



FORMATO NO. 2
DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DEL CONSORCIO

Señores
Departamento Administrativo Función Pública
Gobernación de Cundinamarca
Bogotá D.C.

Asunto: Menor Cuantía No. _____

Los suscritos, _____ (nombre e identificación del Representante Legal) y _____ (nombre e identificación del Representante Legal), debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de _____ (nombre o razón social e identificación del integrante) y _____ (nombre o razón social e identificación del integrante), respectivamente, manifestamos por este documento, que hemos convenido asociarnos en **Consortio**, para participar en el proceso de selección del asunto, cuyo objeto es (CONTRATAR LA REALIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE ACONDICIONAMIENTO FISICO MEDICINA Y ENTRENAMIENTO DEPORTIVOS PARA LOS SERVIDORES PUBLICOS DEL SECTOR CENTRAL DE LA GOBERNACION DE CUNDINAMARCA Y SU GRUPO FAMILIAR EN EL MARCO DE LOS PROGRAMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y PLAN INSTITUCIONAL DE INCENTIVOS ESTIMULOS Y BIENESTAR).” y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. La duración de este Consortio será igual al plazo de ejecución del contrato y un (6) meses más.
2. El Consortio está integrado por:

NOMBRE	PARTICIPACIÓN (%)

3. El Consortio se denomina CONSORCIO _____.
4. La responsabilidad de los integrantes del Consortio es solidaria.
5. El representante del Consortio es _____ (indicar el nombre y apellidos), identificado con C.C. N° _____ de _____, quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación del contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.
6. En caso de resultar adjudicatario, la facturación del Proponente la realizará: [Marque con una **X** la opción que corresponda teniendo en cuenta lo indicado en la **NOTA**]
OPCION 1: El consorcio a nombre propio y en representación de sus miembros: _____
OPCION 2: En forma conjunta los miembros del consorcio: _____
NOTA: De conformidad con el parágrafo 1º del artículo 1.6.1.4.1.11 del Decreto 1625 de 2016: “Cuando el consorcio o unión temporal realice directamente actividades gravadas, en este caso, por ser responsable del IVA de acuerdo con el artículo 66 de la Ley 488 de 1998, deberá facturar electrónicamente en los términos del literal a) del numeral 2 de este artículo”, es decir, **facturar en su propio nombre y bajo su propio NIT**.
7. En caso de resultar adjudicatario, los pagos deberán efectuarse a la cuenta bancaria de (ahorros o corriente) a nombre del titular _____ [Indicar el titular teniendo en cuenta que la cuenta bancaria deberá corresponder al consorcio o a alguno de los miembros integrantes del mismo autorizado por medio de la presente declaración para recibir los recursos]

ENTIDAD CERTIFICADA



CO-SC-CER303297



ST-CER655785



CO-SI-CER1017570



Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.
Sede Administrativa - Torre Central Piso 9.
Código Postal: 111321
Teléfono: 749 1276/67/85/48

[f/CundiGob](#) [@CundinamarcaGob](#)
www.cundinamarca.gov.co



8. La sede del consorcio es:

Dirección de correspondencia _____

Dirección electrónica _____

Teléfono _____ Celular _____

Ciudad _____

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

(Nombre, firma e identificación del Representante Legal de cada uno de los integrantes)

(Nombre, firma e identificación del Representante del Consorcio)

ENTIDAD CERTIFICADA



CO-SC-CER303297



ST-CER655785



CO-SI-CER1017570



Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.
Sede Administrativa - Torre Central Piso 9.
Código Postal: 111321
Teléfono: 749 1276/67/85/48

[f/CundiGob](#) [@CundinamarcaGob](#)
www.cundinamarca.gov.co