FORMATOS Y ANEXOS

FORMATO - CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad y fecha,

Doctora
DAYRA LICETH MEJÍA GARCÍA
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ
San Martín, Cesar

REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACIÓN NUMERO XXXXXXXX-
OBJETO - [xxxxxxxxxxxxx]

[xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente], identificado como aparece al pie de mi firma, [xxxxxxxxxxxx obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [xxxxxxxxxxxxxxxx nombre del Proponente], presento Oferta para el Proceso de Contratación de la referencia y hago las siguientes manifestaciones:

1. Que conozco y acepto todos los Documentos del Proceso, tuve la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los mismos, y recibí de la entidad, respuesta oportuna a cada una de las solicitudes.
2. Que, de conformidad con los documentos de esta contratación, me comprometo a ejecutar el siguiente objeto: XXXXXXXXX.
3. Que estoy autorizado para suscribir y presentar la Oferta en nombre del xxxxx Proponente y estoy autorizado para suscribir el contrato si el Proponente resulta adjudicatario del Proceso de Contratación de la referencia.
4. Que la Oferta que presento cumple con la totalidad de los requisitos y especificaciones técnicas del que hacen parte de este proceso.
5. Que la oferta económica y la oferta técnica están adjuntas a la presente comunicación y han sido elaboradas de acuerdo con los Documentos del Proceso y hacen parte integral de la Oferta.
6. Que los documentos que presento con la Oferta son ciertos y han sido expedidos por personas autorizadas para el efecto.
7. Que la oferta económica adjunta fue elaborada teniendo en cuenta todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones que se causen con ocasión de la presentación de la Oferta, suscripción y ejecución del contrato y que en consecuencia, de resultar adjudicatario no presentaré reclamos con ocasión del pago de tales gastos.
8. Que, en caso de resultar adjudicatario, suscribiré el contrato en la fecha prevista para el efecto en el Cronograma contenido en los Documentos del Proceso, y ejecutaré el contrato en el plazo

establecido por la Entidad para ello.

9. Que en caso de resultar adjudicatario, me obligo a presentar la garantía de cumplimiento prevista en los Documentos del Proceso en la fecha prevista para el efecto en el Cronograma allí contenido.
10. Que en caso de resultar adjudicatario me comprometo a que a la terminación de la vigencia del Contrato, la obra cumplirá con la totalidad del alcance y los requerimientos y especificaciones técnicas que forma parte de este proceso.
11. Manifiesto que el Proponente (xxxxxxx) está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral y demás aportes relacionados con las obligaciones laborales.
12. Adjunto la garantía de seriedad de la Oferta la cual cumple con lo establecido en los Documentos del Proceso.
13. Manifiesto bajo gravedad de juramento, que no me encuentro (ni la firma que represento) incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad o prohibiciones previstas en la Constitución Política o en la Ley, especialmente en el artículo 8º. de la Ley 80 de 1993, Ley 190 de 1995, Ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes, que impidan la participación del proponente en el presente proceso contractual y en la celebración y ejecución del respectivo contrato.

Recibiré notificaciones en la siguiente dirección en:

Persona de contacto:	(xxxxxxxxxxxx nombre)
C.C. número:	xxxxxxxxxxxxxx
Dirección:	(xxxxxxxxxxxx)
Ciudad:	(xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)
Teléfono:	(xxxxxxxxxxx)
Celular:	(xxxxxxxxxxxxx)
e-mail:	(xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)

Firma proponente (representante legal – persona natural)
Nombre: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
CC

Firma de quien avala la propuesta
Nombre: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
CC
MP

FORMATO - CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES - (PERSONAS NATURALES)

Ciudad y fecha,

Doctora
DAYRA LICETH MEJÍA GARCÍA
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ
San Martín, Cesar

REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACIÓN NUMERO XXXXXXXX-
OBJETO - [xxxxxxxxxxxxx]

Yo XXXXXXXXXXXXX, identificado (a) con C.C. No. XXXXXXXXXXXX de XXXXXXXX, de acuerdo con lo señalado en el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, que he efectuado el pago por concepto de mis aportes y el de mis empleados a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, 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 la propuesta para el presente proceso de selección.
[En caso que el proponente no tenga personal a cargo y por ende no esté obligado a efectuar el pago de aportes parafiscales y seguridad social, debe también bajo la gravedad de juramento indicar esta circunstancia en el presente anexo.]

NOTA 1: Para el caso de las modalidades de asociación, este deberá ser presentado por cada integrante.

NOTA 2: 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. Así mismo, en el caso del pago 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 artículo 10 de la ley 21 de 1982, reglamentado por el Decreto 1670 de 2007.

NOTA 3: 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.

Presentado para ser válida dentro del proceso de selección No. _____
Dada en _____ a los ( )_____ del mes de _____ de _____

FIRMA :XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
NOMBRE DE QUIEN DECLARA : XXXXXXXXXXXXXXXX

FORMATO - CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES - (PERSONAS JURÍDICAS)

Ciudad y fecha,

Doctora
DAYRA LICETH MEJÍA GARCÍA
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ
San Martín, Cesar

REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACIÓN NUMERO XXXXXXXX-
OBJETO - [xxxxxxxxxxxxx]

[Use la opción que corresponda, según certifique el Representante Legal o el Revisor Fiscal]
Yo, _____, identificado con _____, en mi condición de **Representante Legal** de (Razón social de la compañía) identificada con Nit _____ , debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Yo, _____, identificado con _____, y con Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de **Revisor Fiscal** de (Razón social de la compañía) identificada 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 de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar) pagados por la compañía durante los últimos seis (6) calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta, dichos pagos corresponden a los montos contabilizados y cancelados 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 1: Para el caso de las modalidades de asociación, este deberá ser presentado por cada integrante.
NOTA 2: 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. Así mismo, en el caso del pago 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 artículo 10 de la ley 21 de 1982, reglamentado por el Decreto 1670 de 2007.

NOTA 3: 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.
Presentado para ser válida dentro del proceso de selección No. _____

Dada en _____ a los ( )_____ del mes de _____ de _____

FIRMA ----------
NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA _____
FORMATO - DOCUMENTO DE CONSTITUCION - UNIÓN TEMPORAL

Ciudad y fecha,

Doctora
DAYRA LICETH MEJÍA GARCÍA
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ
San Martín, Cesar

REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACIÓN NUMERO XXXXXXXX-
OBJETO - [xxxxxxxxxxxx]

Entre los suscritos a saber: _____, mayor de edad, residente en _____(dirección) de la ciudad de _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, expedida en_____, quien obra en nombre y representación legal de_____, (Escribir el nombre completo incluyendo el tipo de sociedad o de la persona natural, según el caso.), legalmente constituida, con domicilio principal en_____, con NIT No_____, y debidamente facultado por la Junta de Socios y/o estatutos sociales, y _____, mayor de edad, residente en _____(dirección) de la ciudad de _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, expedida en _____ _____quien obra en nombre y representación legal de (Escribir el nombre completo incluyendo el tipo de sociedad o de la persona natural, según el caso.) _____, legalmente constituida, con domicilio principal en_____, con NIT No. _____; manifestamos que mediante el presente documento hemos acordado integrar UNION TEMPORAL cuya integración, conformación y reglamentación se regirá por las siguientes cláusulas:
PRIMERA: OBJETO El objeto del presente documento es la integración de UNION TEMPORAL entre, _____ y _____, con el propósito de **complementar o reunir** los requisitos de participación, habilitantes y de evaluación exigidos, de las partes que constituyen la presente UNION TEMPORAL, para la preparación y presentación de la propuesta, adjudicación, celebración y ejecución del contrato, dentro de la convocatoria No. _____, abierta por la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ**, cuyo objeto es _____.

SEGUNDA – RESPONSABILIDAD: Nuestra responsabilidad será solidaria, mancomunada e ilimitada en todas y cada una de las obligaciones derivadas de la propuesta y el respectivo contrato. En consecuencia las actuaciones hechos y omisiones que se presenten en desarrollo de la propuesta y del contrato, afectaran a todos los miembros que lo conforman. **TERCERA - DENOMINACIÓN**: El presente UNION TEMPORAL se denominará _____. **CUARTA - DOMICILIO**: El domicilio del UNION TEMPORAL será: (dirección _____ de la ciudad de _____

QUINTA - REPRESENTANTE UNION TEMPORAL: Se designa como Representante del presente UNION TEMPORAL a _____, identificado con cédula de ciudadanía No _____, expedida en _____, cargo este que se entiende aceptado con la firma del presente documento y quien está autorizado para contratar, comprometer, negociar y representar al UNION TEMPORAL.

SEXTA - DURACIÓN.- La duración del presente UNION TEMPORAL en caso de salir favorecido con la adjudicación será igual al tiempo comprendido entre el momento del acuerdo de modalidad de selección como exigencia de actuación legal en la etapa precontractual, la contractual y la liquidación del contrato y un (1) año más. En todo caso UNION TEMPORAL durará todo el término necesario para atender las garantías prestadas. **SÉPTIMA - PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN**. Los miembros del UNION TEMPORAL tienen la siguiente participación: _____ % _____ % _____ % _____que corresponde a las obligaciones contenidas en el formulario de la propuesta a saber:

No	INTEGRANTE	ITEMS o ACTIVIDADES A EJECUTAR POR CADA INTEGRANTE	PORCENTAJE DE LAS ACTIVIDADES RESPECTO DEL TOTAL
1	COLOCAR NOMBRE INTEGRANTE 1		
2	COLOCAR NOMBRE INTEGRANTE 2		
....	COLOCAR NOMBRE INTEGRANTE 3		

OCTAVA - CESIÓN.- Debe tenerse en cuenta que no podrá haber cesión de la participación de los integrantes de la modalidad de asociación entre ellos. Cuando se trate de cesión a un tercero se

requerirá aprobación escrita de la entidad. En caso de aceptarse la cesión, el cesionario deberá tener las mismas o mejores calidades que el cedente. El documento podrá contener las demás CLÁUSULAS OPCIONALES, que los asociados consideren pertinentes, siempre y cuando no contravengan lo dispuesto en la ley 80/93 o incluyan limitaciones o exclusiones de los integrantes frente a la entidad, Aspectos Financieros, Arbitramento, Reglas básicas que regulen las relaciones entre los integrantes, entre otros aspectos.
En constancia de lo anterior, se firma por quienes intervinieron en el presente documento a los _____, días del mes _____, del año _____.

ACEPTO:

FIRMA REPRESENTANTE DE LA UT _____
NOMBRE _____
CC.: _____
Dirección: (xxxxxxxxxxxx)
Ciudad: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)
Teléfono: (xxxxxxxxxxx)
Celular: (xxxxxxxxxxxxx)
e-mail: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)

Firma Integrante 1 de la UT:_____
Nombre Integrante 1_____
NIT o C.C. _____
C.C. número: xxxxxxxxxxxxxx
Dirección: (xxxxxxxxxxxx)
Ciudad: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)
Teléfono: (xxxxxxxxxxx)
Celular: (xxxxxxxxxxxxx)
e-mail: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)

Firma Integrante 2 de la UT:_____
Nombre Integrante 2_____
NIT o C.C. _____
C.C. número: xxxxxxxxxxxxxx
Dirección: (xxxxxxxxxxxx)
Ciudad: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)
Teléfono: (xxxxxxxxxxx)
Celular: (xxxxxxxxxxxxx)
e-mail: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)

FORMATO – DOCUMENTO DE CONSTITUCION – CONSORCIO

Ciudad y fecha,

Doctora
DAYRA LICETH MEJÍA GARCÍA
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ
San Martín, Cesar

REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACIÓN NUMERO XXXXXXXX-
OBJETO - [xxxxxxxxxxxxx]

Entre los suscritos a saber: xxxxxxxxxxxxxxxxx, mayor de edad, (dirección) de la ciudad de _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, expedida en_____, quien obra en nombre y representación legal de_____, (Escribir el nombre completo incluyendo el tipo de sociedad o de la persona natural, según el caso.), legalmente constituida, con domicilio principal en_____, con NIT No_____, debidamente facultado por la Junta de Socios o estatutos sociales, y xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, mayor de edad, (dirección) de la ciudad de _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, expedida en_____, quien obra en nombre y representación legal de_____, (Escribir el nombre completo incluyendo el tipo de sociedad o de la persona natural, según el caso.) _____, legalmente constituida, con domicilio principal en_____, con NIT No. _____ debidamente facultado por los estatutos sociales o Junta de socios, manifestamos que mediante el presente documento hemos acordado integrar un CONSORCIO cuya integración, conformación y reglamentación se regirá por las siguientes cláusulas:
PRIMERA: OBJETO El objeto del presente documento es la integración de un CONSORCIO entre, _____ y _____, con el propósito de **complementar y reunir** los requisitos de participación, habilitantes y de evaluación exigidos, de las partes que constituyen el presente CONSORCIO, para la preparación y presentación de la propuesta, adjudicación, celebración y ejecución del contrato, dentro de la convocatoria No. _____, abierta por la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ**, cuyo objeto es _____._____. **SEGUNDA – RESPONSABILIDAD:** Nuestra responsabilidad será solidaria, mancomunada e ilimitada en todas y cada una de las obligaciones derivadas de la propuesta y el contrato. En consecuencia las actuaciones hechos y omisiones que se presenten en desarrollo de la propuesta y del contrato, afectaran a todos los miembros que lo conforman.
TERCERA - DENOMINACIÓN: El presente CONSORCIO se denominará _____._____
CUARTA - DOMICILIO: El domicilio del CONSORCIO será: (dirección xxxxxx) de la ciudad de _____.
QUINTA - REPRESENTANTE DEL CONSORCIO: Se designa como Representante del presente CONSORCIO a _____, identificado con cédula de ciudadanía No _____, expedida en

_____, cargo este que se entiende aceptado con la firma del presente documento y quien está autorizado para contratar, comprometer, negociar y representar al CONSORCIO.

SEXTA - DURACIÓN.- La duración del presente UNION TEMPORAL en caso de salir favorecido con la adjudicación será igual al tiempo comprendido entre el momento del acuerdo de modalidad de selección como exigencia de actuación legal en la etapa precontractual, la contractual y la liquidación del contrato y un (1) año más. En todo caso la modalidad de asociación durará todo el término necesario para atender las garantías prestadas.

SÉPTIMA - PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN. Los miembros del consorcio tienen la siguiente participación: _____ % _____ % _____ % _____.

OCTAVA - CESIÓN.- Debe tenerse en cuenta que no podrá haber cesión de la participación de los integrantes del consorcio o unión temporal entre ellos. Cuando se trate de cesión a un tercero se requerirá aprobación escrita la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ**. En caso de aceptarse la cesión por parte de la entidad, el cesionario deberá tener las mismas o mejores calidades que el cedente. El documento podrá contener las demás CLÁUSULAS OPCIONALES, que los asociados consideren pertinentes, siempre y cuando no contravengan lo dispuesto en la ley 80/93 o incluyan limitaciones o exclusiones de los Consorciados frente a la entidad, Aspectos Financieros, Arbitramento, Reglas básicas que regulen las relaciones entre los integrantes del CONSORCIO, entre otros aspectos.

En constancia de lo anterior, se firma por quienes intervinieron en el presente documento a los _____, días del mes _____, del año _____.

ACEPTO:

FIRMA REPRESENTANTE DEL CONSORCIO _____
NOMBRE _____
CC.: _____
Dirección: (xxxxxxxxxxx)
Ciudad: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)
Teléfono: (xxxxxxxxxx)
Celular: (xxxxxxxxxxxx)
e-mail: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)

Firma Integrante 1 del Consorcio:_____
Nombre Integrante 1_____
NIT o C.C. _____
C.C. número: xxxxxxxxxxxxx
Dirección: (xxxxxxxxxxx)
Ciudad: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)
Teléfono: (xxxxxxxxxx)
Celular: (xxxxxxxxxxxx)
e-mail: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)

Firma Integrante 2 del consorcio:_____
Nombre Integrante 2_____

NIT o C.C. ____________________
C.C. número: xxxxxxxxxxxxxx
Dirección: (xxxxxxxxxxxx)
Ciudad: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)
Teléfono: (xxxxxxxxxxx)
Celular: (xxxxxxxxxxxxx)
e-mail: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)

FORMATO - COMPROMISO DE TRANSPARENCIA

Ciudad y fecha,

Doctora
DAYRA LICETH MEJÍA GARCÍA
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ
San Martín, Cesar

REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACIÓN NUMERO XXXXXXX-
OBJETO - [xxxxxxxxxxxxx]

Los suscritos: ...., identificado con cédula de ciudadanía No.................. de.........................., domiciliado en.........................., actuando en mi propio nombre (o en representación de...) que en adelante se denominará el PROPONENTE, y los funcionarios abajo firmantes, debidamente identificados, que en adelante se denominaran LA ENTIDAD, manifestamos la voluntad de asumir el presente COMPROMISO DE TRANSPARENCIA teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1.) Que La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ**, adelanta un proceso contractual que tiene el siguiente objeto: **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.**

2.) Que el PROPONENTE tiene interés en apoyar la acción del Estado Colombiano y de la ESE, en el implemento de mecanismos y normas para el fortalecimiento de la transparencia en los procesos contractuales y en la lucha contra la corrupción.

3.) Que el PROPONENTE tiene interés en el presente proceso contractual referido en el primer considerando, y se encuentra dispuesto a suministrar la información necesaria para la transparencia del proceso, y en tal sentido realiza las siguientes manifestaciones y compromisos.

DECLARACIONES

PRIMERA: Proponente. Declaro no encontrarme incurso dentro de las inhabilidades e incompatibilidades previstas en la Constitución Política ni en el artículo 8°. de la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes, así como no tener sanción vigente por la trasgresión de alguna de ellas, para contratar con Entidades Públicas.

SEGUNDA: Proponente. Declaro que toda la información que suministré y suministraré a la entidad, es cierta y precisa y que no omití ni omitiré información que sea necesaria para la transparencia en la celebración y desarrollo del contrato.

TERCERA: Proponente. Declaro que no he ofrecido, ni ofreceré, no he dado, ni daré, ni directa ni indirectamente, dádiva o beneficio para obtener una decisión a mi favor, ventaja impropia o para perjudicar a alguno de los proponentes.
CUARTA: Proponente. Declaro que la propuesta presentada es seria y económicamente ajustada a la realidad, que asegura la posibilidad de ejecutar el objeto del presente contrato en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en los términos de referencia.
QUINTA: Proponente. Declaro públicamente que conozco y acepto las reglas establecidas para el presente contrato, las modificaciones, adendas, así como las aclaraciones que se realizaron a los términos de referencia, en condiciones de transparencia, equidad e igualdad.
SEXTA: Entidad. Declaro que los términos de referencia está ajustado a la Ley y que los procedimientos se llevarán a cabo con transparencia y publicidad.
COMPROMISOS
PRIMERO: Proponente. Si llegare a sobrevenir una inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, me comprometo a ceder el contrato, previa autorización escrita por la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ**, y si ello no fuere posible renunciaré a la ejecución del mismo, de conformidad con lo previsto en el artículo 9º.de la Ley 80 de 1993.
SEGUNDO: Proponente. Me comprometo a desarrollar todas mis actividades en el marco de principios éticos y a asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con el presente contrato.
TERCERO: Proponente. Me comprometo a suministrar a la entidad, cualquier información sobre actos de corrupción, soborno, subjetividad, presión o favorecimiento en el desarrollo del proceso contractual, del que tenga o llegare a tener conocimiento.
CUARTO: Proponente. Me comprometo a cumplir todas las obligaciones, cargas y los términos en general, previstos en los términos de referencia y en el contrato.
QUINTO: Proponente -Entidad. Nos comprometemos a desarrollar todas nuestras actividades en el marco de principios éticos y a asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con el presente contrato.
SEXTO: Entidad. Me comprometo a guardar cautela y reserva absoluta en lo que corresponde a la información y trámite del proceso, incluido el periodo de ejecución.
SEPTIMO: Entidad. Me comprometo a ser objetivo, y a tratar con igualdad a todos los proponentes.
OCTAVO: Entidad. Me comprometo a responder y a publicar las respuestas a las observaciones realizadas por todos los participantes.
NOVENO: Entidad. Me comprometo a rechazar y a denunciar cualquier dádiva u ofrecimiento hecho directa o indirectamente por algún participante o persona interesada en el proceso contractual.

En constancia de lo anterior y como manifestación de aceptación de nuestros compromisos y declaraciones incorporadas en el presente documento, se suscribe en la ciudad de _____ el día_____ del mes de_____ de 20xx.

EL PROPONENTE,

_____
Firma
Nombre
C.C No.

LA ENTIDAD,

_____
Firma
Nombre
C.C. No

FORMATO - COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Ciudad y fecha,

Doctora
DAYRA LICETH MEJÍA GARCÍA
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ
San Martín, Cesar

REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACIÓN NUMERO XXXXXXXX-
OBJETO - [xxxxxxxxxxxxx]

[xxxxxxxxxxxxxxxx Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente], identificado como aparece al pie de mi firma, [obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [nombre del Proponente], manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ, para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.

2. No estamos en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación [xxxxxxxxxxxxxxxInsertar información].

3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación xxxxxxxxxxx [Insertar información].

5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación xxxxxxxxxxxxxxxxxx[Insertar información] nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción. En constancia de lo anterior firmo este documento a los xxxxxxx días del mes de xxxxxxxxxxxxxx de xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

[Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural]
Nombre: [Insertar información]
Cargo: [Insertar información]
Documento de Identidad: [Insertar información

FORMATO – APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL

Ciudad y fecha,

Doctora
DAYRA LICETH MEJÍA GARCÍA
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ
San Martín, Cesar

REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACIÓN NUMERO XXXXXXXX-
OBJETO - [xxxxxxxxxxxxx]

[xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente], identificado como aparece al pie de mi firma, [xxxxxxxxxxxx obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [xxxxxxxxxxxxxxxx nombre del Proponente], manifiesto que en mi condición de proponte Nacional__, Extranjero__, la propuesta involucra:

BIENES, así: ___% nacionales y ___% no nacionales.

y SERVICIOS, así: ___% nacionales y ___% no nacionales.

FIRMA DEL PROPONENTE
NOMBRE

FORMATO 9 — VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

Ciudad y fecha,

Doctora
DAYRA LICETH MEJÍA GARCÍA
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ
San Martín, Cesar

REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACIÓN NUMERO XXXXXXXX-
OBJETO - [xxxxxxxxxxxxx]

[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 NIT [Incluir el NIT] certifico que el número total de trabajadores vinculados a la planta de personal a la fecha de cierre del Proceso de Contratación es el que se relaciona a continuación:

Número total de trabajadores vinculados a la planta de personal	Número de personas con discapacidad en la planta de personal

[El oferente para acreditar el número de personas con discapacidad en su planta de personal, deberá aportar el certificado expedido por el Ministerio de Trabajo, el cual deberá estar vigente a la fecha de cierre del Proceso de Contratación.]

[Nombre y firma de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda]

FORMATO 10 — PROPUESTA ECONOMICA

Ciudad y fecha,

Doctora
DAYRA LICETH MEJÍA GARCÍA
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ
San Martín, Cesar

REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACIÓN NUMERO XXXXXXXX-
OBJETO - [xxxxxxxxxxxxx]

INTERVENTORÍA, TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y AMBIENTAL PARA LA CONSTRUCCION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LA ESE HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ DEL MUNICIPIO DE SAN MARTIN, CESAR							
1. COSTOS DE PERSONAL							
ÍTEM	**PERFIL**	**CARGO**	**DEDICACIÓN (hombre-mes)**	**NÚMERO DE PERSONAS**	**TIEMPO EN MESES**	**SALARIOS**	**VALOR TOTAL**
A	**PERSONAL PROFESIONAL**						
1	ARQUITECTO O INGENIERO CIVIL	DIRECTOR DE INTERVENTORIA	70%	1	15		
2	INGENIERO CIVIL	RESIDENTE DE INTERVENTORIA	100%	1	15		
3	PROFESIONAL HSEQ-SISO	SISO	80%	1	15		
4	ARQUITECTO O INGENIERO CIVIL	HABILITADOR	70%	1	15		
5	INGENIERO ESPECIALISTA EN ESTRUCTURAS	ESPECIALISTA EN ESTRUCTURAS	70%	1	15		

6	INGENIERO ELECTROMECANICO	ASESOR ELECTROMECANICO	70%	1	15		
B	**PERSONAL TÉCNICO**						
1	TECNICO	INSPECTOR DE INTERVENTORIA	100%	1	15		
2	TOPÓGRAFO	TOPÓGRAFO	80%	1	15		
3	CADENERO 1	CADENERO 1	80%	1	15		
4	SECRETARIA		80%	1	15		
A+B+C	**SUBTOTAL PERSONAL**						
FM	**FACTOR MULTIPLICADOR**						
D	**SUBTOTAL COSTOS DE PERSONAL (A+B+C)* FM**						

2. COSTOS DIRECTOS							
ÍTEM	**TIPO**	**DESCRIPCIÓN**	**UNIDAD**	**CANT.**	**TIEMPO**	**VALOR**	**VALOR TOTAL**
1	CAMPERO, PICK-UP, CAMIONETA.	ALQUILER DE CAMIONETA DE CILINDRAJE 900 A SUPERIOR, INCLUYE CUMBUSTIBLE Y CONDUCTOR	MES	1	15		
2	TOPOGRAFIA (Incluye trásito, nivel y elementos complementarios).	ALQUILER DE EQUIPO DE TOPOGRAFIA (ESTACIONES, NIVELES DE PRECISIÓN, GPS, ENTRE OTROS)	MES	1	15		
3	ARRIENDO OFICINA	SERVICIOS INCLUIDOS	MES	1	15		
4	DOTACIÓN DE OFICINA	MOBILIARIO	UND	1			
5	GASTOS PAPELERIA,Y IMPRESION	CONSUMIBLES	MES	1	15		
6	COMPRA EQUIPOS OFICINA	COMPUTADOR, IMPRESORA	UND	1			
7	LABORATORIO	LABORATORIO-INTERVENTORIA (Incluye Equipo Completo y Entrega de	MES	1	15		

		Informes de Ensayos y Resultados)					
D	SUBTOTAL COSTOS DIRECTOS						
E	TOTAL COSTOS DE INTERVENTORÍA (C+D)						
F	IVA SOBRE (E)						
	VALOR TOTAL DE LA INTERVENTORÍA (E+F)						