

	<p align="center">ANEXOS</p>	<p>Página 1 de 15</p>	 <p align="center"> ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Sur Occidente E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy</small> </p>
		<p>Versión: PRUEBA</p>	

FORMATO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN

Bogotá D.C., **4 OCTUBRE** de 2023

Doctora

MARTHA YOLANDA RUÍZ VALDÉS

Gerente

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.

Referencia: PROCESO No **OC 323-2023**

Para su consideración presentamos a usted la propuesta para participar en el proceso de la referencia, para lo cual relaciono la siguiente Información:

INFORMACIÓN GENERAL:

RAZÓN SOCIAL DEL OFERENTE	DOTA COMERCIAL ADDITION SAS
IDENTIFICACIÓN (N. I. T.)	901670046-0
DIRECCIÓN	CARRERA 25 # 7-58 SUR
NÚMERO TELEFÓNICO Y NÚMERO DE FAX	3118866872
NÚMERO DE MATRÍCULA MERCANTIL	03620717
CORREO ELECTRÓNICO	DOTACOMERCIALADDITION@GMAIL.COM
TELÉFONO Y MÓVIL	3103211279-3118866872
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	JAIR ALBERTO MEJIA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	80151827
VALOR TOTAL DE LA OFERTA	14.994.000

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me encuentro, ni la Empresa, incurso en ninguna de las causales de inhabilidad y / o incompatibilidad señaladas por la Ley, ni he sido multado ni sancionado en los últimos seis (6) meses para presentar esta propuesta o suscribir el respectivo contrato. Adicionalmente manifiesto que entiendo, conozco y acepto las condiciones establecidas en los términos de referencia.



JAIR ALBERTO MEJIA

Nombre Completo Y Firma Del Representante Legal

N. I. T. Y/O C. C. **80151827**

	<p align="center">ANEXOS</p>	<p>Página 2 de 15</p>	 <p align="center"> ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Sur Occidente E. S. E. Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy</small> </p>
		<p>Versión: PRUEBA</p>	

FORMATO No. 2

MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES **(ART. 50 LEY 789/02)**

Nombre o razón social del proponente: DOTA COMERCIAL ADDITION SAS

CERTIFICACIÓN

Certifico que DOTA COMERCIAL ADDITION con C.C. o NIT No.901670046-0, ha cumplido con el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante **SEIS (6) meses**, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso.

Expedida en el mes de **SEPTIEMBRE** de 2023.

Nombre: JAIR ALBERTO MEJIA



FIRMA

(Proponente o el representante legal o revisor fiscal (**cuando esté obligado a tener revisor fiscal**))

FIRMA DEL PROPONENTE

	<p align="center">ANEXOS</p>	<p>Página 3 de 15</p>	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Sur Occidente E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy</small>
		<p>Versión: PRUEBA</p>	

FORMATO No. 3

MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO CUMPLIMIENTO LEY 789 DE 2002

Nombre o razón social del proponente: DOTA COMERCIAL ADDITION SAS

CERTIFICACIÓN

Certifico que **DOTA COMERCIAL ADDITION SAS** con C.C. o NIT No. 901670046 ha cumplido con la obligación de las cuotas de aprendices en la empresa o la monetización de la cuota de aprendizaje conforme a lo establecido en la ley 789 de 2002, artículos 33 y 34 y decreto 933 de 2003 artículos 12,13 y durante () meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso.

Expedida en el mes de **XXXX** de 2023.

(Representante legal o el revisor fiscal **(cuando esté obligado a tener revisor fiscal)**)

Nombre: **JAIR ALBERTO MEJIA**



Firma: _____

	ANEXOS	Página 4 de 15	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy
		Versión: PRUEBA	

FORMATO No. 4

INFORMACIÓN FINANCIERA

NOMBRE DEL PROPONENTE: DOTA COMERCIAL ADDITION SAS

NIT 80151827

REPRESENTANTE LEGAL: JAIR ALBERTO MEJIA

Nosotros los abajo firmantes certificamos que la información contable descrita a continuación, es tomada fielmente de los Estados Financieros de la Empresa con corte a 31 de Diciembre de SEPTIEMBRE:

1º. INDICE DE LIQUIDEZ: 100

ACTIVO CORRIENTE: PASIVO CORRIENTE:

IL = AC/PC =

2º. NIVEL DE ENDEUDAMIENTO:

ACTIVO TOTAL: PASIVO TOTAL:

NE= (PT/AT)*100 = 0

Fecha : 30 SEPTIEMBRE de 2023.



FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA CONTADOR

NOMBRE JAIR ALBERTO MEJÍA

NOMBRE:DIEGO ANDRES URUEÑA REINA

C.C. 80151827

T.P:248409-T

FIRMA REVISOR FISCAL

NOMBRE

T.P.

	ANEXOS	Página 5 de 15	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Sur Occidente E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy</small>
		Versión: PRUEBA	

“En el marco del Decreto 579 de 2021 precisamos que se adelante la evaluación de capacidad financiera para lo cual adjuntamos RUP correspondiente a la vigencia ”