
	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b> <b>NIT. 890.205.456-5</b>			
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>FORMATO</b>	
	<b>Versión 0</b>	<b>F-SI-03</b>	<b>3-03-2025</b>	
<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			<b>Página 1 de 26</b>	

**FORMATO No. 1**  
**CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA**

Barbosa Santander. (XX-XX-XXXX)

Señores  
**E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO**  
**BARBOSA SANTANDER**  
Ciudad

**REF. Proceso de Convocatoria Pública, propuesta presentada a la E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO, para la CONVOCATORIA PÚBLICA No. ESE-HISB-XXX-2025.**



El suscrito actuando como (persona natural \_\_\_\_\_, representante legal de la sociedad \_\_\_\_\_, representante del Consorcio \_\_\_\_\_ o Unión Temporal \_\_\_\_\_, integrado por \_\_\_\_\_ o como apoderado de \_\_\_\_\_ según poder debidamente conferido y adjunto a la presente), de acuerdo con las condiciones que se establecen en los documentos de la contratación de la referencia, manifestamos a la .S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO que, de acuerdo con el documento de Convocatoria Pública No. **ESE-HISB-XXX-2025**, hacemos la siguiente propuesta y en caso que nos sea aceptada por la ENTIDAD nos comprometemos a dar cumplimiento a la misma y a la aceptación de la oferta que se emita.

Declaramos así mismo:

1. Que conocemos los estudios previos, El aviso de convocatoria pública, los anexos, las adendas y demás documentos de la Convocatoria pública en general y en especial las **CONDICIONES TÉCNICAS** y que aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
2. Que en caso de que se me adjudique el contrato, me comprometo cumplir con todos y cada uno de los requerimientos solicitados en este proceso y en lo relacionado con las condiciones señaladas en el presente documento y en el **ANEXO No. 2 ANEXO TECNICO** de la presentación Convocatoria Pública según las instrucciones impartidas por la ENTIDAD.
3. Que nos comprometemos a ejecutar totalmente el contrato en el plazo establecido en la Convocatoria Pública y demás documentos.
4. Que, si se nos adjudica el contrato, nos comprometemos a constituir las garantías requeridas, firmar el contrato y cumplir con los requisitos para su perfeccionamiento dentro de los términos señalados para ello.
5. Que los valores económicos de nuestra propuesta son los que se indican en el **FORMULARIO 1 – DE PROPUESTA ECONOMICA**.
6. Que ninguna persona o entidad distinta de los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.

Así mismo, declaramos **BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**, sujeto a las sanciones establecidas en el Artículo 442 del Código Penal (Ley 599 de 2000):

7. Que la información contenida en la propuesta y los documentos que forman parte de la misma, así como aquellos que sean aportados a partir de la firma del acta de inicio del contrato, en caso de ser adjudicado, hasta el acta de liquidación del mismo son verídicos, y que asumimos total responsabilidad frente a la ENTIDAD en los casos en que los datos suministrados sean falsos o contrarios a la realidad, sin perjuicio de los dispuesto en el Código Penal y demás normas concordantes.
8. Que no nos hallamos incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y en la Ley, que no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar, y que no nos encontramos incurso en ninguno de los conflictos especiales de intereses para participar establecidos en el presente pliego de condiciones. **En especial, manifestamos que no nos hallamos reportados en el Boletín de Responsables Fiscales vigente, publicado por la Contraloría**

	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b>			
	<b>NIT. 890.205.456-5</b>			
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>FORMATO</b>	
<b>Versión 0</b>	<b>F-SI-03</b>	<b>3-03-2025</b>	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>	
			<b>Página 2 de 26</b>	



**General de la República, de acuerdo con lo previsto en el numeral 4 del Artículo 38 de la Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único), en concordancia con el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000. (Nota: Se recuerda al proponente que, si está incurso en alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad, no puede participar en el proceso de selección de contratistas y debe abstenerse de formular propuesta).**

En caso de llegar a conocer que nos encontramos en curso de alguna inhabilidad o conflicto de interés sobreviniente, contemplados en la normatividad vigente, nos comprometemos **a informar de manera inmediata**, tal circunstancia a la Entidad, para que se tomen las medidas legales pertinentes. Este compromiso lo adquirimos en total independencia de la etapa procesal que se encuentre el proceso de selección (precontractual, contractual y/o post contractual).

9. Que aceptamos el Presupuesto Oficial de esta Convocatoria Pública.
10. Que nos comprometemos a asumir las consecuencias en la evaluación derivadas de las correcciones aritméticas y en la ejecución del contrato que se suscriba, en el evento en que se deban realizar correcciones aritméticas o modificaciones frente a la información indicada por la entidad.
11. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana, y, en consecuencia, consideramos que la ENTIDAD se encuentra facultada para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección impulsado, y al público en general (esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).
12. Que la siguiente información contenida en la propuesta, tiene el carácter de reservado de acuerdo con la Ley y por lo tanto no podrá ser divulgada a terceros: (relacione los documentos que contienen información con reserva e indique la norma que ampara y fundamenta el carácter reservado). *(INCLUIR EN CASO QUE APLIQUE INFORMACION RESERVADA)*
13. Que a la fecha no tenemos multas pendientes de pago de acuerdo a lo establecido en el artículo 183 de la Ley 1801 de 2016 “Código Nacional de Policía y Convivencia”
14. Al suministrar información, autorizamos el manejo de datos de acuerdo con la Política de Protección de Datos Personales la ENTIDAD. Lo anterior en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012.
15. Que el proponente, con el cual se ejecutarán los trabajos no se encuentran incursos en conflictos de interés y que evitaremos dar lugar a situaciones en que se pongan en conflicto nuestras obligaciones previas o vigentes con respecto a otros contratistas o con nuestra futura o actual participación en procesos de selección o en la ejecución de otros contratos y que nos obligamos a dar asesoramiento competente, objetivo e imparcial, otorgando en todo momento la máxima importancia a los intereses de la entidad, asegurándonos de no incurrir en conflictos de interés.
16. Que en atención a lo dispuesto en el artículo 11 del Decreto 3050 de 1997, para el caso de los integrantes de un Consorcio o Unión Temporal, para efectos de pago manifiesto con respecto a la facturación, lo siguiente:

**(NOTA: LEER DETENIDAMENTE LAS TRES OPCIONES E INDICAR CUAL SE ESCOGE Y APORTAR LA DOCUMENTACIÓN RESPECTIVA).**

- Si la va a efectuar en representación del consorcio o la unión temporal uno de sus integrantes, caso en el cual debe informar el número de identificación tributaria – NIT de quien va a facturar.
- Si la facturación la van a presentar en forma separada cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, deberán informar su número de identificación tributaria – NIT y establecer la participación de cada uno dentro del valor del contrato.
- Si la facturación se va a realizar directamente por el consorcio o unión temporal, se deberá enunciar el número de identificación tributaria – NIT que se haya solicitado para el consorcio o unión temporal ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, y los datos de razón social y NIT de cada uno de los integrantes indicando el nivel de participación de cada uno dentro del contrato).

	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b>			
	<b>NIT. 890.205.456-5</b>			
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>FORMATO</b>	
<b>Versión 0</b>	<b>F-SI-03</b>	<b>3-03-2025</b>	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>	
			<b>Página 3 de 26</b>	

NOTA: En cualquiera de las anteriores alternativas, las facturas deberán cumplir los requisitos establecidos en las disposiciones legales.

## **SOBRE LA PREVENCIÓN DEL LAVADO DE ACTIVOS**

Bajo la gravedad del juramento manifiesto que las actividades que realiza(n) tanto nuestra(s) empresa(s) – consorcio o unión temporal-, como persona jurídica, y sus socios o asociados como personas naturales son lícitas, así como el origen de sus y de nuestros recursos. En el evento de ser seleccionados, nos obligamos tanto como persona jurídica y naturales a no utilizar el objeto del contrato y nuestra propuesta técnica y económica o utilizar a la ENTIDAD como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento, en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas, o para dar apariencia de legalidad a actividades delictivas o a transacciones o fondos vinculados con las mismas. Y a informar a la ENTIDAD, inmediatamente, cualquier sospecha o información que llegue a conocer relacionada con este tema, respecto de las obligaciones derivadas del presente contrato.

## **PACTO DE INTEGRIDAD**



Manifiesto mi voluntad de asumir de manera unilateral, el presente PACTO DE INTEGRIDAD, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

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

**SEGUNDO:** Que siendo el interés del PROPONENTE participar en el presente proceso de selección, 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 presente proceso de selección, 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 y la relación contractual que podría derivarse de ella y les impondrá las siguientes obligaciones:  
No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de la ENTIDAD, 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 de la ENTIDAD, 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 colusión en el presente proceso de selección.
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 este pliego 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 el pliego de condiciones y, en consecuencia, aceptará las decisiones que en cumplimiento del mismo tome la Administración.

En términos de lo prescrito en el artículo 56 de la Ley 1437 de 2011, acepto que las notificaciones de las comunicaciones o información que surja del presente proceso, podrán realizarse en la dirección de correo electrónico reportada a continuación:

	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b> <b>NIT. 890.205.456-5</b>			 <i>Barbosa Santander</i>
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>FORMATO</b>	
	<b>Versión 0</b>	<b>F-SI-03</b>	<b>3-03-2025</b>	
<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			<b>Página 4 de 26</b>	

Atentamente,

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

Nombre o Razón Social del proponente: \_\_\_\_\_

NIT \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal: \_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## FORMATO No. 2 MODELO DE CARTA DE CONFORMACIÓN DE CONSORCIOS

Barbosa Santander. (XX-XX-XXXX)

Señores  
**E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO**  
**BARBOSA SANTANDER**  
 Ciudad

**REF. Proceso de Convocatoria Pública, propuesta presentada a la E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO, para la CONVOCATORIA PÚBLICA No. ESE-HISB-XXX-2025.**



Estimados señores:

Los representantes \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, debidamente autorizados para actuar en nombre de \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, nos permitimos manifestar por este documento que hemos acordado asociarnos en CONSORCIO denominado \_\_\_\_\_ para participar en el presente llamado a ofertas, y por lo tanto manifestamos lo siguiente:

- A.-** La duración de este consorcio será igual al término de la ejecución del contrato, su liquidación y un (1) año más.
- B.-** Los miembros del consorcio manifiestan que conocen y aceptan los términos del proceso de selección y responden solidariamente por la veracidad de la información suministrada por el proponente plural, como por las obligaciones que asumirán en calidad de contratista por el término de duración del consorcio.
- C.-** Los miembros del consorcio manifiestan que no cederán su participación sin la autorización por escrito de la ENTIDAD.
- D.-** El consorcio está integrado así:

NOMBRE O RAZON SOCIAL	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN

- E.-** La responsabilidad de los integrantes del consorcio es solidaria, ilimitada y mancomunada.
- F.-** El representante del consorcio es \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta, suscribir a nombre de cada uno de los miembros la carta de presentación de la oferta y en caso de salir favorecidos en la selección, para firmar el contrato, modificar y liquidar y tomar todas las decisiones que fueren necesarias al respecto, con amplias y suficientes facultades, relacionadas con el contrato celebrado, así como suscribir la totalidad de los documentos contractuales que resulten necesarios.
- G.-** Para todos los efectos el presente documento será considerado el único constitutivo del proponente asociativo.
- H.-** Nosotros [miembros del Consorcio], declaramos que el régimen de responsabilidad solidaria que se predica con respecto a las obligaciones derivadas de la Propuesta por parte de los miembros del [Consortio], incluye la obligación

	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b> <b>NIT. 890.205.456-5</b>			 <i>Barbosa Santander</i>
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>FORMATO</b>	
	<b>Versión 0</b>	<b>F-SI-03</b>	<b>3-03-2025</b>	
<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			<b>Página 6 de 26</b>	

de todos y cada uno de nosotros de asumir la totalidad de los gastos, gestiones, actos y negocios jurídicos necesarios para obtener el cumplimiento de las obligaciones incumplidas, directamente o por parte de un tercero bajo nuestra permanente supervisión, tercero este que deberá ostentar, a juicio de la ENTIDAD, condiciones equivalentes al miembro de [Consortio] que asumió la obligación y acreditó las condiciones exigidas correspondientes a la obligación incumplida”.

En constancia se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2025.

**FIRMA**  
**NOMBRE INTEGRANTE 1**  
**C.C. No.**

**FIRMA**  
**NOMBRE INTEGRANTE 2**

**FIRMA**  
**REPRESENTANTE LEGAL DEL CONSORCIO**  
**C.C. No.**

## FORMATO No. 3

### MODELO DE CARTA DE CONFORMACIÓN DE UNION TEMPORAL

Barbosa Santander. (XX-XX-XX)

Señores  
**E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO**  
**BARBOSA SANTANDER**  
 Ciudad

**REF. Proceso de Convocatoria Pública, propuesta presentada a la E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO, para la CONVOCATORIA PÚBLICA No. ESE-HISB-XXX-2025.**

Estimados señores:

Los representantes \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, debidamente autorizados para actuar en nombre de \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, nos permitimos manifestar por este documento que hemos acordado asociarnos en UNIÓN TEMPORAL denominada \_\_\_\_\_ para participar en el presente llamado a ofertas, y por lo tanto manifestamos lo siguiente:



- A.-** La duración de esta UNIÓN TEMPORAL será igual al término de la ejecución del contrato, su liquidación y un (1) año más.
- B.-** Los miembros de la UNIÓN TEMPORAL manifiestan que conocen y aceptan los términos proceso de selección y responden solidariamente por la veracidad de la información suministrada por el proponente plural, como por las obligaciones que asumirán en calidad de contratista por el término de duración del consorcio.
- C.-** Los miembros de la UNIÓN TEMPORAL manifiestan que no cederán su participación sin la autorización por escrito de la ENTIDAD.
- D.-** La UNIÓN TEMPORAL está integrada así:

NOMBRE	ACTIVIDAD A EJECUTAR*	% DE PARTICIPACIÓN

(\*) Discriminar actividades por ejecutar, de parte de cada uno de los integrantes

**E.-** El representante de la UNIÓN TEMPORAL es \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta, suscribir a nombre de cada uno de los miembros la carta de presentación de la oferta y en caso de salir favorecidos en la selección, para firmar el contrato, modificar y liquidar y tomar todas las decisiones que fueren necesarias al respecto, con amplias y suficientes facultades, relacionadas con el contrato celebrado, así como suscribir la totalidad de los documentos contractuales que resulten necesarios.

**F.-** Para todos los efectos del presente documento será considerado el único constitutivo del proponente asociativo.

	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b> <b>NIT. 890.205.456-5</b>			
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>FORMATO</b>	
	<b>Versión 0</b>	<b>F-SI-03</b>	<b>3-03-2025</b>	
<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			<b>Página 8 de 26</b>	



**G-** Nosotros [miembros de la Unión Temporal], declaramos que el régimen de responsabilidad solidaria que se predica con respecto a las obligaciones derivadas de la Propuesta por parte de los miembros del [miembros de la Unión Temporal], incluye la obligación de todos y cada uno de nosotros de asumir la totalidad de los gastos, gestiones, actos y negocios jurídicos necesarios para obtener el cumplimiento de las obligaciones incumplidas, directamente o por parte de un tercero bajo nuestra permanente supervisión, tercero este que deberá ostentar, a juicio de la ENTIDAD, condiciones equivalentes al miembro de [miembros de la Unión Temporal] que asumió la obligación y acreditó las condiciones exigidas correspondientes a la obligación incumplida”.

En constancia se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2025.

**FIRMA**  
**NOMBRE INTEGRANTE 1**  
**C.C. No.**

**FIRMA**  
**NOMBRE INTEGRANTE 2**  
**C.C. No.**

**FIRMA**  
**REPRESENTANTE LEGAL DE LA UNIÓN TEMPORAL**  
**C.C. No.**

	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b> <b>NIT. 890.205.456-5</b>			
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>FORMATO</b>	
	<b>Versión 0</b>	<b>F-SI-03</b>	<b>3-03-2025</b>	
<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			<b>Página 9 de 26</b>	

#### FORMATO No. 4

### PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES 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 de mis aportes y/o el de mis empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (Artículo 65 Ley 1819 de 2016),

[En caso de presentar acuerdo de pago con las entidades recaudadoras respecto de alguna de las obligaciones mencionadas deberá manifestar que existe el acuerdo y que se encuentra al día en el cumplimiento del mismo. En este evento el oferente deberá anexar copia del acuerdo de pago correspondiente y el comprobante de pago soporte del mes anterior al cierre del proceso de selección]

ESTA PREVISIONES APLICAN PARA LAS PERSONAS NATURALES EXTRANJERAS CON DOMICILIO EN COLOMBIA LAS CUALES DEBERÁN ACREDITAR ESTE REQUISITO RESPECTO DEL PERSONAL VINCULADO EN COLOMBIA.

En virtud de lo señalado en el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, (Marcar con X) manifiesto que como persona natural empleadora me encuentro exonerada de la obligación de pago de los aportes parafiscales al SENA, al ICBF y al Sistema de Seguridad Social en Salud por los empleados que devenguen menos de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Lo anterior no aplicará para personas naturales que empleen menos de dos trabajadores, los cuales seguirán obligados a efectuar los aportes de que trata este inciso.



\_\_\_\_\_ Bajo la gravedad de juramento manifiesto (persona natural o jurídica) que dentro de los 6 meses anteriores a la fecha de firma del Contrato no tuve personal a cargo y por ende no estoy obligado a efectuar el pago de aportes legales y seguridad social.

Dada en \_\_\_\_\_ a los ( ) \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA -----

NOMBRE DE QUIEN DECLARA \_\_\_\_\_

**Nota:** Para los Proponentes Plurales cada uno de los integrantes debe suscribir por separado la declaración de la que tratan los anteriores numerales. Adicionalmente, el Proponente adjudicatario debe presentar, para la suscripción del respectivo Contrato, ante la dependencia respectiva, la declaración donde acredite el pago correspondiente a seguridad social y aportes legales cuando a ello haya lugar.

	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b> <b>NIT. 890.205.456-5</b>			
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>FORMATO</b>	
	<b>Versión 0</b>	<b>F-SI-03</b>	<b>3-03-2025</b>	
<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			<b>Página 10 de 26</b>	

## FORMATO No. 5

### PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 (PERSONAS JURÍDICAS)

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_, en mi condición de Representante Legal de (Razón social de la compañía) identificada con NIT \_\_\_\_\_, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (*Artículo 65 Ley 1819 de 2016*), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del 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 salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (*Artículo 65 Ley 1819 de 2016*), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

[En el evento en que la sociedad no tenga más de seis (6) meses de constituida, deberá acreditar los pagos a partir de la fecha de su constitución como sigue:

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_, en mi condición de Representante Legal de (Razón social de la compañía) identificada con NIT \_\_\_\_\_, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (*Artículo 65 Ley 1819 de 2016*), pagados por la compañía a partir de [fecha de constitución]. 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 salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (*Artículo 65 Ley 1819 de 2016*), pagados por la compañía a partir de [fecha de constitución]. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

[En caso de presentar acuerdo de pago con alguna de las entidades anteriormente mencionadas, se deberá precisar el valor y el plazo previsto para el acuerdo de pago, con indicación del cumplimiento de esta obligación, caso en el

	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b> <b>NIT. 890.205.456-5</b>			 <i>Barbosa Santander</i>
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>FORMATO</b>	
	<b>Versión 0</b>	<b>F-SI-03</b>	<b>3-03-2025</b>	
<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			<b>Página 11 de 26</b>	

cual deberá anexar copia del acuerdo de pago correspondiente y el comprobante de pago soporte del mes anterior al cierre del proceso de contratación]

LA ANTERIOR PREVISIÓN APLICA PARA LAS PERSONAS JURÍDICAS EXTRANJERAS CON DOMICILIO O SUCURSAL EN COLOMBIA LAS CUALES DEBERÁN ACREDITAR ESTE REQUISITO RESPECTO DEL PERSONAL VINCULADO EN COLOMBIA.

Conforme el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, manifiesto que me encuentro exonerado del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

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 DICHOS CONCEPTOS EN LOS PERIODOS ANTES MENCIONADOS Y, NO SE INCLUIRÁ LA EXPRESIÓN "BAJO JURAMENTO". CUANDO LA FIRME EL REPRESENTANTE LEGAL DEBERÁ CONTENER ESTA EXPRESIÓN.



Dada en \_\_\_\_\_, a los (XX) \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA \_\_\_\_\_

### FORMATO 6 - EXPERIENCIA GENERAL

No. de Orden	Número consecutivo del reporte del contrato ejecutado en el RUP [para personas naturales o jurídicas nacionales y extranjeras domiciliadas con sucursal en Colombia]	ENTIDAD CONTRATANTE	CONTRATO No.	OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS	FORMAS DE EJECUCIÓN		INICIO (DD/MES(AA))	TERMINACION (DD/MES(AA))	INTEGRANTE QUE APORTA LA EXPERIENCIA	VALOR TOTAL DEL CONTRATO EN SMMLV	VALOR TOTAL DEL CONTRATO EN SMMLV AFECTADO POR EL PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
						I,C,UT, OTRA	%				VALOR TOTAL REPORTADO EN EL RUP [para personas naturales o jurídicas nacionales y extranjeras domiciliadas con sucursal en Colombia]	
1												
2												
3												
											<b>TOTAL EN SMMLV</b>	<b>0</b>
											<b>TOTAL EN PESOS</b>	<b>\$ .</b>

	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b> <b>NIT. 890.205.456-5</b>			
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>		<b>FORMATO</b>
	<b>Versión 0</b>	<b>F-SI-03</b>		<b>3-03-2025</b>
<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			<b>Página 2 de 26</b>	

**LA INFORMACIÓN INCLUIDA EN ESTE FORMATO ES DE RESPONSABILIDAD DEL PROPONENTE.**

NOTA No. 1: PARA CADA CONTRATO SE DEBE INDICAR LA RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE Y SI SE HA EJECUTADO EN FORMA INDIVIDUAL (I), CONSORCIO (C), UNIÓN TEMPORAL (UT) O BAJO CUALQUIER OTRA MODALIDAD DE ASOCIACIÓN Y EL PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN.

NOTA No. 2: EN EL CASO DE CONTRATOS SUSCRITOS EN CONSORCIO, UNIÓN TEMPORAL U OTRA MODALIDAD DE ASOCIACIÓN CONSIDERAR LO ESTABLECIDO EN EL PLIEGO DE CONDICIONES.

NOTA No. 3: LOS VALORES CONSIGNADOS DEBEN EXPRESARSE EN PESOS COLOMBIANOS.

NOTA No. 4: PARA LA ACREDITACION DEL CRITERIO DE EXPERIENCIA HABILITANTE SE TOMARAN UNICAMENTE HASTA EL MÁXIMO DE CONTRATOS DEFINIDOS EN EL PLIEGO DE CONDICIONES

NOTA No. 5: PARA PROPONENTES PLURALES SE DEBE INFORMAR QUE INTEGRANTE APORTA LA EXPERIENCIA.

NOTA No. 6: EL VALOR TOTAL SE CALCULA DE CONFORMIDAD CON LO INDICADO EN EL PLIEGO DE CONDICIONES.

NOTA No. 7: PARA LOS CONTRATOS FACTURADOS EN MONEDA DIFERENTE AL PESO COLOMBIANO, DEBE PRESENTARSE UN CUADRO DE CONVERSION DE VALORES DE MONEDA EXTRANJERA DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA SECCIÓN DE MONEDA DEL PLIEGO DE CONDICIONES.

**NOMBRE DEL  
PROPONENTE**

\_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL  
REPRESENTANTE LEGAL  
DEL PROPONENTE**

\_\_\_\_\_



**FIRMA**

\_\_\_\_\_

NOTA: Toda la información suministrada por el proponente deberá ser veraz y estará sujeta a verificación de acuerdo con lo estipulado en estos pliegos de condiciones.

### FORMATO 7 - EXPERIENCIA ESPECIFICA

No. de Orden	Número consecutivo del reporte del contrato ejecutado en el RUP [para personas naturales o jurídicas nacionales y extranjeras domiciliadas con sucursal en Colombia]	ENTIDAD CONTRATANTE	CONTRATO No.	OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS	FORMAS DE EJECUCIÓN		INICIO (DD/MES(AA))	TERMINACION (DD/MES(AA))	INTEGRANTE QUE APORTA LA EXPERIENCIA	VALOR TOTAL DEL CONTRATO EN SMMLV	VALOR TOTAL DEL CONTRATO EN SMMLV AFECTADO POR EL PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
						VALOR TOTAL REPORTADO EN EL RUP [para personas naturales o jurídicas nacionales y extranjeras domiciliadas con sucursal en Colombia]						
1												
2												
3												
<b>TOTAL EN SMMLV</b>											<b>0</b>	

	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b> <b>NIT. 890.205.456-5</b>			
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>FORMATO</b>	
	<b>Versión 0</b>	<b>F-SI-03</b>	<b>3-03-2025</b>	
<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			<b>Página 4 de 26</b>	

<b>TOTAL EN PESOS</b>	\$ -
-----------------------	---------

LA INFORMACIÓN INCLUIDA EN ESTE FORMATO ES DE RESPONSABILIDAD DEL PROPONENTE.

NOTA No. 1: PARA CADA CONTRATO SE DEBE INDICAR LA RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE Y SI SE HA EJECUTADO EN FORMA INDIVIDUAL (I), CONSORCIO (C), UNIÓN TEMPORAL (UT) O BAJO CUALQUIER OTRA MODALIDAD DE ASOCIACIÓN Y EL PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN.

NOTA No. 2: EN EL CASO DE CONTRATOS SUSCRITOS EN CONSORCIO, UNIÓN TEMPORAL U OTRA MODALIDAD DE ASOCIACIÓN CONSIDERAR LO ESTABLECIDO EN EL PLIEGO DE CONDICIONES.

NOTA No. 3: LOS VALORES CONSIGNADOS DEBEN EXPRESARSE EN PESOS COLOMBIANOS.

NOTA No. 4: PARA LA ACREDITACION DEL CRITERIO DE EXPERIENCIA HABILITANTE SE TOMARAN UNICAMENTE HASTA EL MÁXIMO DE CONTRATOS DEFINIDOS EN EL PLIEGO DE CONDICIONES

NOTA No. 5: PARA PROPONENTES PLURALES SE DEBE INFORMAR QUE INTEGRANTE APORTA LA EXPERIENCIA.

NOTA No. 6: EL VALOR TOTAL SE CALCULA DE CONFORMIDAD CON LO INDICADO EN EL PLIEGO DE CONDICIONES.

NOTA No. 7: PARA LOS CONTRATOS FACTURADOS EN MONEDA DIFERENTE AL PESO COLOMBIANO, DEBE PRESENTARSE UN CUADRO DE CONVERSION DE VALORES DE MONEDA EXTRANJERA DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA SECCIÓN DE MONEDA DEL PLIEGO DE CONDICIONES.

**NOMBRE DEL  
PROPONENTE** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL  
REPRESENTANTE LEGAL  
DEL PROPONENTE** \_\_\_\_\_

**FIRMA**  
 \_\_\_\_\_

NOTA: Toda la información suministrada por el proponente deberá ser veraz y estará sujeta a verificación de acuerdo con lo estipulado en estos pliegos de condiciones.

**FORMATO 8**  
**8A CAPACIDAD RESIDUAL - INFORMACION DE CONTRATOS EN EJECUCION**

PROPONENTE													
ENTIDAD CONTRATANTE (RAZÓN SOCIAL)	CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO (INCLUYE ADICIONES)	SI EL CONTRATO ESTA SUSPENDIDO COLOCAR SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR	PLAZO TOTAL DEL CONTRATO (en meses)	FECHA INICIACIÓN DEL CONTRATO			FECHA SUSPENSIÓN DEL CONTRATO			PLURAL (SI O NO)	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL
	NÚMERO	OBJETO				DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO		

**NOMBRE DEL PROPONENTE**

**NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPONENTE**

**FIRMA**

---



---



---

**FORMATO 8**  
**8B CAPACIDAD RESIDUAL - CAPACIDAD TECNICA**

<b>RAZON SOCIAL:</b>				
<b>NIT O C.C.:</b>				
Nombre del socio y/o profesional de la arquitectura, ingeniería o geología	Profesión	No. De matrícula profesional	No. y año del contrato laboral o de prestación de servicios de servicios profesionales	Vigencia del contrato

Dada en \_\_\_\_\_, a los (XX) \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PROPONENTE**

---

**NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPONENTE**

---

**FIRMA**

---

**FORMATO 8**  
**8C CAPACIDAD RESIDUAL – EXPERIENCIA**



<b>RAZON SOCIAL:</b>		
<b>NIT O C.C.:</b>		
<b>Valor contratos relacionados con la actividad de la construcción - segmento 72 Clasificador UNSPSC</b>	<b>Participación del proponente en el contratista plural</b>	<b>Valor total de los contratos ejecutados (Valor del contrato ponderado por la participación)</b>
<b>TOTAL EN SMMLV</b>		
<b>TOTAL EN PESOS A 2025</b>		<b>\$</b>

Dada en \_\_\_\_\_, a los (XX) \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PROPONENTE**

**NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPONENTE**

**FIRMA**

	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b> <b>NIT. 890.205.456-5</b>			 <i>Barbosa Santander</i>
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>FORMATO</b>	
	<b>Versión 0</b>	<b>F-SI-03</b>	<b>3-03-2025</b>	
<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			<b>Página 2 de 26</b>	

**FORMATO 9 FACTOR DE CALIDAD**  
**FORMATO 9A— CUADRILLAS**

Barbosa Santander. (XX-XX-XXXX)

Señores  
**E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO**  
**BARBOSA SANTANDER**  
 Ciudad

**REFERENCIA: Proceso de Convocatoria Pública, propuesta presentada a la E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO, para la CONVOCATORIA PÚBLICA No. ESE-HISB-XXX-2025.**

Estimados señores:

\_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, en mi calidad de \_\_\_\_\_, en adelante el "Proponente", manifiesto expresamente bajo la gravedad de juramento, el compromiso de implementar, a mi (nuestro) costo y riesgo, el siguiente número de cuadrillas con el fin de garantizar la ejecución efectiva y eficaz del proyecto objeto de la referencia.

Para ello, en caso de resultar adjudicatario del citado proceso, dispondremos del personal presentado con la presente oferta



Para tal efecto se asignarán los recursos técnicos y humanos necesarios.

OFRECIMIENTO No.	OFRECIMIENTO	SI o NO
1	Se hace ofrecimiento por dos (2) cuadrillas que operen simultáneamente desde el inicio del contrato.	
2	Se hace ofrecimiento por tres (3) cuadrillas que operen simultáneamente desde el inicio del contrato.	
3	Se hace ofrecimiento por cuatro (4) cuadrillas que operen simultáneamente desde el inicio del contrato.	

Atentamente,

Nombre del Proponente:  
 Nombre del representante legal:  
 C. C.  
 Dirección de correo:  
 Correo electrónico:  
 Celular:  
 Ciudad

\_\_\_\_\_  
 FIRMA

	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b> <b>NIT. 890.205.456-5</b>			 <i>Barbosa Santander</i>
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>FORMATO</b>	
	<b>Versión 0</b>	<b>F-SI-03</b>	<b>3-03-2025</b>	
<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			<b>Página 3 de 26</b>	

**FORMATO 9 FACTOR DE CALIDAD**  
**FORMATO 9B— PROGRAMACION DE OBRAS**

Barbosa Santander. (XX-XX-XX)

Señores  
**E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO**  
**BARBOSA SANTANDER**  
Ciudad

**REFERENCIA: Proceso de Convocatoria Pública, propuesta presentada a la E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO, para la CONVOCATORIA PÚBLICA No. ESE-HISB-XXX-2025.**

Estimados señores:

\_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, en mi calidad de \_\_\_\_\_, en adelante el "Proponente", manifiesto expresamente bajo la gravedad de juramento, el compromiso de implementar, a mi (nuestro) costo y riesgo, la siguiente programación de obras:

*INCLUIR LA PROGRAMACION DE OBRAS CON RESPECTO DE LOS TERMINOS DE REFERENCIA*

Atentamente,

Nombre del Proponente:  
Nombre del representante legal:  
C. C.  
Dirección de correo:  
Correo electrónico:  
Celular:  
Ciudad



\_\_\_\_\_  
FIRMA

**FORMATO 9 – PUNTAJE DE INDUSTRIA NACIONAL**



Carrera 9ª N°15-54 Teléfono:(097) 7486100 Fax: 097 7481769

BARBOSA SANTANDER  
contactenos@esehospitalintegradosanbernardo-barbosa-santander.gov.co

	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b> <b>NIT. 890.205.456-5</b>			 <i>Barbosa Santander</i>
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>FORMATO</b>	
	<b>Versión 0</b>	<b>F-SI-03</b>	<b>3-03-2025</b>	
<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			<b>Página 4 de 26</b>	

Barbosa Santander. (XX-XX-XXXX)

Señores  
**E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO**  
**BARBOSA SANTANDER**  
 Ciudad

**REFERENCIA: Proceso de Convocatoria Pública, propuesta presentada a la E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO, para la CONVOCATORIA PÚBLICA No. ESE-HISB-XXX-2025.**

Estimados señores:

\_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, en mi calidad de \_\_\_\_\_, en adelante el "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 para el caso de (i) los Proponentes nacionales.

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 en el pliego de condiciones que sea por lo menos del cuarenta por ciento (40 %), sin perjuicio de incluir un porcentaje superior] del total del personal requerido para el cumplimiento del contrato, de conformidad con el tercer inciso del artículo 2.2.1.2.4.2.9. del Decreto 1082 de 2015.

Para el cumplimiento de esta obligación, tendrá que verificarse la nacionalidad del personal, para lo que deberá presentarse alguno de los documentos previstos en el pliego 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 en el pliego de condiciones que sea por lo menos del noventa por ciento (90 %), sin perjuicio de incluir un porcentaje 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.

La omisión de la información correspondiente, hará que el factor de Protección a la Industria Nacional sea calificado con 0 puntos.

En caso de no efectuar ningún ofrecimiento, el puntaje por este factor será de cero (0).  
 Atentamente,

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

Nombre o Razón Social del proponente: \_\_\_\_\_

NIT \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal: \_\_\_\_\_



C.C. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b> <b>NIT. 890.205.456-5</b>			 <i>Barbosa Santander</i>
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b> <b>Versión 0</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b> <b>F-SI-03</b>	<b>FORMATO</b> <b>3-03-2025</b>	
	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>		<b>Página 5 de 26</b>	

## FORMATO 10 – ACREDITACIÓN DE EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES (PERSONA JURÍDICA)

[Este Formato debe diligenciarse por los Proponentes personas jurídicas o los integrantes que sean personas jurídicas del Proponente Plural cuyo porcentaje de participación sea al menos del diez por ciento (10 %) y acrediten la condición de emprendimientos y empresas de mujeres.]

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 del revisor fiscal, cuando este último exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador] identificados con [Incluir los números de identificación], en nuestra condición de representante legal [y revisor fiscal, en caso de estar obligado según los requerimientos de ley, o el contador] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] identificada con el NIT [Incluir el NIT], en adelante el Proponente, acreditamos la condición de ser emprendimiento y empresa de mujer.

[El Proponente escogerá una de las siguientes dos (2) opciones para acreditar la condición de emprendimiento y empresa de mujer:]

**[Opción 1.** Incorporar si la participación accionaria de la persona jurídica en su mayoría son mujeres y los derechos de propiedad han pertenecido a éstas durante el último año.]



Manifestamos bajo la gravedad del juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de las acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica pertenecen a mujeres y los derechos de propiedad han pertenecido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Contratación. En el siguiente cuadro señalamos la identificación de las mujeres en la persona jurídica y la distribución de los derechos en la sociedad durante el último año:

Nombre completo y número de identificación de la (s) mujeres (s) que tienen o tuvieron participación durante el último año en la persona jurídica	Número de acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica, o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

De igual manera, manifestamos bajo la gravedad del juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de las acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica ha pertenecido a mujeres, y dicha participación mayoritaria se ha mantenido a partir de: [Indicar la fecha (día/mes/año) desde que se cumple con dicha condición].



**[Opción 2.** Incorporar si por lo menos el cincuenta por ciento (50 %) de los empleos del nivel directivo de la persona jurídica son ejercidos por mujeres y estas han estado vinculadas laboralmente durante al menos el último año.]

En el siguiente cuadro señalamos de forma detallada la denominación de los cargos directivos que existen dentro de la persona jurídica, la identificación de las personas que conforman los cargos del nivel directivo del Proponente y el tiempo de vinculación:

	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b>			
	<b>NIT. 890.205.456-5</b>			
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>FORMATO</b>	
<b>Versión 0</b>	<b>F-SI-03</b>	<b>3-03-2025</b>	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>	
			<b>Página 6 de 26</b>	

Denominación del cargo directivo dentro de la empresa	Nombre completo y número de identificación de la (s) persona (s) que ocuparon / ejercen el cargo durante el último año en la persona jurídica	Tiempo de vinculación de la (s) persona(s) que ejerció / ejerce el cargo del nivel directivo
[Indique la denominación del cargo directivo, a modo de ejemplo: Gerente general, director ejecutivo]	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
[Indique la denominación del cargo directivo, a modo de ejemplo: Gerente/ Director de ventas]	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
[Indique la denominación del cargo directivo, a modo de ejemplo: Director de desarrollo tecnológico]	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]

Conforme a lo anterior, manifestamos bajo la gravedad del juramento que por lo menos el cincuenta por ciento (50 %) de los empleos del nivel directivo de la persona jurídica han sido ejercidos por mujeres y estas han estado vinculadas laboralmente a la empresa durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Contratación en el mismo cargo u otro del mismo nivel.

	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b> <b>NIT. 890.205.456-5</b>			 <i>Barbosa Santander</i>
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>FORMATO</b>	
	<b>Versión 0</b>	<b>F-SI-03</b>	<b>3-03-2025</b>	
<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			<b>Página 7 de 26</b>	



Para los efectos de esta certificación son empleos del nivel directivo aquellos cuyas funciones están relacionadas con la dirección de áreas misionales de la empresa y la toma de decisiones a nivel estratégico. En este sentido, son cargos del rango directivo los que dentro de la organización de la empresa implican mando o los que por su jerarquía desempeñan cargos encaminados al cumplimiento de funciones orientadas a representar al empleador.

Como soporte de esta declaración se anexa copia de (i) los respectivos documentos de identidad, (ii) los contratos de trabajo o certificación laboral con las funciones y (iii) el certificado de aportes al Sistema de Seguridad Social del último año en el que se demuestren los pagos realizados por el empleador, en relación con cada una de las personas que conforman el nivel directivo del Proponente.

En constancia, se firma en \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

\_\_\_\_\_  
 [Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica]

\_\_\_\_\_  
 [Nombre y firma del contador o revisor fiscal, si está obligado]

	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b> <b>NIT. 890.205.456-5</b>			 <i>Barbosa Santander</i>
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>FORMATO</b>	
	<b>Versión 0</b>	<b>F-SI-03</b>	<b>3-03-2025</b>	
<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			<b>Página 8 de 26</b>	

## FORMATO – ACREDITACIÓN MIPYME

### (PERSONAS NATURALES)

Señores

**[NOMBRE DE LA ENTIDAD]**

[Ciudad]

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

Objeto:

Estimados señores:



[Incluir el nombre de la persona natural y el contador público] identificados con [Incluir los números de identificación], declaramos bajo la gravedad del juramento que [incluir el nombre del establecimiento de comercio] se encuentra clasificado como: [Indicar si es micro, pequeña y mediana empresa] de acuerdo con los criterios definidos por las normas vigentes.

Para acreditar dicha condición adjuntamos copia del registro mercantil.

En constancia, se firma en \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
[Nombre y firma de la persona natural]

\_\_\_\_\_  
[Nombre y firma del contador público]

	<b>E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA</b> <b>NIT. 890.205.456-5</b>			 <i>Barbosa Santander</i>
	<b>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
	<b>ESTRATEGICO</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>FORMATO</b>	
	<b>Versión 0</b>	<b>F-SI-03</b>	<b>3-03-2025</b>	
<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			<b>Página 1 de 26</b>	

**FORMATO – ACREDITACIÓN MIPYME**

**(PERSONAS JURÍDICAS)**

Señores

**[NOMBRE DE LA ENTIDAD]**

[Ciudad]

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

Objeto:

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal y el contador o revisor fiscal, si están obligados a tenerlo] identificados con [Incluir los números de identificación], actuando en representación de [Indicar nombre del Proponente] declaramos bajo la gravedad del juramento que [incluir el nombre del establecimiento de comercio] se encuentra clasificada como: [Indicar si es micro, pequeña y mediana empresa] de acuerdo con los criterios definidos por las normas vigentes.

Para acreditar dicha condición, adjuntamos copia del certificado de existencia y representación legal de la Cámara de Comercio de \_\_\_\_\_ o por la autoridad competente para expedir dicha certificación.

En constancia, se firma en \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

[Nombre y firma del representante legal]

[Nombre y firma del contador o revisor fiscal si está obligado a tenerlo]