No [Número del Proceso]**
ASUNTO: ***[Incluir Objeto del Proceso]***.

[Incluir nombre o integrante Persona Natural y/o contador Público o Representante Legal de la Persona Jurídica o de 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.

Para la acreditación de desempate establecida en el literal c del numeral 10, del numeral 4.4 del documento tipo incluir la siguiente redacción.

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 _____ del año 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 firmas de la siguiente manera]:

Nombre y firma del representante legal y revisor fiscal para la empresa obligada por ley o del representante legal y contador público según corresponda.

ANEXO – FORMATO No 06. DECLARACIÓN JURAMENTADA SOBRE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES, ANTECEDENTES JUDICIALES, DISCIPLINARIOS Y FISCALES

Lugar y fecha

Señores
RED SALUD CASANARE E.S.E.
Calle 9 No 24-74
Yopal - Casanare.

REFERENCIA: **[Nombre de la modalidad de Selección] No [Número del Proceso]**
ASUNTO: ***[Incluir Objeto del Proceso]***.

Yo, _____, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, que ni yo ni la entidad a la que represento se hallan incursos en las causales de inhabilidad e incompatibilidad alguna para contratar con la empresa RED SALUD CASANARE E.S.E., de acuerdo a lo establecido en la Constitución Política, la Ley 80 de 1993, la ley 1474 de 2011 y demás normatividad legal vigente relaciona sobre la materia, para contratar con RED SALUD CASANARE E.S.E.

De igual manera DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO que no tengo reportes vigentes de antecedentes judiciales, ni disciplinarios, ni fiscales que me impidan contratar con RED SALUD CASANARE E.S.E.

Nombre del Proponente_____
NIT _____
Nombre del Representante Legal_____
C.C. No _____ expedida en_____
Dirección Física
Dirección Correo Electrónico
Teléfono (s)
Ciudad

ANEXO – FORMATO No 07. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE NO ESTAR INCURSO (A) EN PROCESOS DE CARÁCTER ALIMENTARIO

Yo, _____, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, **DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**, que ni yo ni la entidad a la que represento. NO tenemos conocimiento sobre demandas de carácter alimentario en mi contra, como también expreso que a la fecha NO estoy incurso (a) en procesos por alimentos.

Además, manifiesto que en el evento de que surja una condena de esta naturaleza en mi contra, cumpliré con mis obligaciones de familia, para lo cual saldré al saneamiento de dicha sentencia, como lo estipula el Artículo 6° de la Ley 311 del 12 de agosto de 1996.

El presente testimonio espontáneo y voluntario se realiza de acuerdo con lo fijado en el artículo 7° del Decreto Ley 019 de 2012 y el artículo 2.2.5.1.8 del decreto 1083 de 2015; y se expide a los _____ días del mes de _____ de 20___, con destino a la RED SALUD CASANARE E.S.E.

Nombre del Proponente_____
NIT _____
Nombre del Representante Legal_____
C.C. No _____ expedida en_____
Dirección Física
Dirección Correo Electrónico
Teléfono (s)
Ciudad