FORMATO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN

Bogotá D.C., 27 de Octubre de 2023

Doctora
MARTHA YOLANDA RUÍZ VALDÉS
Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.

Referencia: PROCESO OC-418-2023

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	SOLUCIÓN INTEGRAL A SU SERVICIO SAS
IDENTIFICACIÓN (N. I. T.)	901256470-6
DIRECCIÓN	CL 46 10 62 Soacha
NÚMERO TELEFÓNICO Y NÚMERO DE FAX	8175357
NÚMERO DE MATRÍCULA MERCANTIL	03069659
CORREO ELECTRÓNICO	asistenteproyectos@siaspublicidad.com
TELÉFONO Y MÓVIL	+57 310 5942152
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	Paola Andrea Hernández Cifuentes
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1´111.195.642 de Mariquita- Tolima
VALOR TOTAL DE LA OFERTA	7.199.690,00

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me encuentro, ni la Empresa, incurso en ninguna de las causales de inhabilidad y / o incompatibilidades 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.

Paola Andrea Hernández Cifuentes



Nombre Completo Y Firma Del Representante Legal
N. I. T. Y/O C. C. 901256470-6

FORMATO No. 2

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

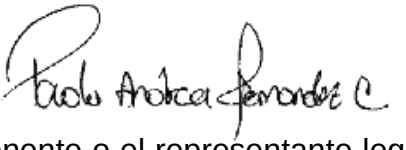
Nombre o razón social del proponente: _ SOLUCIÓN INTEGRAL A

SU SERVICIO SAS **CERTIFICACIÓN**

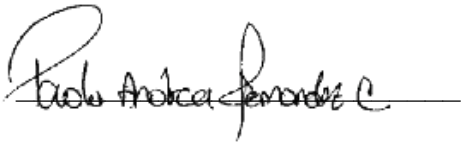
Certifico que SOLUCIÓN INTEGRAL A SU SERVICIO SAS con C.C. o NIT No 901256470-6 ha cumplido con el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante 10 meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso.

Expedida en el mes octubre de 2023.

Nombre: Paola Andrea Hernández Cifuentes

Firma 

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

 **FIRMA DEL PROPONENTE**

FORMATO No. 3

MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO CUMPLIMIENTO LEY 789 DE 2002

Nombre o razón social del proponente: _____

CERTIFICACIÓN

Certifico que _____ con C.C. o NIT No. _____, 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: _____

Firma: _____

FORMATO No. 4

INFORMACIÓN FINANCIERA

NOMBRE DEL PROPONENTE: _____

NIT:_____

REPRESENTANTE LEGAL:_____

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 XXXXXX:

1º. INDICE DE LIQUIDEZ:

ACTIVO CORRIENTE: _____ PASIVO CORRIENTE: _____

IL = AC/PC = _____

2º. NIVEL DE ENDEUDAMIENTO:

ACTIVO TOTAL: _____ PASIVO TOTAL: _____

NE= (PT/AT)*100 = _____

Fecha : XXXX de 2022.

_____ _____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL FIRMA CONTADOR

NOMBRE_____ NOMBRE:_____

C.C. T.P:_____

_____

FIRMA REVISOR FISCAL

NOMBRE_____

T.P. _____

"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_____"