	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:

ANEXO 2

Formato - Compromiso Anticorrupción


Obando Valle del Cauca.

Señores:
HOSPITAL LOCAL DE OBANDO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Ciudad


Respetados señores:

Yo, _____, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de Representante Legal de _____ - manifiesto en mi nombre y en nombre de _____ - que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y del Hospital Local de Obando para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. **No estamos en causal de inhabilidad** alguna para celebrar el contrato objeto del Instrumento de Agregación de Demanda en referencia.
3. Nos comprometemos a **NO OFRECER** y **NO DAR** dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de Hospital Local de Obando ESE o de las Entidades Compradoras, directamente o a través de sus empleados, contratistas o terceros, o manipulación alguna de los simuladores u Órdenes de Compra.
4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto las prácticas anticompetitivas.
5. Nos comprometemos a revelar y entregar la información que sobre el Instrumento de Agregación de Demanda en referencia objeto del contrato nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01 FECHA: 09/03/2021 TRD:

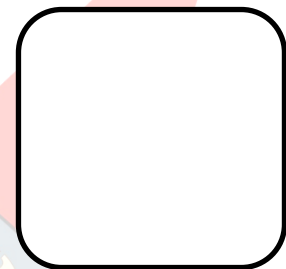
6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
7. Las comunicaciones que se formulen por parte del proponente se realizarán de manera exclusiva a través de los medios y procedimientos previstos en los Términos de Condiciones.
8. No incurrir en falsedad o adulteración de los documentos exigidos para cumplir con los requisitos precontractuales, ni en su ejecución.
9. Igualmente se acepta que durante la verificación de los ofrecimientos se respetara el espíritu de la Ley Aplicable y los aspectos de fondo por encima de la forma, buscando siempre favorecer la libre competencia.
10. Actuar con lealtad y respeto hacia los demás interesados y/o proveedores, así como frente a la Entidad. Por lo tanto, abstenerse de utilizar herramientas para dilatar las actuaciones.
11. Así mismo, interesado y/o proveedor (en adelante cualquiera, los "Obligados"), se comprometen a:
 - 11.1 Suscribir entre los empleados, proveedores y subcontratistas un pacto ético de conducta que garantice la probidad y transparencia de las actuaciones de todos los involucrados en la preparación de la Propuesta y en la ejecución del objeto contractual. (No es necesario adjuntarlo con este formato).
 - 11.2 No ofrecer trabajo como parte del Obligado que resulte vinculado al Objeto contractual a ningún funcionario público o contratista vinculados, o que hayan trabajado, en la Entidad ni a sus familiares en primer grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil a partir de la suscripción del contrato y hasta el año siguiente a la finalización del contrato (incluida prórroga en caso de llegarse a dar).
 - 11.3 No ofrecer gratificaciones o atenciones en especie, ni financiar fiestas, recepciones u homenajes a funcionarios públicos o contratistas durante las diferentes etapas del proceso de selección ni durante la ejecución del contrato.

	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:

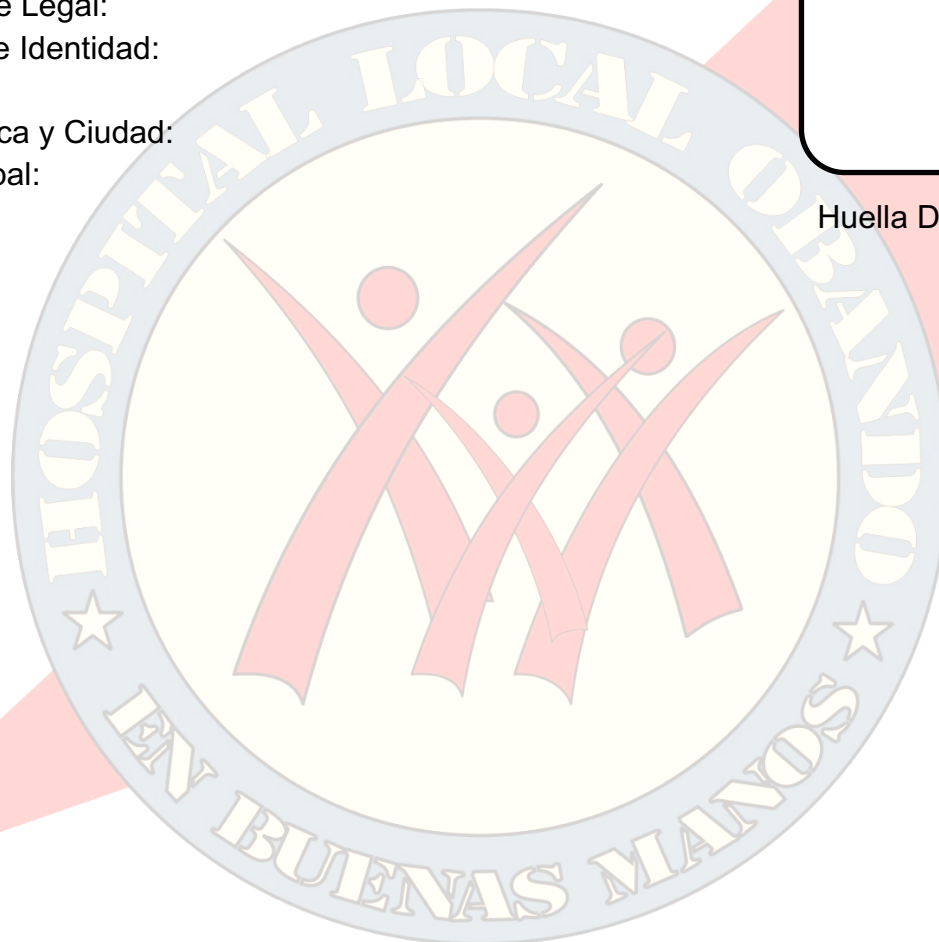
12. Se reitera que conductas como las descritas serán judicializadas y constituyen faltas penales y/o disciplinarias muy graves y que afectan a la ciudadanía y la credibilidad y confianza en la contratación con las entidades del estado.


Firma representante legal del proponente

Nombre/Razón Social:
Representante Legal:
Documento de Identidad:
NIT:
Dirección Física y Ciudad:
Correo Principal:
Teléfono:



Huella Dactilar



	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:

[Indicar Proceso de Contratación]

FORMATO PERSONAL REQUERIDO – EXPERIENCIA DEL PERSONAL PROFESIONAL

PROPONENTE: _____

Nombre del profesional
Título profesional:

Fecha de grado:
Tarjeta Profesional No.
Cargo ofrecido:

Experiencia


OBJETO DEL CONTRATO	CARGO DESEMPEÑADO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	ENTIDAD CONTRATANTE	DURACIÓN DEL PROYECTO (MESES)	PERSONA QUE CONFIRMA LA INFORMACIÓN
						NOMBRE

FIRMA

C.C. No. Expedida en (anexar copia)
 Nit
 Dirección
 Número de Teléfono
 Correo electrónico

Observaciones

- Se diligencia para cada uno del personal requerido.
- El contenido del presente formulario no podrá ser modificado o alterado y deberá ser diligenciado en su totalidad.
- La información incluida en el presente formulario es de la responsabilidad del proponente, y deberá allegarse al mismo la documentación que la soporte.

	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:

ANEXO
DATOS PARA CALCULAR LA CAPACIDAD RESIDUAL

Oferente

1- Datos contratos en ejecución:

Datos contrato	
Plazo	
Valor	
Fecha de inicio	
% de participación	
Fecha de presentación de la oferta objeto del proceso de contratación	
Días ejecutados	
Días por ejecutar	

2- Certificación de contratos para acreditación de experiencia

No. consecutivo en el RUP	Contratos relacionados con la actividad de la construcción – segmento 72 Clasificador UNSPSC	Participación del proponente en el contratista plural	Valor total de los contratos ejecutados (valor del contrato ponderado por la participación)

Valor Total Ejecutados \$

3- Certificación de la Capacidad Técnica

Nombre del socio y/o profesional de la arquitectura, ingeniería o geología	Profesión	No. de matrícula profesional	Número y año del Contrato laboral o de prestación de servicios profesionales	Vigencia del Contrato


Firma representante del auditor o revisor fiscal

Nombre:

Cargo:

Documento de Identidad

Los representantes de los integrantes del Oferente plural deben suscribir cada uno el presente documento.

	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:


**ANÁLISIS DE RENDIMIENTOS POR ÍTEM (ARPI)
(EN LA OFERTA TÉCNICA)**

LICITACIÓN PÚBLICA N° xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

PROPONENTE:

ITEM			UNIDAD:
DESCRIPCION	UND	Rendimiento UNIDAD/HORAS MAQUINA	Rendimiento (UND/(DIA-CUADRILLA))
MANO DE OBRA		Dia-cuadrilla	
XXXXXXXXXXXXXXXXXX			XXXXXXX
EQUIPO		Horas maquina	
XXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXX	

Nombre y firma del Proponente

	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:

**FLUJO DE INVERSIÓN
QUINCENAL**

Actividad	COSTO TOTAL	% INCI	QUINCEN A	QUINCEN A	QUINCEN A	QUINCEN A	...	QUINCEN A
A	\$ (1)	(2)		(3)				
B	\$							
C	\$							
D	\$							
E	\$							
...								
Z	\$							
Total	\$			(4)				
Valor Presente Neto			(5)					

Valor Presente Neto = VPN = $\sum_{i=1}^N \frac{IN_i}{(1+j)^i}$


Donde:

IN_i = Inversión Quincenal de la quincena i . j = Tasa de interés = 1.5% quincenal
 n = Plazo de la obra en quincena (aproximado al entero superior más próximo)
 2 quincenas = un mes

NOTAS:

1. Costo Total de la actividad de acuerdo al criterio aplicado en el Anexo No 6 A (columna Y)
2. Porcentaje de incidencia con respecto al Valor Total de la propuesta.
3. Valor de la inversión quincenal de las actividades, de acuerdo al programa de construcción y la duración de las actividades.
4. Valor de la inversión quincenal en cada período.
5. Valor Presente Neto de la Inversión Neta quincenal.

Nombre y firma del proponente

	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:


NOMBRE DE QUIEN FIRMA:

NOTA: El aval que aparece a continuación es para llenar sólo cuando el Representante legal de la persona jurídica, no sea Ingeniero Civil o arquitecto con Tarjeta Profesional Vigente:

Debido a que el suscriptor de la presente propuesta, no tiene Tarjeta Profesional como Ingeniero Civil o arquitecto, con Tarjeta Profesional No. _____ del Consejo Profesional de _____ de _____ y C.C. No _____ de _____, avalo la presente propuesta.

 FIRMA DE QUIEN AVALA LA PROPUESTA



	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:

ANEXO
DECLARACIÓN DE MULTAS Y SANCIONES


Proponente:
Integrante:

Señores
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

El suscrito _____ en calidad de representante legal de _____, comedidamente me permito manifestarles a ustedes que durante los últimos cinco (5) años NO he sido sancionado y multado de conformidad con el siguiente detalle:

No.	ENTIDAD	CONCEPTO DE LA SANCION Y/O MULTA	VALOR DE LA SANCION Y/O MULTA	FECHA Y PERIODO DE LA SANCION Y/O MULTA

Firma Proponente: _____

	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:

ANEXO
INFORMACIÓN SOBRE LA EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

PROponente:

Fecha:


CONTRATANTE	CONTRATISTA	VALOR CONTRATO	VALOR OBRA EJECUTADA	FECHA INICIACIÓN	FECHA TERMINACIÓN	OBJETO	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN

FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS REPRESENTANTE LEGAL: _____

Cédula de Ciudadanía No.: _____

NIT: _____

	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:

ANEXO No.
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002
(PERSONAS JURÍDICAS)

[Use la opción que corresponda, según certifique el Representante Legal o el Revisor Fiscal]

Yo, _____, identificado con _____, en mi condición de Representante Legal de (Razón social de la compañía) identificada con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ certifico el pago de los siguientes aportes, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Yo, _____, identificado con _____, y con Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de (Razón social de la compañía) identificada con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar) pagados por la compañía durante los últimos seis (6) calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta, dichos pagos corresponden a los montos contabilizados y cancelados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Nota: Para certificar el pago de los aportes correspondientes a los Sistemas de Seguridad Social, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 1406 de 1999 artículos 19 a 24. Así mismo, en el caso del pago correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR, ICBF y SENA, se deberá tener en cuenta el plazo dispuesto para tal efecto por el artículo 10 de la ley 21 de 1982, reglamentado por el Decreto 1464 del 10 de Mayo de 2005.


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 INDICACION DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACION.

EN CASO DE NO REQUERIRSE DE REVISOR FISCAL, ESTE ANEXO DEBERA DILIGENCIARSE Y SUSCRIBIRSE POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA, CERTIFICANDO EL PAGO EFECTUADO POR DICHS CONCEPTOS EN LOS PERIODOS ANTES MENCIONADOS.

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

FIRMA _____

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA _____

	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:

ANEXO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 9 LEY 828 DE 2003

(PERSONAS NATURALES)

Yo _____ identificado (a) con C.C. _____ de _____, de acuerdo con lo señalado en el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal en su artículo 442, que he efectuado el pago por concepto mis aportes y el de mis empleados (esto último en caso de tener empleados a cargo) a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección.

En caso que el proponente no tenga personal a cargo y por ende no esté obligado a efectuar el pago de aportes parafiscales y seguridad social, debe también bajo la gravedad de juramento indicar esta circunstancia en el presente anexo.

Nota: Para relacionar el pago de los aportes correspondientes a los Sistemas de Seguridad Social, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 1406 de 1999 artículos 19 a 24. Así mismo, en el caso del pago correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR, ICBF y SENA, se deberá tener en cuenta el plazo dispuesto para tal efecto, en el artículo 10 de la ley 21 de 1982, reglamentado por el Decreto 1464 del 10 de Mayo de 2005.


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 INDICACION DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACION.

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

FIRMA _____

NOMBRE DE QUIEN DECLARA _____

—

	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:

ANEXO
CAPACIDAD RESIDUAL

a) Lista de contratos en ejecución suscritos con Entidades Estatales y con entidades privadas, para ejecutar obras civiles

CONTRATANTE	CONTRATISTA	OBJETO DEL CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	VALOR DEL CONTRATO EN SMMLV	PORCENTAJE EJECUTADO

Se deben incluir contratos de concesión y contratos de obra, con la certificación expedida por la Entidad Estatal y/o Entidad privada.

b) Lista de contratos en ejecución suscritos por sociedades, consorcios o uniones temporales, en los cuales el proponente tenga participación, con Entidades Estatales y con entidades privadas, para ejecutar obras civiles


CONTRATANTE	CONTRATISTA	OBJETO DEL CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	VALOR DEL CONTRATO EN SMMLV	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN	PORCENTAJE EJECUTADO

Se deben incluir contratos de concesión y contratos de obra, con la certificación expedida por la Entidad Estatal y/o Entidad privada.

c) Para acreditación de experiencia diligenciar el anexo 1 de la guía de capacidad residual de Colombia Compra.

d) Para acreditación de la capacidad técnica se deberá relacionar los profesionales vinculados mediante contrato de trabajo o contrato de prestación de servicios, diligenciar el anexo 2 de la guía de capacidad residual de Colombia compra.

e) Para acreditación de la capacidad organizacional se debe anexar el estado de resultados que contiene el mejor ingreso operacional de los últimos cinco (5) años debidamente auditado y aprobado por el contador público o revisor fiscal según corresponda y suscrito por el representante legal.

	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:

ANEXO

HOJA DE VIDA DEL PERSONAL
(Nota: Aplicar para cada personal solicitado)

NOMBRE DEL PROPONENTE: _____

1. DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

CARGO A OCUPAR: _____

DOMICILIO: _____

DIRECCION: _____

No. TELEFONO: _____

No. CEDULA IDENTIFICACION (No. PASAPORTE SI ES EXTRANJERO) _____

TARJETA PROFESIONAL No. _____

2. ESTUDIOS GENERALES (UNIVERSITARIO, ESPECIALIDAD Y POSTGRADO)


TITULO	INSTITUCION	LUGAR	FECHA DE GRADO		DURACIÓN DE LOS ESTUDIOS (AÑOS)
			ME S	AÑ O	

3. EXPERIENCIA

AÑOS DE EXPERIENCIA GENERAL	AÑOS DE EXPERIENCIA ESPECIFICA	CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO DEDICACION AL PROYECTO

La Hoja de Vida deberá venir firmada por el profesional y anexar los documentos que acreditan la experiencia.

FIRMA: _____

	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:

ANEXO

**CUADRO DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES, UNIDADES, CANTIDADES
FORMULARIO DE OFERTA DE CANTIDADES Y PRECIOS**


ITEM	DESCRIPCION	UND	CANT.	VR. UNIT	VR. TOTAL

VALOR COSTOS DIRECTOS	
------------------------------	--

COSTOS INDIRECTOS	
	VALOR COSTOS DIRECTOS
	ADMINISTRACIÓN %
	IMPREVISTOS %
	UTILIDAD %
	TOTAL AIU %
	COSTOS DIRECTOS + INDIRECTOS

VALOR TOTAL PRESUPUESTO	
--------------------------------	--

PROPONENTE
M.P.


	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:

ANEXO - RELACIÓN DE MAQUINARIA / EQUIPO								
Objeto:								
NUMERO DE FACTURA DE COMPRA	SI ES ALQUILADO NUMERO DEL FOLIO DE LA CARTA DEL PROPIETARIO	TIPO	MARCA	MODELO	CAPACIDAD	NUMERO SERIAL	AÑO DE FABRICACIÓN	NUMERO DE FOLIO

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
FECHA:

NOTA:
 DEBE IDENTIFICARSE CLARAMENTE EL EQUIPO QUE EL PROPONENTE PRESENTA PARA EVALUACION DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES.

EN CASO QUE EL CONTRATO ME SEA ADJUDICADO ME COMPROMETO A EJECUTAR LAS OBRAS CON EL EQUIPO RELACIONADO EN ESTE FORMATO Y EL QUE SEA NECESARIO PARA SU CORRECTA EJECUCIÓN.

	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:

ANEXO- APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL

xxxxx, _____ del 2025

Señores

XXXXXXXX

Obando - Valle del Cauca

Referencia: Licitación Pública No. _____

Para contratar la “_____”. De conformidad con el proceso de la referencia, me permito presentar el ANEXO de APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL de (la sociedad _____, consorcio o unión temporal) a la que represento de la siguiente manera: En cumplimiento de lo señalado en la Ley 816 de 2003 “por medio de la cual se apoya a la industria nacional a través de la contratación pública” y en aplicación de lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.1 del Decreto 1082 de 2015, se ofrece lo siguiente:

Criterio	Porcentaje (%)
Porcentaje de personal colombiano ofrecido y su compromiso de vincularlo en caso de resultar adjudicatario del Proceso	


En constancia de lo afirmado, se suscribe a los _____ días del mes de _____ del año 2021, por:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO NOMBRE DEL PROPONENTE: NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCIÓN:

CORREO ELECTRÓNICO:

TELÉFONO:

	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:

ACREDITACIÓN MIPYME

Señores

[NOMBRE DE LA ENTIDAD]

[Ciudad]

REFERENCIA:

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 5.1.4 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 202X

[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]

	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:

ANEXO

**CAPACIDAD RESIDUAL DEL
PROPONENTE CERTIFICACIÓN DE
LA CAPACIDAD TÉCNICA**

Oferente: _____

NOMBRE DEL SOCIO Y/O PROFESIONAL DE LA INGENIERIA CIVIL O DE VIAS Y	PROFESIÓN	No DE MATRÍCULA PROFESIONA	NÚMERO Y AÑO DEL CONTRATO LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VIGENCIA DEL CONTRAT


Firma representante legal del oferente
Nombre: _____ Cargo: _____
Documento de identidad: _____

Firma auditor o revisor fiscal
Nombre: _____ Cargo: _____ Documento de identidad: _____

Los representantes de los integrantes del Oferente plural deben suscribir cada uno el presente documento del socio

Notas:

1. La capacidad técnica (CT) se asigna teniendo en cuenta el número de socios y profesionales de la arquitectura, ingeniería y geología vinculados mediante una relación laboral o contractual conforme a la cual desarrollen actividades relacionadas directamente a la construcción.
2. Para acreditar la capacidad técnica el proponente debe diligenciar el formato correspondiente.

	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:

PROCESO CONVOCATORIA PUBLICA No

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

[El presente Formato lo diligenciará toda persona (proponente, socia o trabajador) que al momento de presentar su oferta contenga datos sensibles, para que la Entidad Estatal contratante garantice el tratamiento adecuado a estos datos]

Señores

[NOMBRE DE LA ENTIDAD]

[Dirección de la Entidad]

[Ciudad]

Cumpliendo la Ley 1581 de 2012 “Por el cual se dictan disposiciones para la protección de datos personales” y conforme al Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por [Incluir el nombre de la Entidad] de lo siguiente:

1) La [Incluir el nombre de la Entidad Estatal] actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, almacenar y usar mis datos personales para hacer efectivo el factor de desempate previsto en el numeral 5.1.4, numerales 2, 5, 6 y 7 del pliego de condiciones, relacionados con la acreditación de ser víctima de violencia intrafamiliar, persona en proceso de reintegración o reincorporación, o persona perteneciente a la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rrom, o gitanas.

Finalidad

Autoriza


SÍ

NO

Hacer efectivo el factor de desempate para la acreditación de una mujer víctima de violencia intrafamiliar, persona perteneciente a la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rrom, o gitanas, o persona en proceso de reintegración o reincorporación.

2) Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos con la salud, la vida sexual y los datos biométricos.

3) Manifiesto que me informaron que los datos sensibles que se recolectarán serán utilizados para hacer efectivo el criterio de desempate previsto en el numeral 5.1.4, numerales 2, 5, 6 y 7 del pliego de condiciones, relacionados con la acreditación de ser víctima de violencia intrafamiliar, integrante de la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rrom, o gitanas, o persona en proceso de reintegración o reincorporación.

	HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT. 891.901.041-1	CÓDIGO: GI-GD-FO-10
	ANEXOS	VERSION: 01
		FECHA: 09/03/2021
		TRD:

Derechos del titular

Sus derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y en la Ley 1581 de 2012, especialmente los siguientes:

- a) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento.
- b) Solicitar la actualización y rectificación de su información frente a los datos parciales, inexactos, incompletos.
- c) Solicitar prueba de la autorización otorgada.
- d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente.
- e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, a menos que exista un deber legal o contractual que haga imperativo conservar la información.
- f) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles o sobre datos de las niñas y niños y adolescentes.

Estos derechos los podré ejercer mediante los canales o medios dispuestos por [Incluir nombre de la Entidad] para la atención al público, la línea de atención nacional [incluir número de atención de la Entidad], el correo electrónico [incluir el correo electrónico] y las oficinas de atención al cliente a nivel nacional, cuya información puedo consultar en [incluir página web de la Entidad], disponibles de [lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 p.m].

Por todo lo anterior, he otorgado mi consentimiento a [Incluir nombre de la Entidad] para que trate mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales dispuesta en [Incluir el link en donde se encuentra la Política de Tratamiento de Datos Personales] y que me dio a conocer antes de recolectar mis datos personales.

Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Nombre: [Incluir nombre del titular de la autorización datos sensibles para la autorización de datos]

Firma: [Incluir firma del titular]

Identificación: [Incluir número de identificación del titular de datos sensibles]

Fecha: [Fecha en que se puso de presente la autorización y entregó sus dato]