

ANEXOS:

**FORMATO N° 01
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA**

Riofrio, de 2025.

Señores

La ciudad.

Asunto: CONVOCATORIA PUBLICA No.

El (Los) suscrito(s), actuando en nombre y representación de
_____ ofrece(mos)
_____ y declaramos:

1. Que tengo (tenemos) poder y/o representación legal para firmar y presentar esta propuesta y; en consecuencia, que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse en caso de adjudicación, compromete totalmente a la(s) personas jurídicas(s) que legalmente represento.
2. Que ninguna otra persona o entidad, diferente a las aquí nombradas, tiene participación en esta propuesta o en el contrato que será el resultado de este proceso de selección y que, por lo tanto, solamente los firmantes están vinculados a dicha propuesta.
3. Que hemos estudiado, conocemos, entendemos y aceptamos el contenido de todos los documentos que hacen parte integral de los términos de condiciones de la selección, sus formatos y sus anexos, así como de todas las adendas (si las hubiere) a los términos de condiciones, y demás condiciones e informaciones necesarias para la presentación de esta propuesta, y aceptamos totalmente todos los requerimiento, obligaciones y derechos establecidos en dichos términos y documentos.

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



4. Que renunciamos a cualquier reclamación por ignorancia o errónea interpretación de los documentos del presente proceso de selección.
5. Que reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características y especificaciones de los productos y servicios que nos obligamos a producir y prestar y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la propuesta, sobre un examen cuidadoso de las características del negocio, de conformidad con lo previsto en los términos de condiciones.
6. Que aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir y que pueda influir en nuestra Propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como futuros contratistas y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza o situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.
7. Que nuestra Propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en los documentos de la Selección Pública del Contratista, sin incluir excepción o condicionamiento alguno para la Adjudicación.
8. Que no existe ninguna falsedad en nuestra Propuesta y que asumimos total responsabilidad frente al Hospital cuando los datos suministrados sean falsos o contrarios a la realidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el Código Penal y demás normas concordantes.
9. Que la información suministrada con nuestra Propuesta no fija condiciones artificialmente bajas con el propósito de obtener la Adjudicación del Contrato.
10. Que con la presentación de la propuesta nos comprometemos a cumplir TODOS los requerimientos descritos en los presentes términos de condiciones y en especial las Especificaciones Técnicas.
11. Que aceptamos y autorizamos al HOSPITAL para que verifique la información aportada con nuestra Propuesta.
12. En la eventualidad de que nos sea adjudicado el Contrato, nos obligamos incondicional y solidariamente a:

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!





Hospital
Kennedy

Empresa Social del Estado E.S.E

NIT: 891900732-8

RIOFRIO - VALLE

- (i) Firmar y ejecutar el Contrato, en los términos, Especificaciones Técnicas y condiciones previstos en los terminos de condiciones de la convocatoria pública, en la minuta del Contrato y en sus Anexos.
 - (ii) Asumir todas las obligaciones emanadas de nuestra Propuesta y de la Adjudicación hasta la efectiva suscripción del Contrato.
 - (iii) Cumplir dentro de los plazos fijados en los términos de Condiciones y en la minuta del Contrato todos los trámites necesarios para la firma, legalización y ejecución del mismo.
13. Que, de acuerdo con lo establecido en los términos de condiciones, adjunto se presenta la totalidad de la documentación solicitada en el mismo.
14. Que a solicitud del HOSPITAL me(nos) obligo(amos) a suministrar cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta Propuesta.
15. Que la presente Propuesta consta de _____ (__) folios debidamente numerados.
16. Bajo la gravedad del juramento manifiesto (manifestamos) que:
- (i) No me(nos) encuentro(encontramos) ni personal ni corporativamente, incurso(s) en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad previstas en el artículo 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, y demás disposiciones legales vigentes y no me(nos) encuentro(encontramos) en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar;
 - (ii) No me(nos) encuentro(encontramos) incurso(s) en ninguna causal de disolución y/o liquidación y que no me(nos) encuentro(encontramos) adelantando un proceso de liquidación obligatoria o concordato;
 - (iii) No me(nos) encuentro(encontramos) en proceso de reestructuración según lo previsto en la Ley 1116 de 2006 .
 - (iv) No me(nos) encuentro(encontramos) reportado(s) en el Boletín de responsables Fiscales vigente, publicado por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el numeral 4 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002, en concordancia con el artículo 60 de la Ley 610 de 2000.

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



Calle 7 Número 10-65 PBX- 2268100-2268101

gerencia@esekennedy-riofrio-valle.gov.co



Hospital
Kennedy

Empresa Social del Estado E.S.E

NIT: 891900732-8
RIOFRIO - VALLE

- (v) He (hemos) cumplido con mi (nuestras) obligaciones de aporte con los sub-sistemas de seguridad social en salud, riesgos profesionales y pensiones, así como mi (nuestras) obligaciones de aporte a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y al Servicio Nacional de Aprendizaje.

La información relativa al Proponente que podrá ser utilizada por EL HOSPITAL para todos los efectos del presente proceso de selección es la siguiente:

Nombre del Proponente: _____

NIT del Proponente: _____ Régimen: _____

Representante legal del Proponente: _____

Documento de identidad del representante legal del Proponente: _____

Dirección del Proponente: _____ Ciudad: _____

Teléfono del Proponente: _____

Fax del Proponente: _____

Correo electrónico del Proponente: _____

Atentamente,

Nombre de cada uno de los integrantes del Proponente plural

Nombre y firma del representante legal o apoderado del Proponente

Nombre del Proponente

Nombre y firma del representante legal o apoderado del Proponente.

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



Calle 7 Número 10-65 PBX- 2268100-2268101

gerencia@esekennedy-riofrio-valle.gov.co

FORMATO N° 02
CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Ref.: Certificación de no estar incurso en causales de conflicto de intereses, Inhabilidad, Incompatibilidad, prohibiciones.

Cordial saludo,

Por medio de la presente, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en alguna (s) causal (es) de conflicto de intereses, inhabilidades, incompatibilidades y/o prohibiciones, establecidas en la Constitución Política de Colombia, así como las de los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, Leyes 734 de 2002 y 1474 de 2011, Decreto Ley 019 de 2012, y las demás que se encuentren vigentes. Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales. Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, que establece: “Falso testimonio. El que en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años”,

Cordialmente,

Oferente _____
NIT: _____
Representante Legal _____
Cédula de Ciudadanía _____



FORMATO N° 03 MODELO CONFORMACIÓN CONSORCIO

Por medio del presente escrito hacemos constar que hemos constituido el CONSORCIO _____ para participar en la Convocatoria Pública del Contratista **CONVOCATORIA PUBLICA**, que tiene por objeto seleccionar propuesta para: **“ADQUISICION DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS REQUERIDOS PARA LA OPERACION DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD (EBS) SEGÚN RESOLUCIÓN 1978 Y 1397 del 2024.”**

Integrantes del consorcio:

1. Nombre: _____
C.C. o NIT: _____
2. Nombre: _____
C.C. o NIT: _____

Aportes: Porcentaje (%) con el que participa cada integrante: _____

Duración: Por el plazo del contrato y un (1) año más.

Compromiso: Al conformar el consorcio para participar en la SELECCIÓN PÚBLICA DEL CONTRATISTA, sus integrantes se comprometen a:

1. Participar en la presentación conjunta de la propuesta, así como a suscribir el contrato.
2. Responder en forma solidaria e ilimitada por el cumplimiento total de la propuesta y de las obligaciones que se originen del contrato suscrito con EL HOSPITAL
3. Responder en forma solidaria por todas las actuaciones, hechos y omisiones que se presenten en desarrollo de la propuesta y del contrato.
4. No ceder su participación en el consorcio a otro integrante del mismo.
5. No ceder su participación en el consorcio a terceros sin la autorización previa de EL HOSPITAL.
6. No revocar el consorcio durante el tiempo de duración del contrato y un (1) año más.

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



ORGANIZACIÓN INTERNA DEL CONSORCIO: Para la organización del Consorcio, hemos designado como Representante Legal a _____, quien tendrá las siguientes facultades:

1.

_____ 2.

3. _____

Para constancia se firma el presente documento en _____, a los _____ (____) días del mes de _____ de _____.

NOMBRES Y FIRMAS: _____

NOTA: El presente anexo constituye sólo un modelo, su contenido podrá ser variado por los PROPONENTES.



FORMATO N° 04 MODELO CONFORMACIÓN UNIÓN TEMPORAL

Por medio del presente escrito hacemos constar que hemos constituido la UNIÓN TEMPORAL _____, para participar en la Selección Pública del Contratista **CONVOCATORIA PUBLICA** _____, que tiene por objeto seleccionar propuesta para: **“ADQUISICION DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS REQUERIDOS PARA LA OPERACION DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD (EBS) SEGÚN RESOLUCIÓN 1978 Y 1397 del 2024”**

Integrantes de la Unión Temporal:

1. Nombre: _____
C.C. o NIT: _____

2. Nombre: _____
C.C. o NIT: _____

Aportes: Porcentaje (%) con el que participa cada integrante: _____
_____.

Duración: Por el plazo del contrato y un (1) año más.

Compromiso: Al conformar la unión temporal para participar en la CONVOCATORIA PÚBLICA DEL CONTRATISTA, sus integrantes se comprometen a:

1. Participar en la presentación conjunta de la propuesta, así como a suscribir el contrato.
2. Responder en forma solidaria e ilimitada por el cumplimiento total de la propuesta y de las obligaciones que se originen del contrato suscrito con EL HOSPITAL.
3. Responder ante las sanciones por incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato de acuerdo con la participación en la ejecución de cada uno de los miembros de la unión temporal.
4. No ceder su participación en la unión temporal a otro integrante de la misma.

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!





Hospital
Kennedy

Empresa Social del Estado E.S.E

NIT: 891900732-8
RIOFRIO - VALLE

5. No ceder su participación en la unión temporal a terceros sin la autorización previa de EL HOSPITAL
6. No revocar la unión temporal durante el tiempo de duración del contrato y un (1) año más.

ORGANIZACIÓN INTERNA DE LA UNIÓN TEMPORAL: Para la organización de la Unión Temporal hemos designado como Representante Legal a _____, quien tendrá las siguientes facultades:

1.

_____ 2.

3. _____

Para constancia se firma el presente documento en _____, a los _____ días del mes de _____ de _____.

NOMBRES Y FIRMAS: _____

NOTA: El presente anexo constituye sólo un modelo. Su contenido podrá ser variado por los PROPONENTES

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



FORMATO N° 05

**CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD
SOCIAL Y PARAFISCALES
(PERSONA JURÍDICA)**

Yo _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, en mi calidad de _____ de la empresa _____ con NIT No. _____, bajo la gravedad del juramento manifiesto que la empresa _____ ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud - EPS-, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales -ARL-, las Caja de Compensación Familiar, el ICBF y el Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Firma
Identificación No. _____
En calidad de: _____
Ciudad y fecha: _____

NOTA: El presente anexo constituye sólo un modelo. Su contenido podrá ser ajustado por los PROPONENTES.



FORMATO N° 05
CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD
SOCIAL Y PARAFISCALES

(PERSONA NATURAL)

Yo, (nombre de la Persona Natural), identificado con cédula de ciudadanía No. _____, mediante el presente documento me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que me encuentro al día y a *PAZ Y SALVO* por concepto de pago de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales que me resultan exigibles por la Ley.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. Dada en (nombre de la ciudad), a los () días del mes de _____ de 2025.

FIRMA: _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL
DOCUMENTO DE IDENTIDAD

FIRMA _____
NOMBRE DEL CONTADOR
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y TP



FORMATO N° 06

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El (los) suscrito(s) a saber: (NOMBRE DEL OFERENTE SI SE TRATA DE UNA PERSONA NATURAL, o NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD SI SE TRATA DE PERSONA JURÍDICA, o DEL REPRESENTANTE LEGAL DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL OFERENTE) domiciliado en _____, identificado con (DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN), quien obra en calidad de _____, Quien(es) en adelante se denominará(n) EL OFERENTE, manifiestan su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la entidad adelanta el presente proceso _____ para la conformación del Banco de Oferentes de las personas sin ánimo de lucro que podrán celebrar contratos de aporte con el MEN para la operación del Programa de Alimentación Escolar, en los términos prescritos en el estatuto general de Contratación y demás normas concordantes.

SEGUNDO: Que es interés del oferente apoyar la acción del estado colombiano y de la Entidad, para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

CLAUSULA PRIMERA: COMPROMISOS ASUMIDOS

El oferente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos: El oferente no ofrecerá ni dará sobornos, ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de selección, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de la misma, así como no permitirá que nadie, bien sea empleado suyo o un agente comisionista independiente lo haga en su nombre;

El oferente se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto la colusión en el proceso de selección, o como efecto la distribución de la adjudicación de contratos entre los cuales se encuentre el que es materia del proceso de selección referido.

CLAUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

El oferente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la Convocatoria Pública, si se comprobare el incumplimiento de los compromisos de anticorrupción.

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!





Hospital
Kennedy

Empresa Social del Estado E.S.E

NIT: 891900732-8
RIOFRIO - VALLE

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de _____, a los _____ (FECHA EN LETRAS Y NUMEROS)

Firma C.C.

SUSCRIBIRÁN EL DOCUMENTO TODOS LOS INTEGRANTES DE PROPUESTAS CONJUNTAS, SEAN PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS, EN ESTE ÚLTIMO CASO A TRAVÉS DE LOS REPRESENTANTES LEGALES ACREDITADOS DENTRO DE LOS DOCUMENTOS DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL Y/O PODERES CONFERIDOS Y ALLEGADOS AL PRESENTE proceso de selección.

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



FORMATO N° 07

DECLARACIÓN SOBRE MULTAS Y SANCIONES

Ciudad y fecha Señores Yo, _____ identificado con cédula de ciudadanía número _____ expedida en _____, en mi condición de _____, según consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de _____, bajo la gravedad de juramento certifico que en los últimos dos (2) años a la fecha, SI ___ NO ___ he sido objeto de multas y/o sanciones por incumplimiento de mis obligaciones contractuales frente a entidades públicas o privadas.

(En caso de multas y /o sanciones, deberá relacionar en relación con cada una de ellas, el monto de la multa o de la sanción, la fecha en que se impuso y el nombre de la entidad que la impuso).

Atentamente,

FIRMA NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

NIT:

DOUMENTO DE IDENTIDAD

CIUDAD:

DIRECCION: TELEFONO:

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



FORMATO N° 08 PACTO DE INTEGRIDAD

El suscrito a saber _____, domiciliado en la ciudad de _____, identificado con _____ No. _____ quien obra en

_____, (Escribir si obra en nombre propio o en calidad de representante legal de alguna persona natural, jurídica, consorcio o unión temporal) y en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesta su voluntad de asumir de manera unilateral, el presente PACTO DE INTEGRIDAD, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que el HOSPITAL adelanta el proceso de Convocatoria del Contratista No. **CONVOCATORIA PUBLICA**, que tiene por objeto seleccionar propuesta para: **“ADQUISICION DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS REQUERIDOS PARA LA OPERACION DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD (EBS) SEGÚN RESOLUCIÓN 1978 Y 1397 del 2024.”**

SEGUNDO: Que es interés del PROPONENTE apoyar la acción del Estado Colombiano y del HOSPITAL para promover la cultura de la probidad y fortalecer la transparencia en los procesos de contratación.

TERCERO: Que siendo el interés del PROPONENTE participar en la CONVOCATORIA PÚBLICA DEL CONTRATISTA mencionada en el considerando primero, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia y objetividad al proceso y en tal sentido suscribe el presente documento y asume los siguientes compromisos:

1. EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de CONVOCATORIA PÚBLICA DEL CONTRATISTA, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta.
2. EL PROPONENTE no permitirá que nadie, bien sea empleado suyo o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre.
3. EL PROPONENTE impartirá instrucciones a todos sus empleados, agentes, asesores y a cualquiera otro representante suyo, exigiéndole el cumplimiento en todo momento de las Leyes de la República de Colombia en el presente proceso de SELECCIÓN PÚBLICA DEL CONTRATISTA y la relación contractual que podría derivarse de ella y les impondrá las siguientes obligaciones:

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios del HOSPITAL, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, pueda influir sobre la adjudicación de la propuesta.

No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios del HOSPITAL, durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser elegida su propuesta.

4. EL PROPONENTE no efectuará acuerdos o realizará actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la conclusión en el presente proceso de SELECCIÓN PÚBLICA DEL CONTRATISTA.

5. EL PROPONENTE se compromete a verificar toda la información, que a través de terceros deba presentar a la Entidad para efectos de este proceso de selección.

6. EL PROPONENTE asumirá la responsabilidad por el suministro de información inconsistente, imprecisa o que no corresponda a la realidad, en el presente proceso.

7. EL PROPONENTE actuará bajo los principios de la ética, la moral, las buenas costumbres, la probidad y en general bajo los principios de transparencia que rigen la contratación administrativa.

8. EL PROPONENTE asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en estos términos de condiciones si se verificare el incumplimiento de los compromisos de integridad.

9. EL PROPONENTE manifiesta y garantiza a través de la suscripción del presente documento, que conoce y respetará las reglas establecidas en los términos de condiciones y, en consecuencia, aceptará las decisiones que en cumplimiento del mismo tome la Administración.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en estos términos de condiciones, se firma el mismo en la ciudad de Santiago de Cali, a los ___ días del mes de ____ de ____.

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPONENTE

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



FORMATO 11

PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O MUJERES VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (PERSONA JURÍDICA)

[Este formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, según corresponda, de la persona jurídica en el que mayoritariamente participen mujeres cabeza de familia y mujeres víctima de violencia intrafamiliar. En el evento que la oferta presente una entidad privada sin ánimo de lucro, ya sea, fundación, corporación o asociación se ajustará el formato en lo pertinente. La información vertida en este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y, por tanto, no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]

Señores

[NOMBRE DE LA ENTIDAD]

[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:

[Incluir cuando el Proceso de Contratación sea estructurado por lotes o grupos] Lote:
[Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica o del 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 el NIT [Incluir el NIT], certifico bajo la gravedad de juramento que más del 50 % de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica está constituida por mujeres cabeza de familia y/o mujeres víctima de violencia intrafamiliar. Esta información está soportada de acuerdo con los libros de comercio de la sociedad, los cuales gozan de reserva legal en los términos del artículo 61 del Código de Comercio.

En el siguiente cuadro señalo las mujeres cabeza de familia o mujeres víctima de violencia intrafamiliar que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!





Hospital
Kennedy

Empresa Social del Estado E.S.E

NIT: 891900732-8
RIOFRIO - VALLE

Identificación de las mujeres cabeza de familia o mujeres víctima de violencia intrafamiliar que participan en la persona jurídica (Incluir nombre y documento de identidad)	Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de ____ de 20__

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

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



FORMATO –VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

[Tratándose de proponentes plurales, este formato lo presentará el integrante o los integrantes que tengan una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25 %) en el consorcio o en la unión temporal y aporten mínimo el veinticinco por ciento (25 %) de la experiencia general habilitante]

Señores

[NOMBRE DE LA ENTIDAD]

[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:

[Incluir cuando el Proceso de Contratación sea estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[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 el NIT _____], certifico que tengo vinculado en la planta de personal un mínimo del diez por ciento (10 %) de empleados en las condiciones de discapacidad enunciadas en la Ley 361 de 1997, contratados [con una anterioridad no inferior a un año o desde la constitución de la sociedad (para sociedades con menos de un año de constitución)], para lo cual adjunto el certificado expedido por el Ministerio del Trabajo.

De igual manera me comprometo en caso de resultar adjudicatario del presente proceso de contratación, a mantener vinculados a los empleados en condiciones de discapacidad por un lapso igual al del plazo de ejecución del contrato.

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de ____ de 20__.

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

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



**FORMATO – VINCULACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y NO BENEFICIARIAS
DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA (EMPLEADOR –
PROPONENTE)**

[Este formato lo diligencia la persona natural, el representante legal o el revisor fiscal de la persona jurídica que tiene en su personal trabajadores mayores de edad vinculados en la planta del personal que no sean beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido la edad de pensión. En el caso de los proponentes plurales, este formato lo diligenciará el representante del proponente plural en el cual certifica la totalidad de los trabajadores vinculados en la planta de personal de cada uno de los integrantes y la totalidad de personas mayores de edad vinculados de cada uno de sus integrantes]

Señores

[NOMBRE DE LA ENTIDAD]

[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:

[Incluir cuando el Proceso de Contratación sea estructurado por lotes o grupos] Lote:

[Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del proponente plural] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal o representante del proponente plural] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] [identificada con el NIT _____], certifico que el número total de trabajadores personas mayores de edad vinculados en la planta del personal que no son beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de edad de pensión establecido en la ley es el que se relaciona a continuación:

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!





Hospital
Kennedy

Empresa Social del Estado E.S.E

NIT: 891900732-8
RIOFRIO - VALLE

Número total de trabajadores vinculados a la planta de personal	Número de personas mayores no beneficiarias a la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de pensión

[Incluir el siguiente cuadro para los proponentes plurales]

Número total de trabajadores vinculados a la planta de personal de los integrantes del proponente plural	Número de personas mayores, no beneficiarias a la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de pensión de los integrantes del proponente plural

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de ____ de 20__.

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

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



FORMATO – VINCULACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y NO BENEFICIARIAS DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA (TRABAJADOR)

[Este formato lo diligencia el trabajador vinculado en la planta de personal del proponente que presenta la oferta, que no es beneficiario de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que haya cumplido la edad de pensión]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el Proceso de Contratación sea estructurado por lotes o grupos] Lote:
[Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre del trabajador vinculado en la planta de personal la persona natural o de la persona jurídica] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de trabajador vinculado a [Indicar el nombre de la persona jurídica o persona natural], [identificada con NIT _____], certifico bajo la gravedad de juramento que no soy beneficiario de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y ya cumplí la edad de pensión.

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de ____ de 20__.

[Nombre y firma del trabajador vinculado a la persona natural o jurídica]

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



**FORMATO – VINCULACIÓN DE POBLACIÓN INDÍGENA, NEGRA,
AFROCOLOMBIANA, RAIZAL, PALENQUERA, RROM O GITANA**

[La información de este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y por tanto no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]

Señores

[NOMBRE DE LA ENTIDAD]

[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:

[Incluir cuando el Proceso de Contratación sea estructurado por lotes o grupos] Lote:
[Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre del proponente persona natural o del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del proponente plural] 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 el NIT _____], certifico bajo la gravedad de juramento que:

- i) El número total de trabajadores vinculados a la nómina corresponden a [Diligenciar el número de trabajadores vinculados a la nómina]
- ii) En la nómina están vinculadas las siguientes personas: [Indicar a continuación el nombre y número de cédula de las personas que se encuentran vinculadas al proponente o integrante de la estructura plural según corresponda y respecto de las cuales se aportan las pruebas correspondientes, para acreditar la pertenencia a población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palanquera, Rrom o gitanas]

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!





Hospital
Kennedy

Empresa Social del Estado E.S.E

NIT: 891900732-8
RIOFRIO - VALLE

Nombre completo	Número de identificación

- iii) Así mismo declaramos que las personas señaladas anteriormente se encuentran vinculadas con una antigüedad igual o mayor a un año contado a partir de la fecha del cierre del presente proceso de selección. [Para los casos de constitución inferior a un año se tendrá que indicar que las personas señaladas se encuentran vinculadas desde el momento de constitución de la misma].

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de ____ de 20__

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

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!





Hospital
Kennedy

Empresa Social del Estado E.S.E

NIT: 891900732-8
RIOFRIO - VALLE

FORMATO – PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/O REINTEGRACIÓN (PERSONAS JURÍDICAS)

Este formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, si están obligados a tenerlo, de la persona jurídica en el que mayoritariamente participan personas en proceso de reintegración o reincorporación de la persona jurídica. En el evento que la oferta la presente una entidad privada sin ánimo de lucro, ya sea, fundación, corporación o asociación se ajustará el formato en lo pertinente. La información de este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y, por tanto, no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]

Señores

[NOMBRE DE LA ENTIDAD]

[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:

[Incluir cuando el Proceso de Contratación sea estructurado por lotes o grupos] Lote:
[Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica y el revisor fiscal, si están obligados a tenerlo] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal o ambos] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con el NIT _____], certifico bajo gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica está constituida por personas en proceso reincorporación y/o reintegración. Esta información está soportada de acuerdo con los respectivos certificados de la Oficina del Alto Comisionado para la Paz, o del Comité Operativo para la Dejación de Armas y el documento de identificación de cada una de dichas personas.

En el siguiente cuadro señalo las personas en proceso de reincorporación o reintegración que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



Calle 7 Número 10-65 PBX- 2268100-2268101

gerencia@esekennedy-riofrio-valle.gov.co



Hospital
Kennedy

Empresa Social del Estado E.S.E

NIT: 891900732-8
RIOFRIO - VALLE

Identificación de las personas en proceso de reincorporación o reintegración (Incluir nombre y documento de identidad)	Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de ____ de 20__.

[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica o revisor fiscal]

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!





Hospital
Kennedy

Empresa Social del Estado E.S.E

NIT: 891900732-8
RIOFRIO - VALLE

FORMATO – PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN (PERSONA JURÍDICA INTEGRANTE DEL PROPONENTE PLURAL)

[Este formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, si están obligados a tenerlo, de la persona jurídica del proponente plural en el que mayoritariamente participan personas en proceso de reincorporación de la persona jurídica. En el evento que la oferta la presente una entidad privada sin ánimo de lucro, ya sea, fundación, corporación o asociación se ajustará el formato en lo pertinente. La información de este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y, por tanto, no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]

Señores

[NOMBRE DE LA ENTIDAD]

[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:

[Incluir cuando el Proceso de Contratación sea estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, si están obligados a tenerlo] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal o ambos] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con el NIT _____], certifico bajo gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica está constituida por personas en proceso de reincorporación. Esta información está soportada de acuerdo con los respectivos certificados de la Oficina del Alto Comisionado para la Paz, o del Comité Operativo para la Dejación de Armas y el documento de identificación de cada una de dichas personas.

En el siguiente cuadro señalo las personas en proceso de reincorporación que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



Calle 7 Número 10-65 PBX- 2268100-2268101

gerencia@esekennedy-riofrio-valle.gov.co



Hospital
Kennedy

Empresa Social del Estado E.S.E

NIT: 891900732-8
RIOFRIO - VALLE

Identificación de las personas en proceso de reincorporación (Incluir nombre y documento de identidad)	Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de ____ de 20__.

[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica o revisor fiscal]

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



FORMATO – PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/O REINTEGRACIÓN (PERSONAS JURÍDICAS)

[Este formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, según corresponda, del integrante del proponente plural (persona jurídica) en el que mayoritariamente participen madres cabeza de familia y/o personas en proceso de reintegración o reincorporación. Este formato lo podrá presentar el integrante o los integrantes que, cumpliendo la condición anterior, tengan una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25 %) en el consorcio o en la unión temporal y aporten mínimo el veinticinco por ciento (25 %) de la experiencia general acreditada en la oferta.

En el evento que la oferta la presente una entidad privada sin ánimo de lucro, ya sea, fundación, corporación o asociación se ajustará el formato en lo pertinente. La información de este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y, por tanto, no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]

Señores

[NOMBRE DE LA ENTIDAD]

[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:

[Incluir cuando el Proceso de Contratación sea estructurado por lotes o grupos] Lote:
[Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica o del 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 el NIT _____], certifico bajo la gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica del proponente plural está constituida por madres cabeza de familia y/o personas en proceso de reintegración o reincorporación.

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!





Hospital
Kennedy

Empresa Social del Estado E.S.E

NIT: 891900732-8
RIOFRIO - VALLE

En el siguiente cuadro señale las madres cabeza de familia y/o personas en proceso de reincorporación o reintegración que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

Identificación de las madres cabeza de familia o personas en proceso de reincorporación o reintegración (Incluir nombre y documento de identidad)	Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

[Para la acreditación de desempate establecida en el literal (c), numeral 7, del numeral 4.4 del documento tipo incluir la siguiente redacción:]

Adicionalmente, los abajo firmantes, certificamos que ni la madre cabeza de familia o la persona en proceso de reincorporación o reintegración, ni la persona jurídica, ni sus accionistas, socios o representantes legales son empleados, socios o accionistas de los miembros del proponente plural.

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de ____ de 20__.

[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica o revisor fiscal]

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



FORMATO – ACREDITACIÓN MIPYME

Señores

[NOMBRE DE LA ENTIDAD]

[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:

[Incluir cuando el Proceso de Contratación sea estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre o integrante persona natural y contador público o del representante legal de la persona jurídica y el revisor fiscal para las personas obligadas por ley o del representante legal y contador público, según corresponda,] identificados con [Incluir el número de identificación], actuando en representación de [Indicar nombre del proponente, o integrante de proponente plural] declaramos bajo la gravedad de juramento que la sociedad se encuentra clasificada como: [Indicar si es micro, pequeña y mediana empresa] de acuerdo con los criterios definidos por las normas legales vigentes. [Para la acreditación de desempate establecida en el literal (c), literal 10, del numeral 4.4 del documento tipo incluir la siguiente redacción:]

Adicionalmente, los abajo firmantes certificamos que ni la Mipyme, cooperativa o asociación mutual ni sus accionistas, socios o representantes legales son empleados, socios o accionistas de los miembros del proponente plural.

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de ____ de 20__.
[En el evento que sea un proponente persona natural quien presente la oferta, incluir las firmas de la siguiente manera:]

[Nombre y firma del proponente o integrante persona natural y contador público]

[En el evento que sea un proponente persona jurídica quien presente la oferta, incluir las firmas de la siguiente manera:]

[Nombre y firma del representante legal y revisor fiscal para las empresas obligadas por ley o del representante legal y contador público, según corresponda]

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



FORMATO N° 13 Propuesta económica

El proponente deberá diligenciar el anexo “Propuesta técnico-económica” conforme el anexo técnico

FIRMA NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
NOMBRE O RAZON SOCIAL:
NIT:
DOUMENTO DE IDENTIDAD
CIUDAD:
DIRECCION:
TELEFONO:



**FORMATO RESUMEN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS (1) (A 31 DE
DICIEMBRE DE 2023)**

Razón Social del oferente o del integrante del Consorcio o Unión Temporal

(Pesos Colombianos)

ACTIVO \$ _____
 CORRIENTE
 ACTIVO \$ _____
 LARGO
 PLAZO
 ACTIVO \$ _____
 TOTAL
 PASIVO \$ _____
 CORRIENTE
 PASIVO \$ _____
 LARGO
 PLAZO
 PASIVO \$ _____
 TOTAL
 PATRIMONIO\$ _____

Los valores deben indicarse en moneda legal colombiana.

REPRESENTANTE LEGAL (Nombre y firma)

C. C. No. _____

CONTADOR PUBLICO (Nombre y firma)

C. C. No. _____

REVISOR FISCAL O CONTADOR PÚBLICO (Nombre y firma)

T. P. No. _____

Los suscritos firmantes hacemos constar que los datos consignados en el presente formulario son verídicos y nos sometemos a lo dispuesto en el artículo 43 de la Ley 222 de 1995. Firmamos bajo la gravedad de juramento.

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



**FORMATO RESUMEN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS (2) (A 31 DE
DICIEMBRE DE 2023)**

Razón Social del proponente o del integrante del Consorcio o Unión Temporal

(Pesos Colombianos)

INGRESOS \$ _____
OPERACIONALES
COSTOS \$ _____
OPERACIONALES

UTILIDAD BRUTA
OPERACIONAL \$ _____

GASTOS \$ _____
OPERACIONALES

UTILIDAD \$ _____
OPERACIONAL

INGRESOS NO \$ _____
OPERACIONALES
GASTOS NO
OPERACIONALES \$ _____

UTILIDAD ANTES \$ _____
DE IMPUESTOS

PROVISIONES \$ _____
PARA IMPUESTOS

UTILIDAD NETA
\$ _____

Los valores deben indicarse en moneda legal colombiana.

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!



REPRESENTANTE LEGAL (Nombre y firma)
C. C. No. _____

CONTADOR PÚBLICO (Nombre y firma)
C. C. No. _____

REVISOR FISCAL O CONTADOR PÚBLICO (Nombre y firma)
T. P. No. _____

Los suscritos firmantes hacemos constar que los datos consignados en el presente formulario son verídicos y nos sometemos a lo dispuesto en el artículo 43 de la Ley 222 de 1995. Firmamos bajo la gravedad de juramento.



