ANEXO 1
CARTA DE PRESENTACIÓN

Fecha: _____

Señores

HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL LIBANO-TOLIMA.

E.S.D.

REF. PROCESO DE LICITACIÓN PÚBLICA DE MAYOR CUANTIA 001-2026

Respetados señores:

Yo, _____, obrando en nombre propio y/o en representación de _____ presento propuesta según la información de la referencia, de acuerdo con el contenido de los pliegos de condiciones, cuyas especificaciones declaro conocer y aceptar.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que me entiendo prestado con la firma de este documento, que no me encuentro incurso en ninguna de las incompatibilidades, inhabilidades o prohibiciones de que tratan las leyes colombianas, al igual que no estoy reportado en el boletín de responsables fiscales, no soy deudor moroso de ninguna entidad del Estado y he cumplido con el pago de aportes al sistema de seguridad social del personal vinculado a la empresa que represento. Igualmente, que toda la información aportada es real.

El suscrito se compromete si resultare favorecido con la adjudicación de este contrato a cumplir con todos y cada uno de los requisitos indicados en los pliegos de condiciones y los que se describan en la minuta del contrato.

El suscrito declara:

1. Que ninguna otra persona o entidad distinta tienen interés en esta Invitación, ni en el contrato que como consecuencia de ella llegare a celebrarse y que por consiguiente solo compromete al firmante.

2. Que conoce los pliegos de condiciones y especificaciones técnicas suministradas por el Hospital, relacionados con esta convocatoria y que acepta todos los requisitos en ellos establecidos.

3. Que se incluyen los siguientes anexos: (RELACIONARLOS)

RESUMEN DE LA PROPUESTA:

Nombre o Razón Social del Proponente: _____

Cédula de ciudadanía o NIT: _____
Representante Legal: _____

País de Origen del Proponente _____

(En caso de presentarse la propuesta en consorcio o unión temporal se debe indicar el nombre y país de origen de cada uno de los integrantes)

VALIDÉZ DE LA PROPUESTA: Para todos los efectos, se entenderá que es por una vigencia igual a la del plazo del contrato.

PLAZO TOTAL PARA EJECUTAR EL CONTRATO: _____ a partir de la suscripción del acta de inicio.

VALOR DE LA PROPUESTA: _____

Me permito informar que las comunicaciones relativas a esta convocatoria las recibiré en la siguiente Dirección:

Dirección: _____

Ciudad: _____

Teléfono(s): _____

Fax: _____

Teléfono Móvil: _____

Correo Electrónico: _____

Atentamente,

Firma: _____

Nombre: _____

C.C.: _____

ANEXO 2
PROPUESTA TECNICA Y ECONÓMICA

El oferente deberá discriminar el valor de cada ítem establecido en el respectivo anexo, el no ofertar cualquiera de los ítems solicitados es causal de rechazo, en todos los casos debe cumplir con la totalidad de las características técnicas descritas, so pena de obtener cero (0) puntos en su evaluación.

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	Valor Unitario	VALOR TOTAL
SUB TOTAL				
IVA				
TOTAL				

Nota: La oferta económica debe discriminar el IVA, y en caso de no especificarlo, se presumirá que se encuentra incluido.

El valor de la propuesta no podrá ser superior al valor del presupuesto oficial destinado para el proceso contractual, de ser así se genera rechazo.

Valor Subtotal _____

Valor IVA _____

Valor total _____

VALOR PROPUESTA: (El valor de la propuesta debe ser presentado ajustado al peso más cercano)

_____

FIRMA PROPONENTE

ANEXO 3
EXPERIENCIA DEL PROPONENTE PARA PONDERAR

Proponente: _____

Integrante del consorcio o unión temporal: _____ * Si aplica

No.	Entidad contratante	Objeto	PROPONENTE			% Partic.	Valor del contrato o certificación	Número de identificación en el RUP
			I	C	UT			

Firma
Proponente: _____

Notas:

I = Contratista individual, C = Consorcio, UT = Unión Temporal
Si el contrato se realizó de manera individual, el % de participación es del 100%

En caso de consorcios o uniones temporales la experiencia será el resultado de la sumatoria de la que acrediten sus integrantes.

En caso de aportarse experiencia obtenida en consorcios o uniones temporales, solo se validará el porcentaje que corresponda al proponente y deberá allegarse copia legible del documento de asociación para establecerlo.

ANEXO No. 04
CARTA DE INFORMACION CONSORCIO

Señores

HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL LIBANO-TOLIMA.

E.S.D.

REF. LICITACIÓN PÚBLICA DE MAYOR CUANTÍA 001-2026

OBJETO _____

Los suscritos _____ (nombre del representante legal) y _____ (Nombre del representante legal), debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de (nombre o razón social del integrante) y — (nombre o razón social del integrante), respectivamente, manifestamos por este documento, que hemos convenido asociarnos en Consorcio, para participar en el proceso de la referencia cuyo objeto es _____ , y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. La duración de este Consorcio será igual al término de la ejecución y liquidación del contrato y un año más.
2. El Consorcio está integrado por

NOMBRES	% PARTICIPACION
_____	_____
_____	_____

- El total de la columna, es decir, la suma de los porcentajes de participación de los integrantes debe ser igual al 100%.
- El Consorcio se denomina CONSORCIO _____
- La responsabilidad de los integrantes del Consorcio es solidaria.
- El representante del consorcio es _____(indicar el nombre), identificado con cédula de ciudadanía No. _____ 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 necesarios desde su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.

- La sede del consorcio es:

DIRECCIÓN DE CORREO _____

DIRECCION ELECTRÓNICA_____

TELEFONO: _____

FAX: _____

CIUDAD _____

En constancia, se firma en _____ a los _____ días del mes de _____de 2026.

Nombre representante legal _____

Nombre de cada uno de los integrantes _____

Firma del Representante legal del Consorcio _____

ANEXO No. 05
CARTA INFORMACION DE LA UNION TEMPORAL

Señores

HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL LIBANO-TOLIMA.

E.S.D.

REF. . LICITACIÓN PÚBLICA DE MAYOR CUANTÍA 001-2026

OBJETO _____

Los suscritos _____ (nombre del representante legal) y _____ (Nombre del representante legal), debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de (nombre o razón social del integrante) y — (nombre o razón social del integrante), respectivamente, manifestamos por este documento, que hemos convenido asociarnos en Unión Temporal, para participar en el proceso de la referencia cuyo objeto es _____ , y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. La duración de la Unión Temporal será igual al término de la ejecución y liquidación del contrato y un año más.

2. La Unión Temporal está integrada por

NOMBRE	TERMINOS Y EXTENSION DE LA PARTICIPACION EN LA EJECUCION DEL CONTRATO (1)	COMPROMISOS (%) (2).

1. Discriminar en función de los ITEMS establecidos en el presupuesto oficial para cada uno de los integrantes.
2. El total de la columna, es decir, la suma de los porcentajes de participación de los integrantes debe ser igual al 100%.
3. La Unión Temporal se denomina Unión Temporal _____
4. La responsabilidad de los integrantes de la Unión Temporal es solidaria.
5. El representante de la Unión temporal es _____ (indicar el nombre), identificado con cédula de ciudadanía No. _____ 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 necesarios desde su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.

La sede de la Unión Temporal es:

DIRECCIÓN DE CORREO _____

DIRECCION ELECTRÓNICA_____

TELEFONO: _____

FAX: _____

CIUDAD _____

En constancia, se firma en _____ a los _____ días del mes de _____de 2026.

Nombre representante legal _____

Nombre de cada uno de los integrantes _____

Firma del Representante legal de la Unión Temporal _____

ANEXO No. 06
MODELO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003 PERSONA NATURAL

Invitación Pública No.

Yo, _____ identificado (a) con C.C. No. _____ 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 el de mis empleados (En caso de tener empleados a cargo) a los sistemas de salud, pensiones, riesgos Laborales, caías de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses calendario, legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección.

Nota: Para relacionar el pago de los aportes correspondientes al sistema de seguridad social, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 1406 de 1999 artículos 19 a 24 y Decreto 2236 de 1999. Asimismo, en el caso del pago correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, ICBF y SENA, se deberá tener en cuenta los plazos dispuestos para tal efecto, en el Decreto 1464 de 2005.

EN CASO DE PRESENTAR ACUERDO DE PAGO CON ALGUNA DE LAS ENTIDADES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SE DEBERÁ PRECISAR EL VALOR Y EL PLAZO PREVISTO PARA EL ACUERDO DE PAGO, CON INDICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN.

Dada en _____ a los ( ) _____ del mes _____

FIRMA _____

NOMBRE DE QUIEN DECLARA _____

ANEXO No. 07
MODELO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003 PERSONA JURIDICA

Invitación Pública No. _____

(Use la opción que corresponda, según certifique el representante legal o el revisor fiscal).

Yo, _____ identificado (a) con C.C. No. _____ de _____ en mi condición de representante legal de (Razón social de la compañía), identificada con NIT _____, debidamente inscrita en la cámara de comercio de _____, certifico el pago de tos aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de invitación Pública, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en et 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 inscrita en la Cámara de Comercio de _____, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoria generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de invitación Pública, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Estos pagos, corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Nota: Para relacionar el pago de los aportes correspondientes al sistema de seguridad social, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 1406 de 1999 artículos 19 a 24 y Decreto 2236 de 1999. Asimismo, en el caso del pago correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, ICBF y SENA, se deberá tener en cuenta los plazos dispuestos para tal efecto, en el Decreto 1464 de 2005.

EN CASO DE PRESENTAR ACUERDO DE PAGO CON ALGUNA DE LAS ENTIDADES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SE DEBERÁ PRECISAR EL VALOR Y EL PLAZO PREVISTO PARA EL ACUERDO DE PAGO, CON INDICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN.

Dada en _____ a los ( ) _____ del mes _____

FIRMA _____

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA _____

ANEXO No. 08
CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Ciudad y fecha

Señores

HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL LIBANO-TOLIMA.

E.S.D.

El suscrito declara que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidades para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con los artículos 8° y siguientes de la Ley 30 de 1993 y del artículo 18 de la ley 1150 de 2007, por el cual se adiciono el literal j) al numeral 1° del artículo 8° de la Ley 80 de 1993, así:

> *Artículo 8°. (...) j) Las personas naturales que hayan sido declaradas responsables judicialmente por la comisión de delitos de peculado, concusión, cohecho, prevaricato en todas sus modalidades y soborno transnacional, así como sus equivalentes en oirás jurisdicciones. Esta inhabilidad se extenderá a las sociedades de que sean socias tales personas, con excepción de las sociedades anónimas abiertas.*

Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en el artículo 10 del Estatuto Contractual de la entidad.

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.

Dada en _____ a los ( ) _____ del mes _____ de 2026.

_____

Nombre y firma del representante legal

ANEXO 9
FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SARLAFT (se deberá verificar la veracidad de la siguiente información como mínimo de cada persona natural o jurídica que vaya a tener una relación contractual con el Hospital Regional del Líbano)

DESCRIPCION	PERSONA NATURAL	PERSONA JURIDICA
1. Nombre y Apellidos completos o Razón social según el caso.		
2. Número de Identificación o Nit.		
3. Nombre y apellidos completos del Representante Legal y número de Identificación		
4. Dirección y teléfono del representante		
5. Lugar y fecha de nacimiento		
6. Dirección y teléfono de residencia		
7. Ocupación, oficio u profesión		
8. Declaración voluntaria de origen de los fondos		
9. Maneja recursos públicos y/o ostenta algún grado de poder público y/o goza de reconocimiento público? (Declaración del cliente de si tiene o no la condición de Persona publica Expuesta PEP). ¿Es servidor Público?		
10 ¿Realiza operaciones internacionales? (señale el tipo de operación: importaciones, exportaciones, inversiones, prestamos, envío y/o recepción de giros, pago de servicios, transferencia, entre otras)		
Firma y Huella del cliente/contraparte. Sera la del representante legal en caso de personas jurídicas		
Fecha de diligenciamiento del formulario y nombre de identificación del funcionario de la entidad que lo diligencia		

NELLY BELEN ARZUSA MENDOZA
Agente Especial Interventor

HENRY PRADA GAITAN
Oficial de Cumplimiento SARLAFT

ANEXO 10
FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE – PERSONA NATURAL

Nombres:

Apellidos:

Número de Identificación:

Lugar y fecha de nacimiento:

Dirección de Residencia

Teléfono de residencia:

Ocupación, oficio u profesión:

Declaración voluntaria de origen de los fondos

Maneja recursos públicos y/o ostenta algún grado de poder público y/o goza de reconocimiento público? (Declaración del cliente de si tiene o no la condición de Persona publica Expuesta PEP). ¿Es servidor Público?

¿Realiza operaciones internacionales? (señale el tipo de operación: importaciones, exportaciones, inversiones, prestamos, envío y/o recepción de giros, pago de servicios, transferencia, entre otras)

Nombre y firma del funcionario que diligencia el formulario:

Fecha de Diligenciamiento del Formulario:

Firma con Huella:

ANEXO 11
FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE – PERSONA JURIDICA

Nombres y apellidos o razón social:

NIT:

Nombre y apellidos completos del Representante Legal:

Número de Identificación del Representante Legal:

Dirección de Residencia del Representante;

Teléfono de residencia del Representante:

Declaración voluntaria de origen de los fondos

¿Realiza operaciones internacionales? (señale el tipo de operación: importaciones, exportaciones, inversiones, prestamos, envío y/o recepción de giros, pago de servicios, transferencia, entre otras)

Nombre y firma del funcionario que diligencia el formulario:

Fecha de Diligenciamiento del Formulario:

Firma con Huella:

ANEXO 12
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Lugar y fecha

Señores

HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE.
Ciudad
Proceso de Contratación [OBJETO: **"----------"** [Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente], identificado como aparece al pie de mi firma, [obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [nombre del Proponente], manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y el HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR ESE. para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estamos en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación [Insertar información].
3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación [Insertar información].
5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación [Insertar información] nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los [Insertar información] días del mes de [Insertar información] de [Insertar información].

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