FORMATO NO.1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Señores
E.S.E HOSPITAL PRESBITERO LUIS FELIPE ARBELAEZ
ALEJANDRIA ANTIOQUIA

REFERENCIA: Proceso de Convocatoria Pública No. _____, en adelante el "Proceso de Contratación"
Objeto: "INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, JURÍDICA, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SST PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA E.S.E. HOSPITAL PRESBÍTERO LUIS FELIPE ARBELÁEZ, UBICADA EN EL MUNICMINISTRO E INSTALACIÓN DE EQUIPOS, ASÍ COMO LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA, DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS DEFINITIVOS, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE APLICABLE.

Estimados señores:

"[Nombre del representante legal del Proponente]" en mi calidad de representante legal de "[Nombre del Proponente]" o [Nombre del Proponente- persona natural] en adelante el "Proponente", manifiesto, bajo la gravedad del juramento que:

1. Estoy autorizado para suscribir y presentar la oferta y para firmar el Contrato si resulto adjudicatario del Proceso de Contratación de la referencia.
2. En caso de que la oferta le sea adjudicada al Proponente suscribiré el Contrato objeto del Proceso de Contratación en la fecha prevista para el efecto en el Cronograma contenido en los documentos del proceso.
3. Conozco los documentos del proceso, incluyendo adendas y acepto los requisitos en ellos contenidos. Dentro de los documentos presentados a la Entidad conozco los ítems, la descripción, las unidades y cantidades establecidas en el presupuesto general del proceso de selección, así como en el formato de oferta económica.
4. Conozco las leyes de la República de Colombia, así como las que rigen la actividad contractual de la E.S.E. y por ende que rigen el Proceso de Contratación.
5. Tengo conocimiento acerca de las características y condiciones del sitio de ejecución del proyecto y asumo los Riesgos previsibles inherentes al mismo, así como aquellos asignados en los Términos de Condiciones.
6. La información contenida en todos los documentos de la oferta es veraz y asumo total responsabilidad frente a la Entidad cuando los datos suministrados sean falsos o contrarios a la realidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el Código Penal y demás normas concordantes.
7. Ni los integrantes del Proponente Plural, ni los socios de la persona jurídica que represento, ni yo nos hallamos incursos en causal alguna de conflicto de interés, inhabilidad o incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y en la ley.
8. Ni los integrantes del Proponente Plural, ni los socios de la persona jurídica que represento, ni yo nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar, ni estamos incursos en ninguno de los conflictos de intereses para participar establecidos en la ley.
9. En caso de llegar a conocer que los integrantes del Proponente Plural, los socios de la persona jurídica que represento o yo nos encontramos incursos en alguna inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés sobreviniente, contemplados en la normativa vigente, nos comprometemos a informar de manera inmediata tal circunstancia a la Entidad, para que tome las medidas pertinentes. Este compromiso lo adquirimos con total independencia de la etapa en que se encuentre el Proceso de Contratación (precontractual, contractual y/o post contractual).
10. Ni los integrantes del Proponente Plural, ni los socios de la persona jurídica que represento (se exceptúa las sociedades anónimas abiertas), ni a mí, se nos ha declarado responsables judicialmente por actos de corrupción,

12. Los recursos destinados al proyecto son de origen lícito y no hemos participado en actividades delictivas, así como no hemos recibido recursos o facilitado actividades contrarias a la ley.
13. Al momento de la presentación de la oferta, ni mis representados ni yo nos encontramos incursos en alguna de las causales de rechazo señaladas en los Términos de Condiciones.
14. Si se adjudica el Contrato me comprometo a constituir las Garantías requeridas dentro del término señalado para ello.
15. La oferta está constituida por todos los documentos señalados en estudios previos y términos de condiciones aplicables al Proponente y documentos de soporte presentados.
16. La oferta fue elaborada teniendo en cuenta todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones que se causen con ocasión de su presentación y suscripción del Contrato y el lugar de su ejecución, por lo que no presentaré reclamos con ocasión del pago de tales gastos.
17. Declaro que me informaré de todas las etapas y decisiones del Proceso de Contratación, consultando el secop II, la Página Web de la entidad y en caso de que me deban comunicar o notificar alguna decisión, autorizo a la Entidad para que lo haga al correo electrónico indicado al final de este documento.
18. Declaro que: [Marque con una X la característica aplica al Proponente]

El Proponente es:	Persona natural__ Persona jurídica nacional ___ Persona jurídica extranjera sin sucursal en Colombia___ Sucursal de sociedad extranjera ___ Unión Temporal ___ Consorcio ___ Otro__
Grupo empresarial:	El Proponente o alguno de los miembros del Proponente Plural pertenece a un grupo empresarial: sí__ no___ Nombre del grupo empresarial: _____ En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa, la participación en el grupo empresarial es en calidad de: Matriz ___ Subordinada ___ Subsidiaria ___ Filial ___ Otro (indicar cuál) _____
Composición de la persona jurídica:	El Proponente cotiza en bolsa: sí___ no___ Composición accionaria del Proponente o de las personas jurídicas que integran el Proponente Plural (lo anterior no aplica para las sociedades anónimas abiertas): [Este cuadro se debe diligenciar por cada una de las sociedades que conforman el Proponente.]

Porcentaje participación	NIT, Cédula o Documento de Identificación	Nombre o Razón social del Accionista

19. [Incluir numeral cuando la oferta contiene información reservada] La oferta contiene información reservada en los siguientes folios [Incluir los folios o el número de folios donde se encuentra la información reservada] de acuerdo con la ley [Incluir la norma que le otorga el carácter de reservado]
20. Autorizo que la Entidad consulte la información comercial o financiera pertinente para el Proceso de Contratación, bajo el entendido que esta debe guardar confidencialidad sobre la información sujeta a reserva.

21. Recibiré notificaciones del Contrato en:

Persona de contacto	[Nombre]		
Dirección y ciudad	[Dirección de la compañía]		
Teléfono	[Teléfono de la compañía]	**Celular**	[Teléfono de la compañía]
Correo electrónico	[Dirección de correo electrónico de la compañía]		

22. Me comprometo a cumplir todos los ítems relacionados con el Presupuesto oficial en caso de resultar adjudicatario.

Atentamente,

Nombre del Proponente _____
Nombre del representante legal _____
C. C. _____ de _____
Matrícula Profesional _____ [anexar copia]
Dirección de correo _____
Correo electrónico _____
Telefax _____
Ciudad _____

_____
(Firma del Proponente o de su representante legal)

[NOTA: Para diligenciar cuando el Proponente o su representante legal no sea un Ingeniero]

"De acuerdo con lo expresado en la Ley 842 de 2003 y debido a que el suscriptor de la presente propuesta no es ingeniero matriculado, yo _____ [nombres y apellidos] ingeniero con matrícula profesional _____ y C. C. _____ de _____, avalo la presente propuesta".

_____
(Nombre y firma de quien avala la propuesta)

FORMATO 2

MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITACIÒN PAGO DE APORTES (ART. 50 LEY 789/02)

Nombre o razón social del proponente _____

CERTIFICACIÓN

El suscrito _____, identificado con la cédula de ciudadanía No. _____ en mi calidad de _____ de la empresa _____ con NIT _____ bajo la gravedad de juramento manifiesto, que la empresa ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de la presentación de la presente propuesta con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas promotoras de salud –EPS–, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales –ARP–, las Cajas de Compensación Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF– y el Servicio Nacional de Aprendizaje –SENA.

Dada en _____ a los _____ del mes de _____ de 20__

Firma _____
Identificación No. _____
En calidad de ___ _____

Nota: La certificación debe venir suscrita por el revisor fiscal de la sociedad, cuando este exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o por el representante legal.

Si es certificado por el revisor fiscal, adjuntar copia de la tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios, expedido por la Junta Central de Contadores, el cual deberá estar vigente para la fecha de presentación de la propuesta.

Hospital Pbro. Luis Felipe Arbeláez

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL PBRO. LUIS FELIPE ARBELÁEZ

Alejandría, Antioquia.
NIT: 800 029509 5

FORMATO 3
SARLAFT PERSONA NATURAL
FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO E INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE -PROVEEDOR -CONTRATISTA – EMPLEADO – PEROSNA NATURAL

PERSONA NATURAL		
Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre(s):
DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. ☐ C.E.☐ T.I.☐ P.P. ☐ Carné Diplomático ☐ No. _____ Lugar de expedición: _____ Fecha de expedición: DD / MM / AA	Fecha de nacimiento: DD / MM / AA Lugar de nacimiento: Dirección de residencia Ciudad: Teléfono fijo: E-mail para notificaciones:	Oficio o profesión: Actividad: Independiente ☐ Dependiente ☐ Dirección Comercial: Cargo: Teléfono móvil:
¿Posee prácticas de responsabilidad social? Si ☐ No ☐. En caso afirmativo, describa en qué ámbito: Laborales y Derechos Humanos ☐ Ambientales ☐ Comunidad y Sociedad ☐ Prácticas con Clientes ☐ Prácticas con Proveedores ☐ Gobierno Corporativo ☐ Otras:		
INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA		
Patrimonio (Pesos):	Pasivos (Pesos):	
Activos (Pesos):	Egresos mensuales (Pesos):	
Ingresos mensuales (Pesos):	Otros ingresos (Pesos):	
Concepto/otros ingresos:		
Régimen IVA: Común ☐ Simplificado ☐ Gran contribuyente ☐ No responsable ☐ Beneficiario Ley 1429 de 2010 ☐ Autor retenedor ☐ (En caso afirmativo, señale el No. de Resolución:)		
Declarante de renta: Si ☐ No ☐ Régimen general ☐ Régimen especial ☐		
PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA		
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Sí ☐ No ☐	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Sí ☐ No ☐	
¿Por su cargo o actividad goza de reconocimiento público? Si ☐ No ☐	En caso de respuesta afirmativa, especifique:	
¿Existe un vínculo entre usted y una persona políticamente expuesta Si ☐ No ☐ / Indique en caso de respuesta afirmativa (nombre completo e identificación)		
NOTA: En caso de presentar respuesta afirmativa, favor diligenciar el FORMATO DE CONOCIMIENTO AMPLIADO DE PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA		

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☐ ¿En caso afirmativo señalar que tipo de transacciones?

☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Envío y/o Recepción de Giros ☐ Pago de Servicios ☐ Transferencias ☐ Otras

¿Cuál? _____

¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Si ☐ No ☐ En caso afirmativo, indique:

Tipo de producto	No. del producto	Entidad	Monto	Moneda	Ciudad	País

ANEXO DE DOCUMENTOS

Una (1) Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT.
Una (1) fotocopia del documento de identidad.
Declaración de renta de los dos últimos años (si aplica)

AUTORIZACIONES

Autorizo en forma previa, expresa e informada a la E.S.E HOSPITAL PRESBITERO LUIS FELIPE ARBELAEZ DE ALEJANDRIA ANTIOQUIA, el tratamiento de mis datos personales incluidos los sensibles, para que soliciten, procese, verifiquen, consulten y reporten al órgano competente conforme a la ley 1581 del 2018, C.E. 009 de 2016 y C.E 20211700000005-5/2021 expedida por la Supersalud y la normatividad vigente.
Si ☐ No ☐.

CLAUSULA DE PROTECCION DE DATOS

De conformidad con lo dispuesto en el **artículo 4 de la ley 1581/2012** por medio del cual menciona los principios para el tratamiento de datos personales, en su numeral "*h) Principio de confidencialidad: Todas las personas que intervengan en el Tratamiento de datos personales que no tengan la naturaleza de públicos están obligadas a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada su relación con alguna de las labores que comprende el Tratamiento, pudiendo sólo realizar suministro o comunicación de datos personales cuando ello corresponda al desarrollo de las actividades autorizadas en la presente ley y en los términos de la misma*".

armas de destrucción masiva- LA/FT/FPADM, corrupción, opacidad o fraude descritos en el Código Penal Colombiano.

DECLARO QUE:

1.La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la E.S.E HOSPITAL PRESBITERO LUIS FELIPE ARBELAEZ DE ALEJANDRIA ANTIOQUIA

2.Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.

3.Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.

ORIGEN DE LOS RECURSOS

1.Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicionen o modifiquen.

Eximimos a la E.S.E HOSPITAL PRESBITERO LUIS FELIPE ARBELAEZ DE ALEJANDRIA ANTIOQUIA, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento.

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación para fines, en cumplimiento de la norma y atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud para prevenir y controlar LAFT/FPADM, obligándome a actualizar la información y/o a confirmaría cada vez que así sea solicitado.

ESPACIO PARA HUELLA

Firma: _____

Nombre: _____

C.C.☐ C.E.☐ T.I. ☐ P.P. ☐ C.D.☐ No. _____

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO: DD / MM / AA

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACION

(Firma, fecha y huella de quien verifica la SIMILITUD entre la información consignada en el presente Formato Único del Conocimiento y los documentos anexos)

FECHA DE VERIFICACIÓN: DD / MM / AA **NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA:**

OBSERVACIONES: **FIRMA:**

Hospital Pbro. Luis Felipe Arbeláez

Hospital Pbro. Luis Felipe Arbeláez

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL PBRO. LUIS FELIPE ARBELÁEZ
Alejandría, Antioquia.
NIT: 800 029509 5

FORMATO 4
SARLAFT PERSONA JURÍDICA
FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO E INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE -PROVEEDOR -CONTRATISTA – EMPLEADO – PEROSNA JURÍDICA

PERSONA JURÍDICA			
Nombre o denominación social:		NIT:	
		RUT:	
E-mail para notificaciones:	Ciudad:	Matrícula o Registro Mercantil No.	
		Teléfono móvil:	Teléfono Fijo:
Dirección/ Domicilio principal:		Código CIIU:	
Página web de la empresa:			
Número de empleados:			
Tipo de Empresa: Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐	Actividad económica:		

REPRESENTANTE LEGAL	Primer apellido:	Segundo apellido:	
	Nombre(s):		
	Numero Celular:		
	Documento de identidad	C.C.☐ C.E.☐ P.P. ☐ C.D ☐	No.
	Lugar de expedición:	Fecha de expedición: DD / MM / AA	
	Nacionalidad:	Fecha de nacimiento: DD / MM / AA	Lugar de nacimiento:

IDENTIFICACIÓN DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS CON PARTICIPACION IGUAL O SUPERIOR AL 25%
(En caso de ser necesarios más espacios, los mismos deberán anexarse al presente formato)

¿Posee prácticas de responsabilidad social? Si ☐ No ☐. En caso afirmativo, describa en qué ámbito: Laborales y Derechos Humanos ☐ Ambientales ☐ Comunidad y Sociedad ☐ Prácticas con Clientes ☐ Prácticas con Proveedores ☐ Gobierno Corporativo ☐ Otras:

Denominación social o nombre completo	Tipo de identificación	No. de identificación	% de participación
	C.C.☐ C.E.☐ T.I ☐ P.P. ☐ NIT ☐		
	C.C.☐ C.E.☐ T.I ☐ P.P. ☐ NIT ☐		
	C.C.☐ C.E.☐ T.I ☐ P.P. ☐ NIT ☐		
	C.C.☐ C.E.☐ T.I ☐ P.P. ☐ NIT ☐		

INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA

Patrimonio (Pesos):	Pasivos (Pesos):
Activos (Pesos):	Egresos mensuales (Pesos):
Ingresos mensuales (Pesos):	Otros ingresos (Pesos):

Concepto/otros ingresos:

Activos: Son todos aquellos bienes y derechos (vehículos, dinero en efectivo bien raíces, terrenos, Cdt´s, inversiones, acciones) que se poseen independiente a que se deban o no. **Pasivos**: Representa todas nuestras deudas con las diferentes entidades bancarias o con terceros. **Patrimonio**: Son todos aquellos bienes que son de nuestra propiedad, de los cuales no se tiene ninguna deuda.

Régimen IVA: Común ☐ Simplificado ☐ Gran contribuyente ☐ No responsable ☐ Beneficiario Ley 1429 de 2010 ☐ Auto retenedor ☐ (En caso afirmativo, señale el No. de Resolución:)

Declarante de renta: Si ☐ No ☐ Régimen general ☐ Régimen especial ☐

Nombre de entidad financiera donde tiene la cuenta: _____

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☐ ¿En caso afirmativo, señale que tipo de transacciones?
☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Envío y/o Recepción de Giros ☐ Pago de Servicios ☐ Transferencias ☐ Otras ¿Cuál? _____

¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Si ☐ No ☐ En caso afirmativo, indique:

Tipo de producto	No. del producto	Entidad	Ciudad	Moneda	Ciudad	País

AUTORIZACIONES

Autorizo en forma previa, expresa e informada a la E.S.E HOSPITAL PRESBITERO LUIS FELIPE ARBELAEZ DE ALEJANDRIA ANTIOQUIA, el tratamiento de mis datos personales incluidos los sensibles, para que soliciten, procese, verifiquen, consulten y reporten al órgano competente conforme a la ley 1581 del 2018, C.E. 009 de 2016 y C.E 20211700000005-5/2021 expedida por la Supersalud y la normatividad vigente.
Si ☐ No ☐.

CLAUSULA DE PROTECCION DE DATOS

De conformidad con lo dispuesto en el **articulo 4 de la ley 1581/2012** por medio del cual menciona los principios para el tratamiento de datos personales, en su numeral "*h) Principio de confidencialidad: Todas las personas que intervengan en el Tratamiento de datos personales que no tengan la naturaleza de públicos están obligadas a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada su relación con alguna de las labores que comprende el Tratamiento, pudiendo sólo realizar suministro o comunicación de datos personales cuando ello corresponda al desarrollo de las actividades autorizadas en la presente ley y en los términos de la misma*".
Para efectos de la presente autorización, entiéndase que los datos personales solicitados en el presente formato de conocimiento del cliente y/o contraparte – SARLAFT/FPADM son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud para prevenir y controlar el Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva- LA/FT/FPADM.

DECLARACIONES

En aplicación del Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, la E.S.E HOSPITAL PRESBITERO LUIS FELIPE ARBELAEZ DE ALEJANDRIA ANTIOQUIA, llevará a cabo la consulta de alertas y Debida diligencia (SI APLICA), así como el seguimiento y monitoreo esencial para controlar los riesgos LAFT/FPADM que pudiese llegar a tener la Institución Hospitalaria con motivo de relaciones contractuales con contrapartes que presenten alertas restrictivas y vinculantes para de esta manera, llevar a cabo el debido proceso de acuerdo a los resultados que se obtengan. Entre estos pudieren estar:
* Aparezcan vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por LA/FT/FPADM y sus delitos fuente; además por delitos como testaferrato, corrupción, opacidad o fraude.
* Sean incluidos en listas vinculantes de acuerdo con lo estipulado en la C.E. 009 de 2016 y C.E 20211700000005-5/2021- SARLAFT/FPADM de la Superintendencia Nacional de Salud.
* Sean condenados por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva- LA/FT/FPADM, corrupción, opacidad o fraude descritos en el Código Penal Colombiano.

DECLARO QUE:
1.La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la E.S.E HOSPITAL PRESBITERO LUIS FELIPE ARBELAEZ DE ALEJANDRIA ANTIOQUIA.
2.Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
3.Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.

ORIGEN DE LOS RECURSOS

1.Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicionen o modifiquen.
Eximimos a la E.S.E HOSPITAL PRESBITERO LUIS FELIPE ARBELAEZ DE ALEJANDRIA ANTIOQUIA, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento.

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación para fines, en cumplimiento de la norma y atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud para prevenir y controlar LAFT/FPADM, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado.
(Si es persona jurídica, firma el representante legal).

ESPACIO PARA HUELLA

Firma: _____
Nombre: _____
P.P.☐ C.C.☐ C.E. ☐ T.I. ☐ C.D ☐ No. _____
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO: DD / MM / AA

VERIFICACION DE LA INFORMACION

(Firma, fecha y huella de quien verifica la SIMILITUD entre la información consignada en el presente Formato Único del Conocimiento y los documentos anexos)

FECHA DE VERIFICACIÓN: DD / MM / AA **NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA:**

OBSERVACIONES: **FIRMA:**

FORMATO 5
CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PARA EL PROCESO DE SELECCIÓN

Alejandria, Antioquia, _____

El suscrito declara que: Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con las leyes: 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia. Así como las sanciones establecidas por trasgresión a las mismas en los artículos 26 numeral 7° y 52 y los efectos legales consagrados en el numeral 1° del artículo 44 del Estatuto Contractual. Declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni mis socios, ni tampoco la sociedad que represento.

Dado en el municipio de _____ a los días _____ del mes _____ de 20_____

_____
[Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural]
Nombre: [Insertar información]
Cargo: [Insertar información]
Documento de Identidad: [Insertar información]

FORMATO 6A — DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE CONSORCIO

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

REFERENCIA: Proceso de Convocatoria Pública No. _____, en adelante el "Proceso de Contratación"
Objeto: "INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, JURÍDICA, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SST PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA E.S.E. HOSPITAL PRESBÍTERO LUIS FELIPE ARBELÁEZ, UBICADA EN EL MUNICMINISTRO E INSTALACIÓN DE EQUIPOS, ASÍ COMO LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA, DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS DEFINITIVOS, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE APLICABLE.

Estimados señores:
Los suscritos, [nombre de la persona natural o del representante legal del integrante 1] y [nombre de la persona natural o del representante legal del integrante 2] debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de [nombre o razón social del integrante 1] y [nombre o razón social del integrante 2], respectivamente, manifestamos por medio de este documento, que hemos convenido asociarnos en Consorcio, para participar en el Proceso de Contratación y, por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. El Consorcio está conformado por los siguientes integrantes:

Nombre del integrante	Compromiso (%) (1)
[Indicar los nombres de los integrantes del Consorcio]	[Indicar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes]

(1) El total de la columna, es decir la suma de los porcentajes de compromiso de los integrantes, debe ser igual al 100%.

2. El Consorcio se denomina Consorcio _____.
3. El objeto del Consorcio es _____.
4. La duración del Consorcio es _____.
5. El representante del Consorcio es _____ [indicar el nombre], identificado con la C. C. _____ 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. [Incluir este numeral en caso de nombrar representante suplente] El representante suplente del Consorcio es _____ [indicar el nombre], identificado con la C. C. _____ 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.
   [Definir los eventos en los cuales puede intervenir el representante suplente del Consorcio.]
7. El señor[a] _____ [indicar el nombre del representante legal del Consorcio] acepta su nombramiento como representante legal del Consorcio [Nombre del Consorcio]
8. [La Entidad y los Proponentes podrán incluir cláusulas adicionales que no contradigan lo dispuesto en los Documentos Tipo para regular la relación negocial entre los integrantes.]
9. El domicilio del Consorcio es:
   Dirección de correo _____
   Dirección electrónica _____
   Teléfono _____
   Telefax _____
   Ciudad _____

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

_____

[Nombre del Proponente o representante legal de cada uno de los integrantes]

[Nombre y firma del representante suplente del Consorcio]

_____

[Nombre del Proponente o representante legal de cada uno de los integrantes]

[Nombre y firma del representante del Consorcio]

FORMATO 6B — DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE UNIÓN TEMPORAL

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

REFERENCIA: Proceso de Convocatoria Pública No. _____, en adelante el "Proceso de Contratación"
Objeto: _____

Estimados señores:

Los suscritos, [nombre de la persona natural o del representante legal del integrante 1] y [nombre de la persona natural o del representante legal del integrante 2] debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de [nombre o razón social del integrante 1] y [nombre o razón social del integrante 2], respectivamente, manifestamos por medio de este documento que hemos convenido conformar una Unión Temporal para participar en el Proceso de Contratación y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. La Unión Temporal está conformada por los siguientes integrantes, los cuales ejecutarán las actividades que se describen a continuación:

Actividades y términos en la ejecución del Contrato (1)	Compromiso (%) (2)	Nombre del integrante a cargo de la actividad
[El integrante debe describir pormenorizadamente las actividades que ejecutará en desarrollo del contrato.]	[Indicar el porcentaje de cada actividad que se compromete a ejecutar] [En el evento que la actividad sea realizada por dos (2) o más integrantes se indicará el porcentaje de compromiso en relación con cada uno de ellos]	

(1) La extensión de la participación se indicará en función de las actividades a ejecutar en el proyecto.
(2) El total de la columna, es decir la suma de los porcentajes de compromiso de los integrantes, debe ser igual al 100%.

2. La Unión Temporal se denomina Unión Temporal _____.
3. El objeto de la Unión Temporal es _____.
4. La duración de la Unión Temporal es de _____.
5. El representante de la Unión Temporal es _____ [indicar el nombre], identificado con la C.C. _____, de _____, quien está expresamente facultado para firmar y 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. [Incluir este numeral en caso de nombrar representante suplente] El representante suplente de la Unión Temporal es _____ [indicar el nombre], identificado con la C. C. _____ 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.
   [Definir los eventos en los cuales puede intervenir el representante suplente de la Unión Temporal.]
7. El señor [a] _____[indicar el nombre del representante legal de la Unión Temporal] acepta su nombramiento como representante legal de la Unión Temporal [Nombre de la Unión Temporal]
8. [La entidad y los Proponentes podrán incluir cláusulas adicionales que no contradigan lo dispuesto en los Documentos Tipo para regular la relación negocial entre los integrantes.]
9. El domicilio de la Unión Temporal es:
   Dirección de correo _____
   Dirección electrónica _____
   Teléfono _____
   Telefax _____
   Ciudad _____

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

_____
[Nombre del Proponente o representante legal de cada uno de los integrantes]

_____
[Nombre del Proponente o representante legal de cada uno de los integrantes]

_____
[Nombre y firma del representante de la Unión Temporal]

_____
[Nombre y firma del representante suplente de la Unión Temporal]

FORMATO 7 — VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

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

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

Objeto "INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, JURÍDICA, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SST PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA E.S.E. HOSPITAL PRESBÍTERO LUIS FELIPE ARBELÁEZ, UBICADA EN EL MUNICMINISTRO E INSTALACIÓN DE EQUIPOS, ASÍ COMO LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA, DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS DEFINITIVOS, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE APLICABLE.

Estimados señores:

[Incluir el nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] identificada con NIT [Incluir el NIT] certifico que el número total de trabajadores vinculados a la planta de personal a la fecha de cierre del Proceso de Contratación es el que se relaciona a continuación:

Número total de trabajadores vinculados a la planta de personal	Número de personas con discapacidad en la planta de personal

[El proponente para acreditar el número de personas con discapacidad en su planta de personal, deberá aportar el certificado expedido por el Ministerio de Trabajo, el cual deberá estar vigente a la fecha de cierre del Proceso de Contratación.]

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

_____

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

Firma

FORMATO 8
CONTRATO

Hospital Pbro.
Luis Felipe
Arbeláez

FORMATO 9– EXPERIENCIA PERSONAL NATURAL, JURÍDICA O PRONENTE CONJUNTO

CERTIF. No.	ENTIDAD CONTRATANTE	No. CONTRATO Y OBJETO	VALOR DEL CONTRATO EN PESOS (Incluidas adiciones)	PLAZO DE EJECUCIÓN (Meses)	VALOR DEL CONTRATO EXPRESADO EN SMMLV	FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO DE EJECUCIÓN	FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO	EN CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL	% DE PARTICIPACIÓN	VALOR EJECUTADO
1											
2											
...											

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

_____
[Firma del Proponente o de su representante legal]

Hospital Proto. Luis Felipe Arbeláez

FORMATO 10 – INFORMACIÓN CONTRATOS CERTIFICADOS EN EL RUP

CERTIF. No.	FOLIO DE UBICACIÓN EN EL RUP	NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO (RUP)	ENTIDAD CONTRATANTE	CÓDIGO DEL CONTRATO SEGÚN CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS	No. CONTRATO Y OBJETO	VALOR DEL CONTRATO EN PESOS (Incluidas adiciones)	PLAZO DE EJECUCIÓN (Meses)	VALOR DEL CONTRATO EXPRESADO EN SMMLV	FECHA DE INICIO DE EJECUCIÓN	FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO	EN CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL	% DE PARTICIPACIÓN	VALOR EJECUTADO
1														
2														
3														
4														

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 11 – CARTA DE COMPROMISO

(Se deberá diligenciar por cada uno del personal ofertado, y en la calidad que se oferta de acuerdo a los cargos, dedicación, cantidades y perfil definidos en los documentos del proceso)

Alejandria, _____ de 202_

Yo, _____, identificado con la cédula de ciudadania No. _____ expedida en _____, mediante la presente, me obligo a presentar el personal requerido, _____, para ejecutar el contrato derivado de la Convocatoria Pública No. _____, cuyo objeto es _____, en caso de que el autorizado resultare adjudicatario del presente proceso.

Así mismo, manifiesto que cumplo con todas las condiciones de experiencia y formación establecidas en los Términos de Condiciones y de más documentos precontractuales del presente proceso.

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

_____
[Firma del Proponente o de su representante legal]

Hospital Pbro. Luis Felipe Arbeláez

FORMATO 12- PERSONAL OFERTADO

(DILIGENCIAR PARA CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE EQUIPO DE TRABAJO)

Yo_____, en calidad de _____ (proponente o representante legal, para el caso de personas jurídicas, consorcio o unión temporal) identificado con la cedula de ciudadanía No. _____ de _____, manifiesto de forma clara, expresa e irrevocable que el personal ofertado para _____ es el relacionado a continuación:

NOMBRE: (DILIGENCIAR PARA CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE EQUIPO DE TRABAJO)						
CÉDULA:						
CARGO A OCUPAR:						
TELÉFONO Y DIRECCIÓN:						
FORMACIÓN						
	Titulo obtenido	Establecimiento Educativo	Fecha de grado			
EXPERIENCIA						
Contratante	Número de Contrato	Objeto de Contrato	Cargo Desempeñado	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Tiempo de experiencia
TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA						

Firma del proponente:
Identificación:

Firma del personal ofertado:
Identificación:

- El contenido de éste formato deberá ser diligenciado en su totalidad por cada personal ofrecido.
- La información incluida en el formato, es responsabilidad del proponente y deberá allegarse con la documentación soporte.
- La experiencia específica deberá estar diligenciada en orden cronológico, de la más antigua a la más reciente.
- La información consignada en el formato debe corresponde con exactitud a los soportes y certificaciones. En caso de contradicción entre el anexo y la información contenida en los soportes, prevalecerá esta última.