Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

FORMATO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Bogotá, D.C, fecha

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

PROCESO: **FFDS-CMA-007-2023**

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 No. **FFDS-CMA-007-2023**, que tiene por objeto ***"*DISEÑAR Y EJECUTAR LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL MODELO TERRITORIAL DE SALUD (MTS) A PARTIR DE LAS ACCIONES ESTRATÉGICAS DE LAS CUATRO LÍNEAS OPERATIVAS Y DE SU RESPECTIVA CADENA DE VALOR*."***, bajo la gravedad del juramento y de acuerdo con lo exigido en las condiciones generales adicionales del proceso de selección de la referencia, me permito manifestar que:

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

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

10. Que la oferta económica 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, si somos adjudicatarios, nos comprometemos a suscribir el contrato en la fecha prevista para el efecto en el cronograma establecido para el presente proceso y a realizar todos los trámites necesarios para su perfeccionamiento y legalización en los plazos señalados en el mismo.
12. Que me comprometo, en caso de resultar adjudicatario del presente proceso de contratación, a disponer de los profesionales y técnicos ofrecidos sin costo adicional para le entidad, y cumpliendo con los perfiles exigidos para el equipo de trabajo. (en el evento de ofrecer personal adicional al equipo de trabajo y si hay lugar a ello).
13. 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.
14. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (Artículo 60 de la Ley 610 de 2000).
15. 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.
16. 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.
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 DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROPONENTE:
NIT:
TELÉFONO(S):
DIRECCIÓN:
CIUDAD:
CORREO ELECTRÓNICO:

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

FORMATO No. 2
DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

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-CMA-007-2023
Yo _____, identificado con documento de identificación N° _____, en mi calidad de Representante Legal de _____ declaro bajo la gravedad del juramento la cual se entiende prestada con la firma del presente documento, no encontrarme incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades consagras en la Constitución y la Ley para contratar con el Estado. (*Constitución Política, Artículo 8º Ley 80 de 1993, Artículo 18 Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011 y el Código Nacional de Policía y Convivencia)*

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

DECLARACIÓN DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN CONFLICTO DE INTERÉS

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

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

Expedida a los _____días del mes de _____de_____

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROPONENTE:
NIT:
NOTA: En el caso de Estructura Plural, debe incluirse la razón social de cada uno de sus integrantes, el nombre de cada uno de sus representantes legales y deberá suscribirse por cada uno de ellos.

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

FORMATO No.3
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-CMA-007-2023.

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

PRIMERO: Que la SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD, adelanta el proceso de selección No. **FFDS-CMA-007-2023**, para la celebración de un contrato estatal cuyo objeto es: ***"*DISEÑAR Y EJECUTAR LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL MODELO TERRITORIAL DE SALUD (MTS) A PARTIR DE LAS ACCIONES ESTRATÉGICAS DE LAS CUATRO LÍNEAS OPERATIVAS Y DE SU RESPECTIVA CADENA DE VALOR*.*"*.

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:

CLÁUSULA 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.

CLÁUSULA 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 _____a los _____ días del mes de _____ de ____ del año 2021.

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

En el caso de Estructura Plural, debe incluirse el nombre de la Estructura Plural, nombre de cada uno de sus miembros y debe estar suscrita por cada uno de los integrantes de la figura asociativa.

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

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

Ciudad y Fecha _____

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

Referencia: FFDS-CMA-007-2023

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

CERTIFICACIÓN PERSONA NATURAL

El suscrito _____, identificado con _____, bajo la gravedad del juramento, 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, durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de mi propuesta para el presente proceso de selección, 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

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

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

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

CERTIFICACIÓN REVISOR FISCAL

El suscrito _____, identificado con _____, y con Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de **Revisor Fiscal** de _____ identificado con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de 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.

NOTA 1: Si el documento es suscrito por Revisor Fiscal, deberá aportarse copia de la tarjeta profesional, copia de la cedula de ciudadanía y certificado de vigencia de la tarjeta profesional de este.

NOTA 2: En el caso de consorcios o uniones temporales, cada uno de sus integrantes deberá suscribirlo.

Cuando el proponente sea Consorcio o Unión Temporal o Promesa de Sociedad Futura, cada uno de los miembros que lo integran, deberán certificar que se encuentran en cumplimiento de la anterior obligación, al momento de presentar la propuesta.

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

FORMATO No. 5

FORMATO DE CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD FINANCIERA Y CAPACIDAD ORGANIZACIONAL PARA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS HABILITANTES – PROPONENTE EXTRANJERO

Oferente:

Resumen de cuentas de balance general y estado de resultados que sean necesarias para verificar los requisitos habilitantes de capacidad financiera y organizacional.

Cuenta	Oferente Singular Oferente (Valor en pesos colombianos)	Oferente Plural Participante N°1 (Valor en pesos colombianos)	Participante N°2 (Valor en pesos colombianos)	Participante N°3 (Valor en pesos colombianos)
Activo Corriente				
Activo Total				
Pasivo Corriente				
Pasivo Total				
Utilidad Operacional				
Gastos de Intereses				
Patrimonio				
Fecha de corte de los estados financieros				

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

Capacidad Financiera

Porcentaje de participación	Oferente Individual 100%	Oferente Plural (Indicar % participación)	(Indicar % participación)	(Indicar % participación)	100%
Indicador	Índice del Oferente	Índice del Participante N°1	Índice del Participante N°2	Índice del Participante N°3	Índice del Oferente plural
Índice de Liquidez					
Índice de Endeudamiento					

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

Razón de Cobertura
de Intereses

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

Capacidad Organizacional

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

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

Firma del Representante legal del Oferente

Nombre:

Documento de identidad:

Firma Revisor Fiscal
Firma Contador

Nombre:

Documento de identidad:

Tarjeta Profesional:

*Indique si actúa como revisor fiscal o contador

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

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

FORMATO No. 6
ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES TÉCNICAS EXIGIDAS O ANEXO TÉCNICO

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

Referencia: Proceso de selección **FFDS-CMA-007-2023**

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

a) Que el proponente que represento, conoce y acepta el contenido **DE LAS CONDICIONES TÉCNICAS EXIGIDAS O ANEXO TÉCNICO** establecido en el presente proceso y **en el Anexo Técnico No. XX**, 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 **LAS CONDICIONES TÉCNICAS EXIGIDAS O ANEXO TÉCNICO** y **en el Anexo Técnico No. XX**, el cual es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

Atentamente,

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

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

FORMATO No. 7
EXPERIENCIA HABILITANTE DEL PROPONENTE

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

Referencia: FFDS-CMA-007-2023

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

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

SEÑOR PROPONENTE TENGA EN CUENTA QUE EL DILIGENCIAMIENTO DEL PRESENTE FORMATO DEBERÁ REALIZARSE DE CONFORMIDAD CON LAS REGLAS GENERALES PARA LA VALORACIÓN DE LA EXPERIENCIA SEÑALADAS EN EL PRESENTE PLIEGO DE CONDICIONES.

Nombre o Razón Social del Proponente: _____
NIT _____
Nombre del Representante Legal: _____
C.C. No. _____ de _____
Dirección Comercial del Proponente _____
Teléfonos _____ Fax _____

Ciudad _____

FIRMA: _____
NOMBRE DE QUIEN FIRMA: _____

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

FORMATO No. 8
ACREDITACIÓN EXPERIENCIA GENERAL PARA PROPONENTE EXTRANJERO

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

Referencia: FFDS-CMA-007-2023

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

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

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

FORMATO N° 10
INCENTIVO A LA INDUSTRIA NACIONAL

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

Referencia: FFDS-CMA-007-2023

Que la procedencia del personal que se destinará para la ejecución del contrato es la siguiente:

CONDICIÓN DEL PERSONAL QUE INTEGRA EL EQUIPO DE TRABAJO	PUNTAJE
Para aquellas propuestas que se encuentran enmarcadas en el Artículo 1 del Decreto 680 de 2021 y se comprometa a que, en el curso de la ejecución, todo el equipo de trabajo que laborará para el proponente se encuentra integrado por personas naturales colombianas o por residentes en Colombia.	10
Para proponentes cuya oferta no es considerada de servicios nacionales de acuerdo a lo definido en el Artículo 1 del Decreto 680 de 2021, se otorgarán cinco puntos si se compromete a que su equipo de trabajo en el curso de la ejecución se integre tanto por personas naturales colombianas o residentes en Colombia, como por personas naturales de nacionalidad extranjera no residentes en Colombia.	5
El equipo de trabajo que laborará para el proponente se encuentra integrado por personas naturales de nacionalidad extranjera, no residentes en Colombia.	0

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

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

FORMATO No. 11
PROPONENTES CON TRABAJADORES EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

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

Referencia: FFDS-CMA-007-2023

Acreditación de personal con discapacidad del proponente:

Número total de trabajadores de la planta de personal del proponente	**Número mínimo de trabajadores con discapacidad exigido**	**OFRECIMIENTO DEL PROPONENTE MARQUE CON UNA (X)**
Entre 1 y 30	1	
Entre 31 y 100	2	
Entre 101 y 150	3	
Entre 151 y 200	4	
Más de 200	5	

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

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

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

FORMATO No. 12
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-CMA-007-2023** para ***"*DISEÑAR Y EJECUTAR LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL MODELO TERRITORIAL DE SALUD (MTS) A PARTIR DE LAS ACCIONES ESTRATÉGICAS DE LAS CUATRO LÍNEAS OPERATIVAS Y DE SU RESPECTIVA CADENA DE VALOR*."***, de conformidad con lo establecido en el pliego de condiciones.

2. Que el presente proceso de selección permite la participación de consorcios o uniones temporales para la presentación de propuestas.

3. Que las partes han decidido presentar una propuesta conjunta (en adelante la "Propuesta"), bajo la modalidad CONSORCIO para participar en el Proceso de Selección. De acuerdo con lo anterior las partes acuerdan lo siguiente:

ARTÍCULO 1. CONSORCIO. - El objeto del presente Acuerdo es constituir un consorcio entre: ___ Y _____, plenamente identificados en el encabezamiento del presente Acuerdo, para participar conjuntamente en el proceso de selección No. **FFDS-CMA-007-2022** del FONDO cuyo objeto corresponde a ***"*DISEÑAR Y EJECUTAR LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL MODELO TERRITORIAL DE SALUD (MTS) A PARTIR DE LAS ACCIONES ESTRATÉGICAS DE LAS CUATRO LÍNEAS OPERATIVAS Y DE SU RESPECTIVA CADENA DE VALOR*"***, 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.

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

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-CMA-007-2023** 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 2023.

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

Acepto el nombramiento como Representante Legal del Consorcio.

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

Nombre:
C.C
Firma:_____

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

FORMATO 12A 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-CMA-007-2023** para **DISEÑAR Y EJECUTAR LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL MODELO TERRITORIAL DE SALUD (MTS) A PARTIR DE LAS ACCIONES ESTRATÉGICAS DE LAS CUATRO LÍNEAS OPERATIVAS Y DE SU RESPECTIVA CADENA DE VALOR.**
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 **DISEÑAR Y EJECUTAR LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL MODELO TERRITORIAL DE SALUD (MTS) A PARTIR DE LAS ACCIONES ESTRATÉGICAS DE LAS CUATRO LÍNEAS OPERATIVAS Y DE SU RESPECTIVA CADENA DE VALOR**.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 _____".

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

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

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

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

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

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

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

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

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

- Presentar la Propuesta.
- Suscribir la carta de presentación de la Propuesta.
- Atender todos los posibles requerimientos que formule EL FONDO relacionados con la Propuesta.
- Suscribir cualquier otro documento y ejecutar cualquier otro acto que se requiera para la elaboración y presentación de la Propuesta, dentro de los términos y condiciones del Proceso de Selección.
- Notificarse del acto administrativo de declaratoria de desierta del proceso, si hubiese lugar a ello.

- Suscribir el contrato.
- Ejecutar todos los actos y suscribir todos los documentos necesarios para la ejecución del Contrato, dentro de los términos y condiciones del Proceso de Selección.
- Notificarse de los actos administrativos que lleguen a derivarse del contrato, lo cual hará a nombre de la Unión temporal.
- Presentar los reclamos a nombre de la Unión temporal.
- Liquidar el contrato.

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

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

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

ARTÍCULO 7. EXCLUSIVIDAD. - Durante la vigencia del presente Acuerdo las Partes se obligan a no participar directa o indirectamente en cualquier acto, negocio o contrato, relacionado con la presentación de otra Propuesta para el Proceso de Selección No. **FFDS-CMA-007-2023**.

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 2023.

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

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

Acepto el nombramiento como Representante Legal de la Unión Temporal.

Nombre:
C.C
Firma:_____

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

FORMATO No.13A
FORMATO DE INFORMACIÓN A TERCEROS
PERSONA JURIDICA

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

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

DATOS GENERALES

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

INFORMACIÓN FINANCIERA PARA GIRO ELECTRÓNICO

NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA		TIPO DE CUENTA	CORRIENTE		AHORRO	
NÚMERO DE CUENTA						

INDUSTRIA Y COMERCIO

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

IMPUESTO A LAS VENTAS

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

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

INFORMACION TRIBUTARIA

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES:

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

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

FORMATO No.13B
FORMATO DE INFORMACIÓN A TERCEROS
PERSONA NATURAL

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

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

INFORMACIÓN PERSONAL

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

NIT:		Dígito de Verificación:		Código Departamento/Municipio:	
Dirección:		Celular:		Teléfono Fijo:	
Correo Electrónico:		Nacionalidad:			

DATOS PARA GIRO ELECTRÓNICO e INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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

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

INDUSTRIA Y COMERCIO

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

Descripción Actividad Económica:

Tarifa de Impuesto de Industria y Comercio - ICA:

IMPUESTO A LAS VENTAS

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

INFORMACION TRIBUTARIA - RUT -

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

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

RESPONSABILIDADES

	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO
1		
2		
3		
4		

OBSERVACIONES: _____

Nombre del Declarante: _____

Firma del Declarante:

(Bajo la Gravedad del Juramento)

Cédula de Ciudadanía N° _____

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

ANEXO N.º 4 - OFERTA ECONÓMICA

Descripción	Precio unitario sin IVA	Cantidad	Precio total sin IVA	Valor unitario con IVA	Valor del IVA	Valor total con IVA	Valor Máximo a Pagar por la Entidad
TALENTO HUMANO (La unidad de medida de la cantidad será por meses)							
Director/a de proyecto		4					$ 79.479.005
Experto/a temático en salud pública		4					$ 47.600.000
Experto/a cualitativo/a		4					$ 54.279.708
Experto/a cuantitativo/a		4					$ 54.279.708
PRODUCTOS							
Producto 1. Documento de Informe Metodológico.		1					$ 13.705.873
Producto 2. Documento de Informe de Operación y Resultados de la Prueba Piloto.		1					$ 11.138.376
Producto 3. Documento de Informe Final de la Evaluación.		1					$ 29.625.121
Producto 4. Insumos de difusión.		1					$ 33.960.625
APLICACIONES							
Entrevistas Individuales Institucionales (Presenciales)		8					$ 7.568.400
Instrumentos Grupales Institucionales (Presenciales)		15					$26.775.000
Instrumentos Grupales con		6					$10.710.000

Ciudadanía (Presenciales)							
Encuestas Telefónicas - Atención en Casa		3.777					$237.855.820
Encuestas Telefónicas - Cuidadores		322					$23.007.660
Encuestas Telefónicas – Presenciales		324					$22.925.012
Total							$652.910.308

NOTA 1: El proponente en ningún caso podrá exceder en su propuesta el valor del presupuesto oficial estimado para este proceso de selección, ni los techos presupuestales especificados, so pena de rechazo de la propuesta.

NOTA 2: El proponente deberá tener en cuenta que los valores de la propuesta económica se mantendrán fijos durante la ejecución del contrato, debe incluir el valor del IVA, si a ello hubiere lugar, y debe contemplar la totalidad de los costos directos e indirectos fijos y variables que con lleve la ejecución del contrato.

NOTA 3: No se aceptan ofertas económicas que no cuenten con el registro total de los ítems solicitados en el presente formato.

NOTA 3. En caso de que los servicios prestados no causen IVA, el proponente establecerá la debida justificación legal.

FORMATO
ACREDITACIÓN CALIDADES INTEGRANTES EQUIPO DE TRABAJO

Señores

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

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

Referencia: FFDS-CMA-007-2023

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	

EXPERIENCIA MINIMA HABILITANTE

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

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

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

FORMATO
AUTORIZACIÓN PARA PRESENTAR HOJA DE VIDA
(INTEGRANTES DEL EQUIPO DE TRABAJO)

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

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

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

Se expide en Bogotá, D.C., (fecha)

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

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

FORMATO ACREDITACIÓN CRITERIOS DE PONDERACIÓN

FACTOR TÉCNICO (51 Puntos)

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.2.2.2 el Decreto 1082 de 2015, el proponente que presente el ofrecimiento más favorable para la entidad, en términos técnicos, obtendrá **CINCUENTA Y UN (51)** puntos de calificación por este concepto. Se entienden como más favorables, las condiciones técnicas adicionales que para la entidad representen ventajas de calidad o de funcionamiento.

BENEFICIOS TÉCNICOS ADICIONALES – Desarrollo de propuesta metodológica. Puntaje (51) Puntos

El proponente deberá presentar un documento de propuesta técnica que debe tener en cuenta los objetivos, el alcance, las actividades específicas y los productos de la evaluación planteados en el Anexo Técnico en donde se consideren las necesidades de la evaluación a partir de los siguientes criterios:

Característica	Puntaje	Indique con X su ofrecimiento
Desarrollo metodológico	**51**	
Criterio 1. Comprensión del Marco General del Modelo Territorial de Salud La propuesta deberá incluir la descripción del Modelo Territorial de Salud (MTS) utilizando como insumo la normatividad, documentos y guías disponibles. Esta descripción se deberá realizar a partir de la presentación de una propuesta de cadena de valor que permita explicar la lógica secuencial del MTS y sus líneas operativas. Deberá contener: i. La presentación y descripción de cada uno de los eslabones de la cadena de valor del MTS (insumos, procesos, productos y resultados) a partir de la información disponible. (3 puntos) ii. Una breve explicación de la articulación entre ellos de manera que se evidencie la comprensión de las interrelaciones que se realizan en su implementación, en donde se incluyan las distintas líneas operativas que conforman el Modelo y el rol de las coordinaciones locales. (4 puntos)	7	
Criterio 2. Desarrollo del marco conceptual o teórico para la evaluación El proponente deberá presentar el desarrollo del marco conceptual o teórico en el que se enmarcará la evaluación de resultados del Modelo Territorial de Salud y que orientará el diseño metodológico de la evaluación, tanto a nivel de recolección como de análisis de la información. En este punto, la propuesta deberá incluir: i. Descripción y justificación del marco conceptual o teórico que se utilizará para el desarrollo de la evaluación adaptado a las necesidades específicas de la evaluación y su relación con las disposiciones establecidas en el Anexo Técnico. (7 puntos) ii. Descripción de las limitaciones de su propuesta de marco teórico o conceptual con base en las necesidades de esta evaluación. (3 puntos)	10	
Criterio 3. Estrategia metodológica cuantitativa	10	

Presentación de la descripción y justificación de la metodología de análisis cuantitativo que el proponente planea desarrollar para dar respuesta a las preguntas orientadoras y los aspectos a evaluar contenidos en el Anexo Técnico. Para lo anterior, este documento deberá contener: i. La presentación específica de la metodología cuantitativa y las herramientas de análisis respectivas que permitirán dar respuestas a las preguntas orientadoras la cual deberá estar justificada a la luz de las necesidades de la evaluación. Deberá incluir los requerimientos de información para desarrollarla (fuentes y temporalidad de las fuentes), las limitaciones y desafíos metodológicos de las propuestas presentadas y los resultados esperados del desarrollo de la metodología y de las herramientas respecto a las preguntas orientadoras. (7 puntos) ii. La definición de las unidades de observación considerando como mínimo las establecidas en el Anexo Técnico de este proceso, diferenciadas para cada uno de los instrumentos considerados en el anexo técnico, las cuales deberán justificarse a la luz del desarrollo de la cadena de valor. En caso de que el consultor considere algunas adicionales, deberá justificar la pertinencia de su inclusión. (3 puntos)		
Criterio 4. Estrategia metodológica cualitativa Presentación y justificación del diseño metodológico cualitativo con el cual el proponente espera dar respuesta a las preguntas orientadoras y los aspectos a evaluar contenidos en el Anexo Técnico. Para la evaluación de este criterio se tendrán en cuenta: i. La definición y justificación de la metodología y herramientas cualitativas que serán utilizadas en el desarrollo de la evaluación de resultados considerando la pertinencia, coherencia y viabilidad de dichas metodologías y herramientas y su respectiva adaptación a las necesidades particulares de la evaluación contenidas en el anexo técnico, considerando las preguntas orientadoras. (4 puntos) ii. La presentación detallada y explícita de la articulación entre el marco conceptual o teórico, los objetivos específicos y las preguntas orientadoras con los instrumentos y consideraciones metodológicas contenidos dentro del Anexo Técnico argumentando esta relación dentro del documento de propuesta. (3 puntos) iii. La justificación de las tipologías, técnicas o dinámicas que se utilizarán para el desarrollo de los instrumentos grupales cualitativos propuestos por el equipo consultor para las unidades de observación, tanto institucionales como con ciudadanía, conforme el Anexo Técnico, la cual debe darse de manera ajustada para las necesidades de la evaluación especificando el objetivo de dichas dinámicas grupales, limitaciones y población objetivo. (3 puntos)	10	
Criterio 5. Propuesta para la integración de información Considerando el carácter mixto de esta evaluación, se espera que el proponente presente de manera clara y detallada la propuesta para la integración de información. Para lo anterior, el proponente deberá incluir dentro del documento: i. Describir y justificar cómo se desarrollará la evaluación mixta considerando la integración entre las distintas fuentes de información, las unidades de observación y las consideraciones técnicas establecidas en el Anexo para dar cumplimiento al alcance de la evaluación, así como los momentos del proceso de la evaluación (planeación, diseño, recolección de información, análisis y socialización). (4 puntos)	5	

ii. Presentación de un esquema que evidencie la técnica de integración de información de manera clara y sencilla. (1 punto)		
Criterio 6. Identificación de retos y alternativas de solución en el proceso de recolección de información Este último criterio busca que los proponentes presenten una identificación clara de los principales retos y alternativas de solución para la recolección de información primaria, tanto cualitativa como cuantitativa, considerando dentro de la propuesta: i. La inclusión de los retos identificados por el equipo consultor para la evaluación de resultados del Modelo Territorial de Salud teniendo en cuenta las características de los actores que serán abordados, modalidades de recolección de información y factores de contexto (accesibilidad, conectividad, ambientales, culturales, políticos etc.); estos deberán presentarse de manera desagregada para la recolección cualitativa y para la cuantitativa (5 puntos) ii. Para cada reto, se revisará que el equipo consultor incorpore por lo menos una alternativa de solución con base en su experticia que se ajuste a las condiciones en que se desarrollará la presente evaluación. (4 puntos)	9	

FACTOR EXPERIENCIA ESPECÍFICA DEL PROPONENTE (36 Puntos)

Se asignará máximo **TREINTA Y SEIS (36)** puntos acumulables de acuerdo con lo siguiente:

Característica	**Puntaje (categoría A)**	**Indique con X su ofrecimiento**
Si el proponente aporta tres (3) contratos declarados como válidos para la categoría A	12	
Si el proponente aporta dos (2) contratos declarados como válidos para la categoría A	9	
Si el proponente aporta un (1) contrato declarado como válido para la categoría A	6	

Característica	**Puntaje (categoría B)**	**Indique con X su ofrecimiento**
Si el proponente aporta tres (3) contratos declarados como válidos para la categoría B	12	
Si el proponente aporta dos (2) contratos declarados como válidos para la categoría B	9	
Si el proponente aporta un (1) contrato declarado como válido para la categoría B	6	

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

Característica	**Puntaje (categoría C)**	
Si el proponente aporta tres (3) contratos declarados como válidos para la categoría C	12	
Si el proponente aporta dos (2) contratos declarados como válidos para la categoría C	9	
Si el proponente aporta un (1) contrato declarado como válido para la categoría C	6	

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

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

FORMATO ACREDITACIÓN CRITERIOS DE PONDERACIÓN

FACTOR APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL – Decreto 680 de 2021 (10 PUNTOS)

De conformidad con la verificación efectuada en el análisis del sector con relación a la aplicación de la regla de origen de servicios para la contratación (Decreto 680 de 2021), para apoyar la industria nacional a través del sistema de compras y contratación pública, en la evaluación se asignarán 10 puntos a los Proponentes que ofrezcan Servicios Nacionales o aquellos considerados nacionales con ocasión de la existencia de trato nacional.

En consecuencia, la asignación del puntaje por concepto de este factor se hará de la siguiente manera:

CONDICIÓN DEL PERSONAL QUE INTEGRA EL EQUIPO DE TRABAJO	PUNTAJE	INDIQUE COIN UNA X SU OFRECIMIENTO
Para aquellas propuestas que se encuentran enmarcadas en el Artículo 1 del Decreto 680 de 2021 y se comprometa a que, en el curso de la ejecución, todo el equipo de trabajo que laborará para el proponente se encuentra integrado por personas naturales colombianas o por residentes en Colombia.	10	
Para proponentes cuya oferta no es considerada de servicios nacionales de acuerdo con lo definido en el Artículo 1 del Decreto 680 de 2021, se otorgarán cinco puntos si se compromete a que su equipo de trabajo en el curso de la ejecución se integre tanto por personas naturales colombianas o residentes en Colombia, como por personas naturales de nacionalidad extranjera no residentes en Colombia.	5	
El equipo de trabajo que laborará para el proponente se encuentra integrado por personas naturales de nacionalidad extranjera, no residentes en Colombia.	0	

Lo anterior deberá ser acreditado exclusivamente mediante la información que suministre el proponente, para lo cual deberá diligenciar el anexo denominado Formato de Incentivo a la Industria Nacional.

Las Ofertas deben presentarse en los Anexos establecidos en el Pliego de Condiciones para el efecto.

Nota: La Secretaría Distrital de Salud- Fondo Financiero Distrital de Salud debe evaluar únicamente las Ofertas de los Proponentes que hayan acreditado la totalidad los requisitos habilitantes.

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

FORMATO 15 — 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, Rrom, 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, Rrom, o gitanas, o persona en proceso de reintegración o reincorporación.		

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

Derechos del titular

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

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

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

c) Solicitar prueba de la autorización otorgada.

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

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

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

Estos derechos los podré ejercer mediante los canales o medios dispuestos por 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 16 A

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 16 B
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 16 C
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 16 C
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 16 D
VINCULACIÓN DE POBLACIÓN INDÍGENA, NEGRA, AFROCOLOMBIANA, RAIZAL, PALENQUERA, RROM 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, Rrom o gitanas]

Nombre completo	Número de identificación

iii) Así mismo declaramos que las personas señaladas anteriormente se encuentran vinculadas con una antigüedad igual o mayor a un año 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 16 E
PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN 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 16 E
PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN 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 16 F

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 16 G

ACREDITACIÓN MIPYME

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

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.

[Para la acreditación de desempate establecida en el literal (c), literal 10, del numeral 4.6 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 _____ 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 16 H
PAGOS REALIZADOS A MIPYMES, COOPERATIVAS O ASOCIACIONES MUTUALES

Anexos Condiciones Generales Adicionales

Concurso de Méritos No. FFDS-CMA-007-2023

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]