ANEXO 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA
Fecha: _

Señores:
"ADECUACIÓN MENOR DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA RURAL ALTO DE CAFRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CONCORDIA DEPARTAMENTO DEL META"
Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta

REF: CONVOCATORIA PUBLICA No. ESESS-CP-006-2025-2025
Estimados señores:

Por medio de los documentos adjuntos me permito presentar propuesta para participar en la **CONVOCATORIA PUBLICA No. ESESS-CP-006-2025.**
En mi calidad de proponente declaro:

Que conozco el contenido de la Invitación y las condiciones del Proceso de la de referencia, sus informaciones sobre preguntas y respuestas, así como los demás documentos relacionados con los elementos a suministrar y acepto cumplir todos los requisitos en ellos exigidos salvo las desviaciones expresamente declaradas, en el evento que sean aceptadas por la **"ADECUACIÓN MENOR DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA RURAL ALTO DE CAFRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CONCORDIA DEPARTAMENTO DEL META".**

De igual forma manifiesto que acepto las consecuencias que del incumplimiento de los requisitos a que se refiere el numeral anterior se deriven.

Que en caso de que se me adjudique el contrato me comprometo a iniciar su ejecución tan pronto como la **"ADECUACIÓN MENOR DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA RURAL ALTO DE CAFRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CONCORDIA DEPARTAMENTO DEL META"**, dé la orden de iniciación del mismo mediante la correspondiente comunicación escrita, y a terminarlo dentro de los plazos contractuales de acuerdo con lo establecido en los documentos de la convocatoria.

Que conozco y acepto en un todo las leyes generales y especiales aplicables a este proceso contractual.

Que con la firma de la presente Carta manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso dentro de las inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones consagradas en la Ley, ni mi representada.
Que leí cuidadosamente la Convocatoria Pública y elaboré mi propuesta ajustada al mismo. Por tanto, conocí y tuve las oportunidades establecidas para solicitar aclaraciones, formular objeciones, efectuar preguntas y obtener respuestas a mis inquietudes.
Igualmente declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aportada y contenida en mi propuesta es veraz y susceptible de comprobación.

QUE MI PROPUESTA SE RESUME ASÍ:
Nombre completo del proponente: Cédula de ciudadanía o NIT: REPRESENTANTE LEGAL: PROFESIÓN:
PAÍS DE ORIGEN DEL PROPONENTE:

(En caso de Consorcio o Unión Temporal, se debe indicar el nombre y país de origen de cada una de las partes que lo conforman)

VALOR PROPUESTA: $

RÉGIMEN TRIBUTARIO: COMÚN _____SIMPLIFICADO__
Me permito informar que las comunicaciones relativas a este proceso de selección las recibiré en la siguiente dirección:
Dirección:

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta
PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663
www.esemeta.gov.co
FR-gerencia-GQ-01-V3

Ciudad:
Teléfono(s):
Fax:
Atentamente,

Firma:
Nombre:
C.C:

NOTA:
Esta carta debe venir firmada por el proponente o por el representante legal Debidamente facultado, en caso de personas jurídicas, Consorcios o Uniones Temporales, so pena de ser evaluada como ***NO CUMPLE JURÍDICAMENTE.***

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta
☎ PBX: 6610200, Línea Gratuita: **018000918663**
www.esemeta.gov.co
FR-gerencia-cgo-v3

ANEXO 2 COMPROMISO ANTICORRUPCION

El suscrito a saber: **xxxxxxxxxx,** domiciliado en XXXXXX, identificado con **No xxxxxxxxxxxxx**, quien obra en nombre propio quien en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente **COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN**, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:
PRIMERO: Que la **"ADECUACIÓN MENOR DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA RURAL ALTO DE CAFRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CONCORDIA DEPARTAMENTO DEL META",** realiza la CONVOCATORIA **PÚBLICA No. ESESS-CP-006-2025** para la celebración de un contrato estatal cuyo OBJETO: "**ADECUACIÓN MENOR DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA RURAL ALTO DE CAFRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CONCORDIA DEPARTAMENTO DEL META"**
SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano y de la **"ADECUACIÓN MENOR DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA RURAL ALTO DE CAFRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CONCORDIA DEPARTAMENTO DEL META"**, para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas:;

TERCERO: Que siendo del interés de EL PROPONENTE participar en el proceso de contratación aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso y, en tal sentido, suscribe el presente documento unilateral anticorrupción, que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA: COMPROMISOS ASUMIDOS

EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:
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 selección, ni con la ejecución del Contrato que pueda celebrarse como resultado de su Propuesta.

EL PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado suyo o un agente comisionista independiente lo haga en su nombre;

EL PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados y agentes y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles en todo momento el cumplimiento de las leyes de la República de Colombia, y especialmente de aquellas que rigen el presente el proceso de selección y la relación contractual que podría derivarse del mismo, y les impondrá las obligaciones de: i) no ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago corrupto a los funcionarios de **"ADECUACIÓN MENOR DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA RURAL ALTO DE CAFRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CONCORDIA DEPARTAMENTO DEL META"**, ni a cualquier otro funcionario público que pueda influir en las condiciones de ejecución o de supervisión del contrato, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre las condiciones de ejecución o supervisión del contrato; y ii) no ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de **"ADECUACIÓN MENOR DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA RURAL ALTO DE CAFRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CONCORDIA DEPARTAMENTO DEL META"** durante el desarrollo del Contrato.

El Proponente 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 Contrato que es materia el proceso de selección referido en el considerando primero del presente acuerdo.

CLAUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

EL **Proponente** 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.

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta
PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663
www.esemeta.gov.co
FR-@esemeta.gov.co-V3

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 xxxxxxxxx (__) días del mes de _____de 2025

Firma:
Nombre y Apellidos:
Identificación Número:
Razón Social:
Nit:
Dirección:
Teléfonos:
Celular:
Correo electrónico:

NOTA: *El compromiso debe venir firmado por el proponente o por el representante legal Debidamente facultado, en caso de personas jurídicas, Consorcios o Uniones Temporales, so pena de ser evaluada como* ***NO CUMPLE JURÍDICAMENTE****.*

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta
☎ PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663
www.esemeta.gov.co
FR-gerencia-cqc-01V3

Anexo 3

CARTA CONFORMACIÓN CONSORCIO O DE UNIÓN TEMPORAL
Ciudad y fecha,

"ADECUACIÓN MENOR DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA RURAL ALTO DE CAFRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CONCORDIA DEPARTAMENTO DEL META"
Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta

Ref.: La CONVOCATORIA PÚBLICA No. ESESS-CP-006-2025

Los suscritos __ y _____, debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de _____ y _____, manifestamos por este documento que hemos convenido asociarnos en _____(CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL) para participar en el proceso de selección número _____ que ha abierto esa Entidad para _____y por tanto, expresamos lo siguiente:

La duración de este Consorcio o unión temporal será igual al término de ejecución y liquidación del contrato.
El Consorcio o unión temporal está integrado por:

NOMBRE Y PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
_____%
_____%

La responsabilidad de los integrantes del Consorcio o unión temporal es solidaria e ilimitada.

El representante del ___ (Consorcio o Unión Temporal) es: _____, identificado con la cédula de ciudadanía número _____de ____, quien está expresamente facultado para firmar y presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación, para firmar el contrato y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto a la ejecución y liquidación del contrato, con amplias y suficientes facultades.
Denominación del Consorcio o unión temporal: _____
La sede del consorcio o unión temporal es:
Dirección _____ Teléfono _____ Telefax _____ E-mail _
Ciudad _____

En constancia, se firma en _____a los ___días del mes de xxx de 2025

_____ _____ _____
NOMBRE, FIRMA NOMBRE, FIRMA y
C.C. No. C.C. No.

_____
FIRMA REPRESENTANTE DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta
PBX: 6610200, Linea Gratuita: 018000918663
www.esemeta.gov.co

ANEXO 4

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 (PERSONA JURÍDICA)

Ciudad y fecha Señores

OBJETO: "ADECUACIÓN MENOR DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA RURAL ALTO DE CAFRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CONCORDIA DEPARTAMENTO DEL META"

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta

REFERENCIA: CONVOCATORIA PÚBLICA No. ESESS-CP-006-2025. CERTIFICACIÓN SOBRE PAGO DE APORTES PARAFISCALES, SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS PROFESIONALES.

Respetados señores:

En concordancia con lo exigido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2.002, atentamente me permito certificar que la empresa . está cumpliendo con el pago de los aportes mensuales de nuestros empleados por concepto de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y aportes a la Caja de compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, desde hace más de seis (6) meses. El presente certificado se expide el __de _____de 2025.

Atentamente

Firma:
Nombre y Apellidos: Identificación Número: Razón Social: Dirección:
Teléfonos: Celular:
Correo electrónico:

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta
PBX: 6610200, Linea Gratuita: 018000918663
www.esemeta.gov.co
FR-Gerencia-GQ-06-V3

ANEXO 5 OFERTA ECONÓMICA

ANEXO 5

OBJETO: "ADECUACIÓN MENOR DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA RURAL ALTO DE CAFRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CONCORDIA DEPARTAMENTO DEL META"					
ITEM	DESCRIPCION	UND	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
				SUB-TOTAL	
VALOR TOTAL COSTO DIRECTO					
COSTO POR ADMINISTRACIÓN, IMPREVISTOS Y UTILIDADES (A.I.U XX %)					
VALOR TOTAL PRESUPUESTO					
SON XXXXXXXXXXXXXXXXXX MILLONES DE PESOS ($XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)					

Firma:
Nombre y Apellidos: Identificación Número: Razón Social:
Nit.:

ANEXO 6

Ciudad y fecha Señores

"ADECUACIÓN MENOR DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA RURAL ALTO DE CAFRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CONCORDIA DEPARTAMENTO DEL META"
Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta

Asunto: Declaración de multas y/o sanciones

Yo ____identificado con cédula de ciudadanía ___ y representante legal de _____, declaro bajo gravedad de juramento, que la firma que represento no ha sido objeto de multas y/o sanciones a consecuencia de incumplimientos cualquiera sea su denominación, durante los últimos dos (2) años.

Cordialmente,

Firma:
Nombre y Apellidos: Identificación Número: Razón Social: Dirección:
Teléfonos: Celular:
Correo electrónico:

ANEXO 7

CARTA DE COMPROMISO DE PROFESIONALES DEL EQUIPO DE TRABAJO CONVOCATORIA PÚBLICA No. ESESS-CP-006-2025

OBJERTO: "ADECUACIÓN MENOR DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA RURAL ALTO DE CAFRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CONCORDIA DEPARTAMENTO DEL META"

Yo **(nombre del profesional)** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **(número de cédula)** y matrícula profesional, de **(profesión)** No. **(número de matrícula),** manifiesto que estoy dispuesto (a) y comprometido (a) para asumir el cargo de **(cargo propuesto para el desarrollo del contrato),** y que cumplo con los requisitos y calidades exigidos en los documentos del presente proceso, para trabajar durante la ejecución de las obras que se contraten.
Adicionalmente, certifico que mi hoja de vida no se encuentra en la propuesta de ninguna otra firma participante en este proceso.

Firma del profesional propuesto: Nombre y Apellidos: Identificación Número: Dirección:
Teléfonos: Celular:
Correo electrónico

Departamento del Meta
Servicios Salud
Empresa Social del Estado

DEPARTAMENTO DEL META

FORMULARIO N° 1 EXPERIENCIA GENERAL

CONVOCATORIA PUBLICA No. ESESS-CP-006-2025-2025

OBJETO: "ADECUACIÓN MENOR DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA RURAL ALTO DE CAFRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CONCORDIA DEPARTAMENTO DEL META"

NOMBRE DEL PROPONENTE:

_____

N° CONTRATO	CONTRATANTE	CONTRATISTA	OBJETO	% PART.	VALOR EN PESOS	VALOR EN SMMLV	FECHA SUSCRIPCIÓN	FECHA TERMINACIÓN	N° FOLIO
TOTAL EN SMMLV									

Observaciones:
Este anexo deberá diligenciarse en todas las columnas. La información incluida en el será responsabilidad del proponente, so pena de las acciones legales pertinentes
* En caso de que este cuadro no sea suficiente para la consignación de la información suministrada podrá reproducirse.

_____

NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

Departamento del Meta
Salud Empresa Social del Estado

DEPARTAMENTO DEL META

FORMULARIO Nº 2 PARA CAPACIDAD RESIDUAL DE CONTRATACIÓN CONVOCATORIA No. ESESS-CP-006-2025

OBJETO: "ADECUACIÓN MENOR DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA RURAL ALTO DE CAFRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CONCORDIA DEPARTAMENTO DEL META"

TO		FORMA DE EJECUCIÓN	PLAZO DE EJECUCIÓN	FECHA CONTRACTUAL DE		VALOR DEL CONTRATO EN PESOS	VALOR DEL CONTRATO EN SMMLV	VALOR TOTAL EJECUTADO EN SMMLV	V PEN EJ EN
	OBJETO		(MESES)	INICIACIÓN (DD-MM- AA)	TÉRMINACIÓN (DD-MM-AA)				

La información incluida en este formulario es de responsabilidad del proponente.
Nota No. 1: para cada contrato se debe indicar la razón social del contratante, el número y/o objeto y si se ha ejecutado en forma individual (i), en consorcio (c) o en unión temporal (ut) y el porcentaje de participación del integrante.
Nota No. 2: en el caso de contratos suscritos en consorcio o unión temporal indicar en las columnas (3) y (4) únicamente el valor que corresponde según la participación.
Nota No. 3: los valores consignados en las columnas (2) deben expresarse en pesos colombianos.
La capacidad residual de contratación es de:
_____SMMLV
Nombre Razón social del proponente o del integrante del consorcio o unión temporal:
_____

Departamento del Meto
Servicio Salud
Empresa Social del Estado

DEPARTAMENTO DEL META

FORMULARIO Nº 3

EXPERIENCIA DEL PERSONAL PROFESIONAL CONVOCATORIA PUBLICA No ESESS-CP-006-2025-2025

OBJETO: "ADECUACIÓN MENOR DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA RURAL ALTO DE CAFRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CONCORDIA DEPARTAMENTO DEL META"

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NOMBRE DEL PROFESIONAL	CARGO PROPUESTO	FECHA DE LA TARJETA PROFESIONAL	TITULO ESPECIALIZACION MAESTRIA DOCTORADO	EXPERIENCIA GENERAL EN AÑOS	EXPERIENCIA ESPECIFICA EN MESES

CONVOCATORIA PÚBLICA No. ESESS-CP-006-2025
"ADECUACIÓN MENOR DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA RURAL ALTO DE CAFRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CONCORDIA DEPARTAMENTO DEL META"

FORMATO 10 – PUNTAJE DE INDUSTRIA NACIONAL
FORMATO 10A – PROMOCIÓN DE SERVICIOS NACIONALES O CON TRATO NACIONAL
[Este Formato ÚNICAMENTE debe ser diligenciado por los Proponentes nacionales o extranjeros con trato nacional, o los Proponentes Plurales integrados por estos. En ningún caso el Formato debe diligenciarse por los Proponentes extranjeros sin derecho a trato nacional que opten por el puntaje correspondiente a la incorporación de componente nacional en servicios extranjeros]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la Entidad] [Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación CONVOCATORIA PÚBLICA No ESESS-CP-006-2025
Objeto: **ADECUACIÓN MENOR DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA RURAL ALTO DE CAFRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CONCORDIA DEPARTAMENTO DEL META"**

Estimados señores:

"[Nombre del representante legal del Proponente]" en mi calidad de representante legal de [Nombre del Proponente - persona jurídica] o [Nombre del Proponente- persona natural] o [Nombre del representante del Proponente Plural] en adelante el "Proponente", presento ofrecimiento optando por el puntaje por apoyo a la industria nacional por la prestación de Servicios Nacionales o con Trato Nacional.
[**Opción 1.** Incorporar si la Entidad Estatal determina que existe al menos un bien nacional relevante contenido en el Registro de Productores de Bienes Nacionales, aplicando la definición de Servicios Nacionales del artículo 2.2.1.1.1.3.1 del Decreto 1082 de 2015 y la metodología definida en la Matriz 4- Bienes nacionales relevantes para la obra pública.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en caso de resultar adjudicatario incorporaré a la ejecución del contrato los bienes nacionales relevantes establecidos por la Entidad Estatal en el Pliego de Condiciones:

No.	Bien nacional relevante	Fecha de inscripción	Fecha de vigencia	No. de partida arancelaria	% de participación
1.					
2.					

El cumplimiento de esta obligación será verificado por la interventoría o la supervisión, según corresponda, durante la ejecución del contrato. A tales efectos, se deberán presentar facturas, órdenes de compras, certificaciones y cualquier otro documento que permita establecer que los bienes empleados para el desarrollo de la obra efectivamente fueron adquiridos a proveedores inscritos en el Registro de Productores de Bienes Nacionales y que fueron obtenidos durante la vigencia del registro de los respectivos bienes.
[**Opción 2.** Incorporar si la Entidad determina que no existen bienes nacionales relevantes incluidos en el Registro de Productores de Bienes Nacionales, aplicando la definición de Servicios Nacionales del artículo 2.2.1.1.1.3.1 del Decreto 1082 de 2015]

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en caso de resultar adjudicatario para la ejecución del objeto contractual destinaré un porcentaje de empleados o contratistas por prestación de servicios colombianos, de al menos el [el Proponente incluirá el porcentaje definido por la Entidad Estatal, sin perjuicio de incluir uno superior] del total del personal requerido para el cumplimiento del contrato.

Para el cumplimiento de esta obligación, tendrá que verificarse la nacionalidad del personal, para lo que deberá presentarse alguno de los documentos de las personas con las cuales se cumple el porcentaje de personal no inferior al [el Proponente incluirá el porcentaje definido por la Entidad Estatal, sin perjuicio de incluir uno superior]. Adicionalmente, el Contratista, a partir de iniciar la ejecución del contrato, deberá allegar mensualmente una declaración expedida por su representante legal en la que conste que mantiene el porcentaje de personal nacional y adjuntar el soporte de la vinculación laboral o por prestación de servicios de ese personal.

[**Opción 3.** Esta opción ÚNICAMENTE puede ser diligenciada por los proponentes extranjeros con derecho a trato nacional o Proponentes Plurales conformados por estos, que manifiesten su voluntad de acogerse a la regla de origen de su país]
Manifiesto que los servicios ofrecidos para la eventual ejecución del objeto contractual son originarios de [indicar nombre del país de origen de los servicios], país con el que la República de Colombia [indicar si: A) tiene vigente un Acuerdo Comercial, en los términos del Capítulo VI del documento base; B) ha certificado Trato Nacional por reciprocidad; o C) se trata de un país miembro de la Comunidad Andina de Naciones].
A efectos de demostrar el origen de los servicios, me acojo a la regla de origen prevista en [Indicar el instrumento jurídico o comercial en el que se regula la regla de origen del correspondiente país], para lo cual adjunto la siguiente documentación: [Señalar anexos al Formato 9, requeridos para demostrar el origen de los servicios en el correspondiente país].
Atentamente,
Nombre del Proponente _____ Nombre del representante legal _____
C. C. _____de ____
Dirección de correo _____ Correo electrónico _____ Ciudad _____
_____

_____
[Firma del Proponente o de su representante legal]

FORMATO 10B – INCORPORACIÓN DE COMPONENTE NACIONAL EN SERVICIOS EXTRANJEROS
[Este formato NO debe ser diligenciado por Proponentes nacionales o extranjeros con trato nacional. Únicamente lo diligenciará los Proponentes extranjeros sin derecho a trato nacional que opten por el puntaje correspondiente a incorporación de componente nacional en servicios extranjeros. También podrá ser diligenciado por los Proponentes Plurales integrados por al menos un extranjero sin derecho a trato nacional.]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la Entidad] [Ciudad]
REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación], en adelante el
"Proceso de Contratación"
Objeto:
[Incluir cuando el proceso es estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]
Estimados señores:

"[Nombre del representante legal del Proponente]" en mi calidad de representante legal de [Nombre del Proponente - persona jurídica] o [Nombre del Proponente- persona natural] en adelante el "Proponente", presento ofrecimiento para contratar durante el proyecto personal de origen colombiano.
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en caso de resultar adjudicatario, incorporaré a la ejecución del contrato más del noventa por ciento (90 %) del personal técnico, operativo y profesional de origen colombiano.

El cumplimiento de esta obligación será acreditado durante la ejecución del Contrato mediante la entrega de alguno de los documentos de las personas. Adicionalmente, el Contratista, a partir de iniciar con la ejecución del contrato, deberá allegar mensualmente una declaración expedida por su representante legal en la que conste que se mantiene el porcentaje de personal técnico, operativo y profesional colombiano y adjuntar el soporte de la vinculación laboral o por cualquier otra modalidad de ese personal.

Atentamente,

Nombre del Proponente _____ Nombre del representante legal _____
C. C. _____de ____
Dirección de correo _____ Correo electrónico _____

Empresa Social del Estado Departamento del Meta E.S.E. Solución Salud	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. " SALUD"**
	VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONA N/ SARLAFT/FPADM Y DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉ

				DATOS DE SOLICI
FECHA DE SOLICITUD:				
TIPO DE SOLICITUD: (marcar con X)		VINCULACIÓN		
TIPO DE USUARIO: (marcar con X)		CLIENTE		CONTRATISTA
				DATOS BASICOS DE PERSO
NOMBRE COMPLETO				
				TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTI
Cedula ciudadania		Pasaporte		Cedula Extranjeria
NÚMERO DE IDENTIDAD		FECHA DE EXPEDICIÓN		
		dd	mm	aaaa
FECHA DE NACIMIENTO:	dd/mm/aaaa		**LUGAR DE NACIMIENTO: (Pais, d ciudad)**	
GÉNERO: (marcar con X)	F (Femenino)			
				OCUPACIÓN (marcar
EMPLEADO		PENSIONADO		
INDEPENDIENTE		RENTISTA		
				DIRECCIÓN DE RESI
BARRIO	TELÉFONO RESIDENCIA		CIUDAD	
NÚMERO DE CELULAR				
				TIPO DE VIVIENDA (mar
PROPIA			FAMILIAR	
PERSONAS A CARGO:				
VALOR ARRIENDO:				GASTOS FAMILIA
				INFORMACIÓN LAB
NOMBRE DE LA EMPRESA / NEGOCIO				D
CARGO:				FECHA D
CIUDAD:				dd
DIRECCIÓN:				
TELÉFONO:				
				SI USTED ES UN PEP (PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENT
POR SU ACTIVIDAD O CARGO USTED:			**SI**	**NO**

Maneja recursos públicos		
Ejerce algún grado de poder público		
Goza de reconocimiento público		

INFORMACIÓN FINAN

POR FAVOR RELACIONE LOS PRODUCTOS FINAN

PRODUCTO FINANCIERO	NÚMERO	ENTI

OPERACIONES INTERNA

REALIZA USTED OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA				
SI		NO		IMPORTACIONES

PRODUCTOS FINANCIEROS E

INVERSIONES		TRANSFERENCIAS	

TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MON

SUMINISTRO Y ACTUALIZACION

EL SERVIDOR PÚBLICO_____PROVEEDOR_____ CONTRATISTA_____ se obliga con la **Empresa Social d** y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o c El incumplimiento de esta obligación, faculta a la **Empresa Social del Estado del Estado del Departamento** tipo de relación contractual o comercial que tenga.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE F

Obrando en propio nombre y/o de la persona jurídica que represento, de manera voluntaria y dando certeza de la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud**, con el propósito de dar c concerniente al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Fir de vínculo o relación comercial con la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Soluc**

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no

2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me compron

3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, s

4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen:

CONFINDECIALIDAD DE LA I

Comprendo y acepto que las bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga a CONTRATISTA, son de propiedad de la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Sol** utilizará para fines distintos al cargo suscrito con la entidad.

También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o e

De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de la Empresa Social del Estado del Departan protección de datos personales manejados por la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

La **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud** le informa que sus datos comunicación permanente y eficaz con usted sobre las actividades de la **Empresa Social del Estado del Dep** indirectamente. Manifiesto mi autorización expresa, previa y voluntaria para el tratamiento de mis datos por la

Conozco y me comprometo a cumplir con el Código de Ética, Buen Gobierno y Transparencia y todos los linea Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SARLAFT. prevención y gestión del riesgo.

Autorizo a la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud**, a consultar y en las listas establecidas para el control y prevención de Lavado de Activos y la Financiación de Terrorismo.

DECLARACIÓN JURAM

Yo obrando en nombre propio y en calidad de miembro directivo de la, manifiesto bajo la gravedad de juramen

- No he sido declarado responsable penalmente por delitos contra la administración pública, el orden econón **Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud** en la comisión de estos delitos.
- No he sido sancionado con la declaración de caducidad de un contrato celebrado con una entidad pública,

Ni yo, ni ninguno de los miembros inmediatos de mi familia hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grad suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante), tenemos intereses privados que puedan er **Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"**.

En el caso de que una o varias de las situaciones anteriormente mencionadas cambien, es mi deber personal, base en los marcos normativos vigentes.

DECLARACIÓN DE CONFLICT

Declaro de forma libre y voluntaria mis conflictos de interés y me comprometo a realizar la actualización de est En caso de encontrarme implicado o evidenciar un conflicto de interés, declaro que lo informaré de manera op a alguna de las siguientes preguntas es afirmativa, proporcione por favor la información solicitada.

¿En la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" laboran o prestan servicios de cual algún familiar o pariente de hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padr nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante

Vinculo familiar/ Parentesco	Nombre completo

¿Es dueño, socio, accionista, representante legal, directivo o empleado de empresas, sociedades, consorcios, establecimientos comerciales y/u organizaciones que tengan relación comercial con la Empresa Social del De Meta E.S.E "Solución Salud" ?

NIT	Razón social/ Nombre de la empresa

¿Tiene algún familiar o pariente de hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civ abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre a sea socio o accionista con más de treinta por ciento (30%) de participación en una empresa o que tenga el co y que a su vez dicha empresa sea cliente o proveedor de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E Salud"?

Vínculo familiar/ Parentesco	Nombre completo	No. de identificación	Razón s

¿Ha ofrecido directa o indirectamente, incentivos económicos y/o no económicos a proveedores, contratistas, directivos y funcionarios de la **Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"**, o cualq el fin de influenciar sus decisiones en el ejercicio de los servicios que presta a la **Empresa Social del Departa E.S.E "Solución Salud"**?

Por favor amplie la información:

¿Ha usado su posición como directivo de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud reputación y logos de la entidad con el fin de obtener beneficios, para usted o terceros?

Por favor amplie la información:

¿Ha revelado algún tipo de información privada, semiprivada o sensible de la Empresa Social del Departamen E.S.E "Solución Salud" a la que tenga acceso en el ejercicio de sus actividades, para beneficio personal, de al cercano o de un tercero? (Ley 1581/2012)?

Por favor amplie la información:

FIRMA Y HUELL

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado en el presente documento, declaro que la información

FIRMA

CAMPO EXCLUSIVO PARA VALIDACIÓN POR

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Fecha:	DD	MM	AAAA	Hora:	
Nombre:					
Cargo:					
Firma:					

En caso de diligenciamiento electrónico:

Declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este documento (con firma y hu

DOCUMENTACIÓN ANEXA PARA PERSONAS NATURAL: Se anexarán los documentos que se estipulen en

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO

Resultado de verificació

*VoBo. Oficina Jurídica*_____

*VoBo. Planeación (Calidad)*_____

'SOLUCIÓN	VERSIÓN 01	Código: FR-RH-98	GOBERNACIÓN DEL META
ATURAL :S	VIGENCIA 2024/10/25	DOCUMENTO CONTROLADO	

TUD

dd/mm/aaaa

ACTUALIZACIÓN		
	PROVEEDOR	

NA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

DAD (marcar con X)

Otro ¿CUÁL?	

LUGAR DE EXPEDICIÓN

epartamento y	

M (Masculino)	

con X)

EMPLEADO CON NEGOCIO	
OTRO ¿CUÁL?	

)ENCIA

DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO

car con X)

	ARRENDADA	

RES:	

ORAL

ETALLE ACTIVIDAD (Sólo para independientes)

)E INGRESO		TIPO DE VINCULACIÓN		
mm	aaaa	FIJO	INDEFINIDO	OTRO ¿Cuál?

TE) CONTESTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

SI RESPONDIÓ AFIRMATIVO A ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES; POR FAVOR ESPECIFICAR

ICIERA

ICIEROS QUE TIENE EN COLOMBIA

)AD	SUCURSAL	ANTIGÜEDAD

CIONALES

INDIQUE CUALES:			OTRAS
	EXPORTACIONES		

N EL EXTERIOR

	OTRAS		
		¿CUALES OTRAS?	
ITO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

DE INFORMACION

lel Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" a entregar información veraz :ada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. **del Meta E.S.E "Solución Salud"** para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier

ONDOS Y/O BIENES

: que todo lo aquí consignado es cierto, realizó la siguiente: Declaración de origen de fondos a :umplimiento a lo señalado al respecto en las normas internas y externas que regulan lo ıanciación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masivas, para establecer cualquier tipo **:ión Salud.**

provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

neto a actualizarla anualmente.

grupos o actividades terroristas.

NFORMACIÓN

ıcceso en el marco de las actividades a desempeñar cmo SERVIDOR PÚBLICO y/o **ución Salud,** por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se

najenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.

nento del Meta E.S.E "Solución Salud, para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la E "Solución Salud, que se encuentra publicado en la página web www.esemeta.gov.co,

DE DATOS PERSONALES.

; personales serán almacenados, en nuestras bases de datos, y tratados para mantener una
artamento del Meta E.S.E "Solución Salud o en las que ésta participe directa o
Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud.

.mientos definidos para la prevención y Administración del Riesgo de Lavado de Activos, la
/FPADM, declaración y resolución de conflictos de interés, y demás programas orientados a la

verificar mis datos en las centrales de información y/o bases de datos públicas, especialmente

ENTADA

to que:

nico social y contra el patrimonio económico y no he implicado, ni utilizado a la **Empresa**

que haya implicado la utilización de la entidad

lo de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tio, sobrino, primo,
ıtrar en conflicto con mis obligaciones para con la **Empresa Social del Estado del**

informar con oportunidad el hecho acontecido para así tomar las medidas pertinentes con

OS DE INTERÉS

:a información de acuerdo con lo requerido por el Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno.
ortuna a la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud". Si la respuesta

quier índole e, hijo, abuelo, e)?	SI		NO	

No. de identificación	**Cargo**

negocios, partamento del	SI		NO	

Tipo de vinculo (dueño, socio, accionista, representante legal, directivo o empleado)

il (padre, hijo, doptante) que ıtrol de la misma "Solución	SI		NO	

ɔcial / Nombre de la empresa	
	% de participación

clientes, uier tercero, con **ımento del Meta**	SI		NO	
l" , así como la	SI		NO	
to del Meta gún familiar	SI		NO	

A

que he suministrado es veraz y procedo con la firma del documento

	HUELLA

EL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

DILIGENCIAR EN CASO DE REQUERIR AMPLIAR INFORMACIÓN
OBSERVACIONES:

ella), la información suministrada es exacta y correcta.

	HUELLA

ı el proceso correspondiente, de acuerdo con el tipo de relación o vínculo con la entidad.

POR LA INSTITUCION

ı de datos:

	FECHA :	**HORA:**