Municipio de Dosquebradas

FORMATO 01

MODELO CARTA DE PRESENTACION
DE LA EXPRESIÓN DE INTERÉS

Señores
MUNICIPIO DE DOSQUEBRADAS – SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.
Alcaldía de Dosquebradas

El (los) abajo firmante(s), actuando en nombre y representación de (colocar nombre del Proponente o de sus miembros) ofrece (mos), mediante la suscripción de un contrato, para ***"EFECTUAR LA AUDITORIA EXTERNA A LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO Y A LOS ASIGNADOS COMO SUBSIDIO A LA OFERTA PARA LA VIGENCIA 2024"***

De acuerdo con los Pliegos de Condiciones y declara (mos):

1. Que ninguna otra persona o entidad, diferentes de las nombradas aquí, tiene participación en esta propuesta o en el contrato que será el resultado de este proceso y que, por lo tanto, solamente los firmantes están vinculados a dicha propuesta.
2. Que conocemos los pliegos de condiciones y demás documentos, así como las demás condiciones e informaciones necesarias para la presentación de la propuesta, y aceptamos todos los requerimientos establecidos en dichos documentos.
3. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en los documentos del proceso de selección.
4. Que entendemos que el valor del Contrato, conforme está definido en los documentos de los Pliegos de condiciones, incluye todos los impuestos, tasas o contribuciones directas o indirectas que sean aplicables, así como todos los costos directos e indirectos que se causen por labores de administración y las utilidades del contratista.
5. Que no existe ninguna falsedad en nuestra Propuesta.
6. Que el (los) abajo firmante(s), obrando en nombre y representación del Proponente manifiesto (amos) que me (nos) obligo (amos) incondicionalmente a firmar y ejecutar el Contrato asignado, en los términos y condiciones previstos en los Pliegos de Condiciones.
7. Que de acuerdo con lo establecido en los Pliegos de condiciones, adjunto se anexa la documentación solicitada en los mismos.
8. Que, a solicitud de la Secretaría de Salud y Seguridad Social del Municipio de Dosquebradas, me (nos) obligo (amos) a suministrar cualquier información adicional necesaria para la correcta evaluación de la propuesta.
9. Que de manera libre y espontánea manifiesto (amos) que en el evento de resultar adjudicatario(s) del contrato, renuncio a efectuar cualquier acción, reclamación o demanda

Carrera 19 No.17-20 Barrio Santa Mónica- Dosquebradas Teléfono: (6) 3320071
Código Postal 66 1001 - salud@dosquebradas.gov.co

en contra de la Secretaría de Infraestructura del Municipio de Dosquebradas como resultado de la ejecución y liquidación del mismo.

10. Que conozco (cemos) detalladamente y que he hecho todas las averiguaciones necesarias para asumir los riesgos sociales, normativos, climáticos, ambientales, y técnicos que la ejecución del contrato me demande, y en consecuencia manifiesto (amos) que asumo (imos) los resultados económicos de los mismos.

Bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado al firmar esta carta manifiesto (amos), que no me (nos) encuentro (amos) ni personal ni corporativamente, en curso(s) en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad previstas en las normas legales, así mismo señalo que no me encuentro en el boletín de responsables fiscales de la Contraloría General de la República.

Esta propuesta es avalada por {nombre}: _____con tarjeta profesional No. _____, quien firma esta carta y quien no tiene incompatibilidades o conflictos de interés con la Secretaría de Infraestructura del Municipio de Dosquebradas.

El (Los) abajo firmante(s) declaro (amos) que he (mos) recibido todos los documentos y anexos descritos en los Pliegos de condiciones, así como las adendas a los mismos.

De ustedes atentamente,

NOMBRE DEL PROPONENTE.
CIUDAD:
DIRECCIÓN
TELÉFONOS
FAX
CORREO ELECTRÓNICO
NIT
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO:
FIRMA: _____
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE AVALA LA PROPUESTA:
FIRMA: _____

Carrera 19 No.17-20 Barrio Santa Mónica- Dosquebradas Teléfono: (6) 3320071
Código Postal 66 1001 - salud@dosquebradas.gov.co

FORMATO 02
CONCURSO DE MÉRITOS
EXPERIENCIA GENERAL DEL PROPONENTE

No.	CONTRATISTA	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN	ENTIDAD CONTRATANTE O PROPIETARIO	LOCALIZACIÓN	OBJETO	VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO A LA TERMINACIÓN ($)	VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO A LA TERMINACIÓN (SMMLV)	FECHA DE INICIACIÓN (1)	FECHA DE TERMINACIÓN (1)
1									
2									
3									
4									
5									

NOMBRE DEL PROPONENTE:
NIT:
1. Deberá relacionar en conjunto las certificaciones indicadas en el numeral 3.2.4
2. Registre el objeto de la experiencia especifica del proponente tal como aparece en el respectivo soporte. No relacione experiencia ni actividades que no estén debidamente soportadas.
3. (1) Indicar mes y año.
4. La experiencia relacionada en este formato debe contar con la totalidad de los soportes solicitados en los estudios previos y pliego de condiciones.

Carrera 19 No.17-20 Barrio Santa Mónica- Dosquebradas Teléfono: (6) 3320071
Código Postal 66 1001 - salud@dosquebradas.gov.co

FORMATO 03
CONCURSO DE MÉRITOS
EXPERIENCIA ESPECÍFICA DEL PROPONENTE

No.	CONTRATISTA	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN	ENTIDAD CONTRATANTE O PROPIETARIO	LOCALIZACIÓN	OBJETO	VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO A LA TERMINACIÓN ($)	VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO A LA TERMINACIÓN (SMMLV)	FECHA DE INICIACIÓN (1)	FECHA DE TERMINACIÓN (1)
1									
2									
3									
4									

NOMBRE DEL PROPONENTE
NIT:

1. Deberá relacionar en conjunto máximo las certificaciones indicadas en el numeral 3.3.1
2. Registre el objeto de la experiencia especifica del proponente tal como aparece en el respectivo soporte. No relacione experiencia ni actividades que no estén debidamente soportadas.
3. (1) Indicar mes y año.
4. La experiencia relacionada en este formato debe contar con la totalidad de los soportes solicitados en los términos de referencia

Carrera 19 No.17-20 Barrio Santa Mónica- Dosquebradas Teléfono: (6) 3320071
Código Postal 66 1001 - salud@dosquebradas.gov.co

FORMATO 04
CONCURSO DE MÉRITOS
RELACION EQUIPO DE TRABAJO OBJETO DE CALIFICACION

PROPONENTE:

NOMBRE	PROFESIÓN	ASIGNADO AL CARGO DE:	AÑOS DE EXPERIENCIA GENERAL	AÑOS DE EXPERIENCIA ESPECIFICA	CARGOS DESEMPEÑADOS	MATRICULA O TARJETA PROFESIONAL	TIEMPO DE DEDICACIÓN AL PROYECTO

Carrera 19 No.17-20 Barrio Santa Mónica- Dosquebradas Teléfono: (6) 3320071
Código Postal 66 1001 - salud@dosquebradas.gov.co

Municipio de Dosquebradas

FORMATO 05
CONCURSO DE MÉRITOS
CARTA DE COMPROMISO

Dosquebradas, _____ del 2.024

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____Expedida en _____, de profesión _____ con T.P o M.P No _____ de _____, me comprometo a prestar mis servicios como _____, con una dedicación del ___% a la firma_____ para ***"EFECTUAR LA AUDITORIA EXTERNA A LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO Y A LOS ASIGNADOS COMO SUBSIDIO A LA OFERTA PARA LA VIGENCIA 2024",*** en caso de que éste resultare adjudicatario del presente proceso.

Igualmente, declaro que estoy en disposición de cumplir las actividades detalladas en el plan de trabajo presentado en la propuesta y a ejecutar la labor de manera directa en el Municipio de Dosquebradas.

FIRMA: _____
IDENTIFICACIÓN: _____
M.P._____

Revisó: **Claudia Liliana Montes Guerrero**
Abogada contratista

Carrera 19 No.17-20 Barrio Santa Mónica- Dosquebradas Teléfono: (6) 3320071
Código Postal 66 1001 - salud@dosquebradas.gov.co