



FORMATO 3

CONFORMACIÓN DE PROPONENTE PLURAL

[El Proponente deberá diligenciar el Formato dependiendo de la forma asociativa con la que se presente (consorcio, unión temporal)]

FORMATO 3A — DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE CONSORCIO

Señores

[NOMBRE DE LA ENTIDAD]

[Dirección de la entidad]

[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. S.A-GDCH-002SS DE 2026 en adelante el “Proceso de Contratación”

Estimados señores:

Los suscritos, [nombre del representante legal del integrante 1] y [nombre 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 integrado por los siguientes miembros:

(1)	Nombre del integrante	Compromiso (%) ⁽²⁾	El total de la columna, es
	[Indicar los nombres de los integrantes del consorcio]	[Indicar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes]	

decir la suma de los porcentajes de compromiso de los integrantes, debe ser igual al 100%.

- El Consorcio se denomina CONSORCIO _____.
- El objeto del consorcio es _____.
- La duración del consorcio es _____.
- La responsabilidad de los integrantes del Consorcio es solidaria en el cumplimiento de las obligaciones y de las sanciones que se deriven de la ejecución del contrato.
- El representante del consorcio es _____ [indicar el nombre], identificado con C. C. 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 necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.
- El representante suplente del consorcio es _____ [indicar el nombre], identificado con C. C. 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 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.]
- El Señor[a] _____ [indicar el nombre del representante legal del consorcio] acepta su nombramiento como representante legal del CONSORCIO [Nombre del Consorcio]
- En caso de resultar adjudicatario, la facturación del Proponente la realizará: [Nombre del integrante o nombre de todos los integrantes].
- [Las entidades y los proponentes podrán incluir cláusulas adicionales que no contradigan lo dispuesto en los Documentos Tipo para regular la relación negocial entre los integrantes.]

- El Domicilio del consorcio es: Dirección Sede Principal
Calle 31 con Cra 1a Esquina - Barrio Kennedy, Quibdó - Colombia
www.choco.gov.co



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 consorcio]	_____ [Nombre y firma del representante del suplente del consorcio]

FORMATO 4

**CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN PROHIBICIONES,
INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PARA CONTRATAR CON EL
ESTADO**

Quibdó, xxxxxx de xxx de 2026

Señores:
SECRETARIA DE SALUD-GOBERNACIÓN DEL CHOCO
Quibdó - Chocó

**SELECCIÓN ABREVIADA No. SELECCIÓN ABREVIADA No. S.A-GDCH-002SS
DE 2026 CUYO OBJETO CONTRATAR UN OPERADOR LOGÍSTICO PARA LA
ORGANIZACIÓN, OPERACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA REALIZACIÓN DE LOS
EVENTOS INSTITUCIONALES EN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES
MISIONALES Y FUNCIONALES QUE ADELANTA LA SECRETARIA DE SALUD
DEPARTAMENTAL DEL CHOCÓ.**

El suscrito, XXXXXXXXXX identificado con cédula de ciudadanía No. XXXXXXXXXX en
calidad de Representante Legal de la XXXXXXXXXXXXX con NIT XXXXXXXXXX,
manifiesto bajo la gravedad de juramento, que no nos encontramos incurso en las
prohibiciones, inhabilidades e incompatibilidades para celebrar contratos con el Estado, de
conformidad con lo dispuesto en el Artículo 8 de Ley 80 de 1993 y que adicionalmente no
hemos sido declarados responsables judicialmente por la comisión de delitos de peculado,
concusión, cohecho, prevaricato en todas sus modalidades y soborno transnacional, así como
sus equivalentes en otras jurisdicciones, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 18
de la Ley 1150 de 2007 literal j), y las demás disposiciones constitucionales y legales vigentes
aplicables.

Atentamente,

XXXXXXXXXXXXXXXXXX
C.C. No. XXXXXXXXXX
Representante Legal de XXXXXXXXXX
NIT No. XXXXXXXXXX
Celular: XXXXXXXXXX
Dirección: XXXXXXXXXX
Ciudad: XXXXXXXXXX



Gobernación
del **Chocó**

Secretaría
de Salud

Nota: Para caso de figuras asociativas, el certificado debe ser aportado por cada uno de los representantes legales de las empresas integrantes

