FORMATO 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Caqueza, Cundinamarca

Señores
E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DECAQUEZA Cundinamarca.

Referencia: Invitación Pública No. 04 de 2026. ¨ Objeto: xxxxxxxxx."

El suscrito _____identificado con la cédula de ciudadanía _____ _____ expedida en _____, actuando en nombre de _____ y/o en calidad de representante legal de la compañía _____, domiciliada en _____ y suficientemente autorizado según consta en _____, me permito presentar propuesta a la E.S.E HOSPITAL SAN RAFALE DE CAQUEZA ubicado Avenida 2 # 5-80 Cáqueza.

Los términos de esta propuesta han sido formulados con base en las especificaciones contenidas en los términos de referencia. Declaro aceptar y haber entendido en toda su extensión sus alcances y significado.

El suscrito declara:

1.- Bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que en el evento de resultar adjudicatario de esta convocatoria, cumpliré con todo lo ofrecido en esta propuesta. Por lo tanto acepto, si así no se hiciere, que la E.S.E. HOSPITAL EL SAN RAFAEL DE CAQUEZA tome las decisiones que estime convenientes con respecto a la adjudicación de la presente Convocatoria.

2.- Que ninguna persona natural o jurídica diferente del aquí proponente tiene interés en la propuesta que presento ni en el contrato que pudiera celebrarse y que en consecuencia, sólo compromete a la firma que represento.

3.- Que hemos examinado cuidadosamente los términos de referencia correspondiente y nos hemos enterado perfectamente del significado de todo lo que en estas se expresan, aceptamos su contenido y

Av. 5 N° 5 - 80
Teléfono 6017944310 opción 2
E-mail gerencia@hospitalCáqueza.gov.co
Sitio Web: www.esehospitalCáqueza.gov.co

en caso que nos fuera adjudicado el contrato, nos obligamos a cumplir con todos los términos y

Av. 5 N° 5 - 80
Teléfono 6017944310 opción 2
E-mail gerencia@hospitalCáqueza.gov.co
Sitio Web: www.esehospitalCáqueza.gov.co

condiciones que en él se estipulan.

4.- Que no estamos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la ley 80 de 1993, ni en ninguno de los eventos de prohibición especiales para contratar.

5.- Que no somos responsables fiscalmente en virtud de lo dispuesto en la ley 610 del 2000 y la resolución orgánica 05149 de la Contraloría General de la República.

6.- Que nos encontramos al día con el pago de los aportes de nuestros 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, cuando a ello haya lugar, conforme a lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

7.- Que ejecutaremos el contrato de acuerdo con los precios y calidades relacionados en la propuesta.

8.- Que el valor total de la propuesta es de _____ pesos ($_____), incluido el Impuesto al valor Agregado -IVA-.

9.- Que la oferta tiene una validez de sesenta (60) días calendario, contados a partir de la fecha de cierre de la presente Invitación.

10.- Que aceptamos expresamente la forma de pago establecida en los términos de referencia.

11.- Que en caso que se nos adjudique la presente Convocatoria pública, nos comprometemos a suscribir el correspondiente contrato y a otorgar dentro de los plazos exigidos en los términos de referencia, todas las garantías solicitadas en los montos y vigencias indicadas.

12.- Que en el evento de resultar favorecido en la adjudicación, nos obligamos a aceptar la supervisión designada por la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA.

13.- Manifestamos bajo la gravedad del juramento, que no nos ha sido aplicada la garantía de cumplimiento y/o calidad en los últimos dos (2) años, ni nos han sido impuestas multas durante este período.

14.- Esta propuesta sólo compromete a la firma que represento.

15.- La propuesta se presenta en original y una copia que consta de _____ (__) folios debidamente numerados.

Av. 5 N° 5 - 80
Teléfono 6017944310 opción 2
E-mail gerencia@hospitalCáqueza.gov.co
Sitio Web: www.esehospitalCáqueza.gov.co

16.- Aceptamos que la presente propuesta no compromete al HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA.

Para todos los efectos informo a ustedes que toda la correspondencia relacionada con esta Invitación la recibiremos en:

Dirección: _____

Ciudad: _____

Fax: _____Teléfono: _____

Correo electrónico: _____
Cordialmente,

PROPONENTE:

NOMBRE: _____

NIT/C.C.:_____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____

FIRMA: _____

1. El contenido del presente formulario no podrá ser modificado o alterado y deberá ser diligenciado en su totalidad.

2. La información incluida en el presente formulario es de responsabilidad del proponente, y deberá allegarse al mismo la documentación que la soporte.

3. La firma del profesional en este formulario será considerada igualmente como carta de intención.

Av. 5 N° 5 - 80
Teléfono 6017944310 opción 2
E-mail gerencia@hospitalCáqueza.gov.co
Sitio Web: www.esehospitalCáqueza.gov.co

FORMATO 2
Certificación de Cumplimiento Ley 789 De 2002

Caqueza, Cundinamarca

Señores
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA Cundinamarca.

Yo, (nombre del REVISOR FISCAL O CONTADOR[2]), identificado con cédula de ciudadanía No. _____, y con Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Revisor Fiscal o Contador de (nombre de la empresa o entidad) identificada con NIT. _____, luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en (nombre de la ciudad), a los ( ) días del mes de _____de 2026

FIRMA_____
NOMBRE DEL REVISOR FISCAL O CONTADOR
DOCUMENTO DE IDENTIDAD

(Si aplica)
FIRMA_____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL
DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Nota: En caso de que la ley no exija Revisor Fiscal, la firma debe realizarla el contador y Representante Legal.

[2] Anexar fotocopia de la Tarjeta Profesional, Cédula de Ciudadanía y certificación de la Junta Central de Contadores.

Av. 5 N° 5 - 80
Teléfono 6017944310 opción 2
E-mail gerencia@hospitalCáqueza.gov.co
Sitio Web: www.esehospitalCáqueza.gov.co

FORMATO 3
DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo……., mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. ……., domiciliado en…….. y en calidad de ……. declaro bajo juramento: NO estar incurso en alguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con el Estado, de conformidad con la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios, Ley 734 de 2002, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011 y demás normatividad vigente.

Que he leído cuidadosamente la invitación pública y me he enterado suficientemente de las condiciones exigidas y de las circunstancias en las cuales, de ser adjudicada la Invitación Pública, suscribiré el contrato y en términos generales de lo que puede afectar su ejecución y me comprometo a cumplir con todas la exigencias en los mismos.

Que no conozco ningún hecho irregular que comprometa la transparencia de este proceso y si así existiere, es mi deber denunciarlo a la entidad.

Dado en…….a los…….....de……..

Nombre
Identificación y firma del representante legal o persona natural.

Av. 5 N° 5 - 80
Teléfono 6017944310 opción 2
E-mail gerencia@hospitalCáqueza.gov.co
Sitio Web: www.esehospitalCáqueza.gov.co

FORMATO 4

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Caqueza, fecha

Señores:
E.S.E. Hospital San Rafael de Caqueaa

REF: Invitación Pública Nº xxxxxx

[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 de [Nombre de la Entidad Estatal] 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 Nº xxxxxxxxxx, cuyo objeto es: xxxxxxxxxxx.
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 presente Proceso de Contratación.
5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre este Proceso de Contratación 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 xxxxx de xxxxxxx.

[Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural]
Nombre:
Documento de Identidad:

Av. 5 N° 5 - 80
Teléfono 6017944310 opción 2
E-mail gerencia@hospitalCáqueza.gov.co
Sitio Web: www.esehospitalCáqueza.gov.co