FORMATOS INVITACIÓN PÚBLICA N° xxxxxx DE 2020

MINIMA CUANTIA

Contratar el Servicio de salud enodontología general, especializada y ayudas diagnosticas (Ortodoncia, Ortopedia Maxilar, Periodoncia, Cirugía Oral, Endodoncia, Rehabilitación Oral, Odontopediatría, Radiología), para los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar.

LOS FORMATOS DEBEN VENIR CON EL LOGO DE SU EMPRESA

La Dirección del SENA

FORMATO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Propuesta presentada al SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA para el proceso de SELECCIÓN DE MINIMA CUANTIA **MC-RB-DIR-00012- 2020**.

Ciudad y Fecha

Nosotros los suscritos: _____ de acuerdo a la invitación pública hacemos la siguiente propuesta para el proceso de SELECCIÓN MINIMA CUANTIA en caso de que sea aceptada por el SENA, nos comprometemos a firmar el Contrato correspondiente.

Declaramos así mismo:

1. Que conocemos la información general y demás documentos del proceso de SELECCIÓN DE MINIMA CUANTIA y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.

2. Que nos comprometemos a ejecutar totalmente el Contrato, en el plazo establecido en la invitación pública.

3. Que si se nos adjudica el Contrato, nos comprometemos a constituir las garantías requeridas y a suscribir éstas y aquél dentro de los términos señalados para ello.

4. Que hemos recibido las adendas a los documentos del proceso de SELECCIÓN DE MINIMA CUANTIA (indicar el número y la fecha de cada uno) y que aceptamos su contenido.

5. Que la presente propuesta consta de _____ (__) folios debidamente numerados.

6. Que el **valor ofertado** de nuestra Propuesta, es la indicada en el **FORMATO No. 2 PROPUESTA ECONÓMICA**.

7. Así mismo, declaramos **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, sujeto a las sanciones establecidas en el Código Penal :

8. Que la información contenida en la propuesta es verídica y que asumimos total responsabilidad frente al SENA cuando los datos suministrados sean falsos o contrarios a la realidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el Código Penal y demás normas concordantes.

FORMATOS INVITACIÓN PÚBLICA N° xxxxxx DE 2020

MINIMA CUANTIA

Contratar el Servicio de salud enodontología general, especializada y ayudas diagnosticas (Ortodoncia, Ortopedia Maxilar, Periodoncia, Cirugía Oral, Endodoncia, Rehabilitación Oral, Odontopediatría, Radiología), para los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar.

LOS FORMATOS DEBEN VENIR CON EL LOGO DE SU EMPRESA

9. Que no nos hallamos incursos en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y en la Ley y no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar. En especial, manifestamos que no nos hallamos reportados en el Boletín de Responsables Fiscales vigente, publicado por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el numeral 4º del artículo 38 de la Ley 734 de 2002 (Código Único Disciplinario), en concordancia con el artículo 60 de la Ley 610 de 2000**. *(Se recuerda al proponente que si está incurso en alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad, no puede participar en el proceso de selección de contratistas y debe abstenerse de formular propuesta.).***

10. Que mediante la presente autorizamos al SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE- SENA para que por el medio más expedito o por mensajes de datos, nos notifiqué de cualquier comunicación, decisión, respuesta a observaciones, requerimiento y demás actos que sean de obligatoria comunicación para garantizar el derecho al debido proceso, para lo cual nos permitimos suministrar la siguiente dirección electrónica: _____@_____

Atentamente,

Nombre o Razón Social del Proponente: _____
Nit: _____
Nombre del Representante Legal: _____
C.C. No. _____ de _____
Dirección _____
Teléfonos _____ Fax _____
Ciudad _____
FIRMA: _____
NOMBRE DE QUIEN FIRMA:

FORMATOS INVITACIÓN PÚBLICA N° xxxxxx DE 2020

MINIMA CUANTIA

Contratar el Servicio de salud enodontología general, especializada y ayudas diagnosticas (Ortodoncia, Ortopedia Maxilar, Periodoncia, Cirugía Oral, Endodoncia, Rehabilitación Oral, Odontopediatría, Radiología), para los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar.

LOS FORMATOS DEBEN VENIR CON EL LOGO DE SU EMPRESA

FORMATO N° 2

PROPUESTA ECONOMICA

El suscrito, obrando en representación de _____, ofrezco el Servicio de salud enodontología general, especializada y ayudas diagnosticas (Ortodoncia, Ortopedia Maxilar, Periodoncia, Cirugía Oral, Endodoncia, Rehabilitación Oral, Odontopediatría, Radiología), para los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar., con una tarifa propuesta de_____(Se debe escribir un solo porcentaje de descuento ofertado a aplicar a los valores estipulados por el SENA). El valor de la presente propuesta que se oferta incluye el impuesto al valor agregado IVA (si el servicio es cobijado). La oferta económica propuesta contempla todos los costos directos, indirectos, así como imprevistos, utilidades impuestos, tasas y contribuciones y cualquier otra erogación necesaria para la ejecución del Contrato.

LA PROPUESTA ECONÓMICA DEBE DILIGENCIARSE DE MANERA COMPLETA DE ACUERDO A ESTE FORMATO

ITEM	TARIFA OFERTADA – (Descuento)
Servicio de salud en odontología general, especializada y ayudas diagnosticas (Ortodoncia, Ortopedia Maxilar, Periodoncia, Cirugía Oral, Endodoncia, Rehabilitación Oral, Odontopediatría, Radiología), para los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar	Estipular el % de descuento a aplicar a los valores descritos por el SENA en Resolución 1262 de 2016

Nota: Se determinara como mejor oferta para el SENA, aquella que oferte el MAYOR PORCENTAJE DE DESCUENTO EN LOS SERVICIOS OFERTADOS.

Certifico que durante a ejecución del contrato que resulte del proceso de Selección de mínima No. **MC-RB-DIR-00012- 2020.**, en el evento en que la sociedad que represento resultare favorecida, mantendrá la tarifa ofertada ( )

Atentamente,

Nombre o Razón Social del Proponente: _____

Nit: _____

Nombre del Representante Legal: _____

C.C. No. _____ de _____

Dirección _____

Teléfonos _____ Fax _____

Ciudad _____

FIRMA: _____

FORMATOS INVITACIÓN PÚBLICA N° xxxxxx DE 2020

MINIMA CUANTIA

Contratar el Servicio de salud enodontología general, especializada y ayudas diagnosticas (Ortodoncia, Ortopedia Maxilar, Periodoncia, Cirugía Oral, Endodoncia, Rehabilitación Oral, Odontopediatría, Radiología), para los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar.

LOS FORMATOS DEBEN VENIR CON EL LOGO DE SU EMPRESA

NOMBRE DE QUIEN FIRMA:

NOTA: El SENA no se acepta la presentación de ofertas parciales ni alternativas.

FORMATO N° 3

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS UNICAS REQUERIDAS
(FICHA TECNICA ÚNICA)

ITEM	NUMERO DE SERVICIOS REQUERIDOS	DESCRIPCION DEL SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA
1	Global	Servicio de salud en odontología general, especializada y ayudas diagnosticas (Ortodoncia, Ortopedia Maxilar, Periodoncia, Cirugía Oral, Endodoncia, Rehabilitación Oral, Odontopediatría, Radiología), para los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívarr	Global

FORMATOS INVITACIÓN PÚBLICA N° xxxxxx DE 2020

MINIMA CUANTIA

Contratar el Servicio de salud enodontología general, especializada y ayudas diagnosticas (Ortodoncia, Ortopedia Maxilar, Periodoncia, Cirugía Oral, Endodoncia, Rehabilitación Oral, Odontopediatría, Radiología), para los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar.

LOS FORMATOS DEBEN VENIR CON EL LOGO DE SU EMPRESA

FORMATO N°4

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES PARA PERSONAS NATURALES Y/O JURIDICAS OBLIGADAS (ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002)

En mi condición de Contador y/o Revisor Fiscal (si lo requiere), de _____ (Razón Social de la Compañía), identificada con Nit _____, certifico que se encuentra al día, a la fecha de cierre del presente proceso, con los pagos por concepto de los aportes correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. Igualmente certifico que se encuentra al día en el cumplimiento de la obligación de contratación de aprendices.

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.

EN CASO DE NO REQUERIRSE DE REVISOR FISCAL, ESTE ANEXO DEBERÁ DILIGENCIARSE Y SUSCRIBIRSE POR EL CONTADOR DE LA COMPAÑÍA.

Dada en _____ D.C. a los ( ) _____ del mes de _____ de 2020.

FIRMA_____
NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA (REPRESENTANTE LEGAL Y/O REVISOR FISCAL)
TARJETA PROFESIONAL
(Para el Revisor Fiscal)_____

FORMATOS INVITACIÓN PÚBLICA N° xxxxxx DE 2020

MINIMA CUANTIA

Contratar el Servicio de salud enodontología general, especializada y ayudas diagnosticas (Ortodoncia, Ortopedia Maxilar, Periodoncia, Cirugía Oral, Endodoncia, Rehabilitación Oral, Odontopediatría, Radiología), para los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar.

LOS FORMATOS DEBEN VENIR CON EL LOGO DE SU EMPRESA

FORMATO N°5

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES PARA PERSONAS NATURALES Y/O JURIDICAS NO OBLIGADAS

(ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002)

En mi condición de Contador y/o Revisor Fiscal (si lo requiere), de _____ (Razón Social de la Compañía), identificada con Nit _____, certifico que al día de la fecha de cierre del presente proceso me encuentro al día con los pagos por concepto de los aportes correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales y no me encuentro obligado a cumplir con los pagos por concepto de los aportes parafiscales correspondientes a cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Igualmente certifico que no se encuentra obligada a la contratación de aprendices.

ANEXAR EVIDENCIA DEL ÚLTIMO PAGO POR CONCEPTO DE SEGURIDAD SOCIAL.

EN CASO DE NO REQUERIRSE DE REVISOR FISCAL, ESTE ANEXO DEBERÁ DILIGENCIARSE Y SUSCRIBIRSE POR EL CONTADOR DE LA COMPAÑÍA.

Dada en _____ D.C. a los ( ) _____ del mes de _____ de 2020.

FIRMA_____
NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA (REPRESENTANTE LEGAL Y/O REVISOR FISCAL)
TARJETA PROFESIONAL
(Para el Revisor Fiscal)_____

FORMATOS INVITACIÓN PÚBLICA N° xxxxxx DE 2020

MINIMA CUANTIA

Contratar el Servicio de salud enodontología general, especializada y ayudas diagnosticas (Ortodoncia, Ortopedia Maxilar, Periodoncia, Cirugía Oral, Endodoncia, Rehabilitación Oral, Odontopediatría, Radiología), para los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar.

LOS FORMATOS DEBEN VENIR CON EL LOGO DE SU EMPRESA

FORMATO No. 6

CERTIFICACIÓN PAGOS DE IMPUESTO A LA RENTA PARA LA EQUIDAD CREE PERSONAS JURIDICAS

(LEY 1607 DE 2012)

En mi condición de Contador Público de _____ (Razón Social de la Compañía), identificada con Nit _____, certifico que por ser una persona jurídica responsable y declarante del impuesto de Renta y Complementarios y del Impuesto sobre la Renta para la Equidad -CREE-, se encuentra exonerada del pago de los aportes parafiscales correspondientes al SENA y al ICBF, por todos sus trabajadores, ya que sus salarios son inferiores a los diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Adjunto se envía planilla de pago correspondiente.

Nombre o Razón Social del Proponente: _____
Nit: _____
Nombre del Representante Legal: _____
C.C. No. _____ de _____
Correo Electrónico _____
Dirección _____
Teléfonos _____ Fax _____
Ciudad _____
FIRMA: _____
NOMBRE DE QUIEN FIRMA:

(ANEXAR FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DEL CONTADOR Y/O REVISOR FISCAL SI EXISTIERE, Y TARJETA PROFESIONAL.)

FORMATOS INVITACIÓN PÚBLICA N° xxxxxx DE 2020

MINIMA CUANTIA

Contratar el Servicio de salud enodontología general, especializada y ayudas diagnosticas (Ortodoncia, Ortopedia Maxilar, Periodoncia, Cirugía Oral, Endodoncia, Rehabilitación Oral, Odontopediatría, Radiología), para los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar.

LOS FORMATOS DEBEN VENIR CON EL LOGO DE SU EMPRESA

FORMATO No. 7

HORARIO DE ATENCION

Cartagena,_____

Nombre del oferente:_____

Declaro bajo la gravedad de juramento, que para los servicios requeridos por el SENA – Regional Bolívar Proceso de Selección de minima cuantìa, los puntos, contactos y horarios ofrecidos para la atención a beneficiarios son:

No	UBICACIÓN O DIRECCION	NOMBRE DE CONTACTO	TELEFONO DE CONTACTO	HORARIO DE ATENCION
1				
2				
3				
4				

Firma, nombre y Cédula: Representante Legal

FORMATOS INVITACIÓN PÚBLICA N° xxxxxx DE 2020

MINIMA CUANTIA

Contratar el Servicio de salud enodontología general, especializada y ayudas diagnosticas (Ortodoncia, Ortopedia Maxilar, Periodoncia, Cirugía Oral, Endodoncia, Rehabilitación Oral, Odontopediatría, Radiología), para los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar.

LOS FORMATOS DEBEN VENIR CON EL LOGO DE SU EMPRESA

FORMATO No. 8

DELIMITACION DE AREAS

Cartagena,_____

Nombre del oferente:_____

Declaro bajo la gravedad de juramento, que para los servicios requeridos por el SENA Regional Bolívar Proceso de Selección minima cuantìa No_____los puntos ofrecidos para la atención a beneficiarios del SENA cuentan con áreas delimitadas, identificadas y especificas para la prestación de los servicios requeridos.

Igualmente, El servicio dispondrá de áreas delimitadas, identificadas y especificas para la realización de los exámenes, igualmente contará con acceso e infraestructura para la prestación de los servicios a personas con limitaciones físicas o discapacidad. Para su verificación el proponente deberá entregar certificación de cumplimiento de este requisito firmado por su Representante Legal.

Firma, nombre y Cédula: Representante Legal

FORMATOS INVITACIÓN PÚBLICA N° xxxxxx DE 2020

MINIMA CUANTIA

Contratar el Servicio de salud enodontología general, especializada y ayudas diagnosticas (Ortodoncia, Ortopedia Maxilar, Periodoncia, Cirugía Oral, Endodoncia, Rehabilitación Oral, Odontopediatría, Radiología), para los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar.

LOS FORMATOS DEBEN VENIR CON EL LOGO DE SU EMPRESA

FORMATO No. 9

ATENCION Y SERVICIOS

Cartagena,_____

Nombre del oferente:_____

Declaro bajo la gravedad de juramento, que para los servicios requeridos por el SENA Regional Bolívar Proceso de Selección m i n i m a cuantía No_____ se dispondrá de un procedimiento oportuno con un indicador de oportunidad no superior a cinco (5) días calendario. El procedimiento administrativo para su trámite igualmente debe será ágil y de fácil accesibilidad para el usuario. Se prefieren los medios electrónicos o de comunicación permanentes.

La espera y el ambiente que rodee a la misma, mientras se da la atención al usuario será cómoda y relajante, se evitará que el paciente o sus familiares realicen más trámites internos luego de que el paciente haya sido citado, no se e xigirá al paciente ningún documento diferente o adicional a los siguientes definidos por el SENA:

-Orden de Autorización firmada y sellada por los médicos generales asesores de la Regional Bolívar del SENA

-Hoja de Remisión de examen firmada por los médicos generales asesores del SENA Regional Bolívar.

-El usuario debe presentar CARNE o CONSTANCIA VIGENTE EXPEDIDA POR EL SENA y su DOCUMENTO DE IDENTIDAD.

Firma, nombre y Cédula: Representante Legal

FORMATOS INVITACIÓN PÚBLICA N° xxxxxx DE 2020

MINIMA CUANTIA

Contratar el Servicio de salud enodontología general, especializada y ayudas diagnosticas (Ortodoncia, Ortopedia Maxilar, Periodoncia, Cirugía Oral, Endodoncia, Rehabilitación Oral, Odontopediatría, Radiología), para los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar.

LOS FORMATOS DEBEN VENIR CON EL LOGO DE SU EMPRESA

FORMATO No. 10

SERVICIOS

Cartagena,_____

Nombre del oferente:_____

Declaro bajo la gravedad de juramento, que para los servicios requeridos por el SENA – Regional Bolívar Proceso de Selección de mínima cuantía _____, se cuenta con la tecnología e infraestructura para prestar todos los servicios requeridos por el SENA.

Firma, nombre y Cédula: Representante Legal