



**FORMATOS DE LOS TÉRMINOS DE CONDICIONES- INVITACION PUBLICA No.
IP-OBRA-001-2026**

Los siguientes formatos hacen parte integral de los términos de condiciones.

El proponente podrá reproducirlos, pero no modificar su contenido. Los espacios entre corchetes o con líneas deben ser diligenciados por el proponente.

Formato	Contenido
FORMATO A	Carta de presentación de la oferta (con aval de ingeniero o arquitecto)
FORMATO B	Documento de conformación de consorcio
FORMATO C	Documento de conformación de unión temporal
FORMATO D	Declaración de inhabilidades, incompatibilidades y conflicto de intereses
FORMATO E	Compromiso anticorrupción
FORMATO F	Certificación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales
FORMATO G	Certificación de composición accionaria
FORMATO H	Capacidad residual: memoria de cálculo y contratos en ejecución
FORMATO I	Compromiso de vinculación del equipo de trabajo
FORMATO J	Experiencia
FORMATO K	Apoyo Industria Nacional
FORMATO L	Acreditación Mujer
FORMATO M	Discapacidad
ANEXO 4	Minuta de contrato



Supersalud
Por la calidad de los servicios de salud

VIGILADO





FORMATO A – CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Lugar y fecha: _____

Señores

E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO DE URIBIA

Transversal 8 N° 6-45, Uribia – La Guajira

Referencia: Invitación Pública N° IP-OBRA-001-2026 – Objeto: “ADECUACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LOS PUESTOS Y CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE URIBIA”

El suscrito, _____, identificado con C.C. N° _____, obrando en nombre propio / como representante legal de _____ / como representante del consorcio o unión temporal _____, presento oferta para el proceso de la referencia y declaro bajo la gravedad del juramento:

1. Que conozco y acepto los términos de condiciones, sus anexos y adendas, y que la oferta cumple todas sus condiciones.
2. Que tengo la capacidad legal para presentar la oferta y suscribir el contrato, y que las personas que represento han autorizado la presentación de esta oferta.
3. Que ni el proponente, ni sus integrantes, socios o representantes legales se encuentran incurso en causales de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de intereses (FORMATO D).
4. Que el valor total de la oferta es de \$ _____ (en letras: _____) incluido el A.I.U. y los impuestos, según el Formulario No. 1 presentado en el Sobre No. 2.
5. Que me comprometo a ejecutar el contrato en el plazo de seis (6) meses contados a partir del acta de inicio.
6. Que la garantía de seriedad de la oferta N° _____ de _____ ampara la oferta por el 10% de su valor y por seis (6) meses desde el cierre.
7. Que la información y los documentos de la oferta son veraces, y autorizo a la E.S.E. a verificarlos.
8. Que, de resultar adjudicatario, suscribiré el contrato y cumpliré los requisitos de perfeccionamiento y ejecución en los plazos del cronograma.
9. Que la oferta consta de dos (2) sobres cargados en SECOP II: Sobre No. 1 (habilitantes, técnicos y ponderables) y Sobre No. 2 (oferta económica).
10. Que recibiré notificaciones en la dirección _____, teléfono _____ y correo electrónico _____.

Atentamente,

Nombre: _____

C.C. N°: _____

Persona natural / Representante legal / Representante del proponente plural

Proponente: _____ NIT: _____



Supersalud
Por la calidad de los servicios de salud

VIGILADO





AVAL DE LA OFERTA (artículo 20 de la Ley 842 de 2003; solo cuando quien firma no sea ingeniero civil o arquitecto)

El suscrito, _____, ingeniero civil / arquitecto, con matrícula profesional N° _____, avala la presente oferta.

Nombre, firma, C.C. y matrícula profesional (anexar copia de la matrícula y certificado de vigencia del COPNIA o CPNAA)



VIGILADO





FORMATO B – DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE CONSORCIO

Lugar y fecha: _____

Señores

E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO DE URIBIA

Transversal 8 N° 6-45, Uribia – La Guajira

Referencia: Invitación Pública N° IP-OBRA-001-2026 – Objeto: “ADECUACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LOS PUESTOS Y CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE URIBIA”

Los suscritos, _____ (C.C. N° _____), en representación de _____ (NIT _____), y _____ (C.C. N° _____), en representación de _____ (NIT _____), debidamente autorizados, manifestamos que hemos convenido conformar un CONSORCIO para participar en el proceso de la referencia y, de resultar adjudicatarios, suscribir y ejecutar el contrato, en los siguientes términos:

1. **Nombre del consorcio:** _____.
2. **Objeto:** presentar oferta en el proceso de la referencia y, en caso de adjudicación, celebrar, ejecutar y liquidar el contrato.
3. **Integrantes y participación:**

Integrante	NIT / C.C.	% de participación
TOTAL		100%

4. **Responsabilidad:** los integrantes responderán solidaria e ilimitadamente por todas las obligaciones derivadas de la oferta y del contrato.

5. **Representante:** se designa a _____ (C.C. N° _____) y como suplente a _____ (C.C. N° _____), con facultades para presentar la oferta, suscribir el contrato y representar al consorcio durante su ejecución y liquidación.

6. **Duración:** igual al plazo del contrato y un (1) año más.

7. **Cesión:** ningún integrante podrá ceder su participación, ni se modificarán los porcentajes, sin autorización previa y escrita de la E.S.E.

8. **Domicilio y notificaciones:** dirección _____, correo electrónico _____.

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

Integrante 1
(aceptación)

Integrante 2

Representante



FORMATO C – DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE UNIÓN TEMPORAL

Lugar y fecha: _____

Señores

E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO DE URIBIA

Transversal 8 N° 6-45, Uribia – La Guajira

Referencia: Invitación Pública N° IP-OBRA-001-2026 – Objeto: “ADECUACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LOS PUESTOS Y CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE URIBIA”

Los suscritos, _____ (C.C. N° _____), en representación de _____ (NIT _____), y _____ (C.C. N° _____), en representación de _____ (NIT _____), debidamente autorizados, manifestamos que hemos convenido conformar una UNIÓN TEMPORAL para participar en el proceso de la referencia y, de resultar adjudicatarios, suscribir y ejecutar el contrato, en los siguientes términos:

1. **Nombre de la unión temporal:** _____.
2. **Objeto:** presentar oferta en el proceso de la referencia y, en caso de adjudicación, celebrar, ejecutar y liquidar el contrato.
3. **Integrantes, participación y extensión de la participación en la oferta y en la ejecución:**

Integrante	NIT / C.C.	% de participación	Ítems / puestos de salud a su cargo
TOTAL		100%	

4. **Responsabilidad:** los integrantes responderán solidariamente por el cumplimiento total de la oferta y del objeto contratado; las sanciones por incumplimiento se impondrán según la participación de cada integrante en la ejecución.

5. **Representante:** se designa a _____ (C.C. N° _____) y como suplente a _____ (C.C. N° _____), con facultades para presentar la oferta, suscribir el contrato y representar a la unión temporal durante su ejecución y liquidación.

6. **Duración:** igual al plazo del contrato y un (1) año más.

7. **Cesión:** ningún integrante podrá ceder su participación, ni se modificarán los porcentajes ni la extensión de la participación, sin autorización previa y escrita de la E.S.E.

8. **Domicilio y notificaciones:** dirección _____, correo electrónico _____.

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



**E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA
DEL PERPETUO SOCORRO DE URIBIA**

Página 6 de 22

Cuidamos tu salud. NIT: 800061765-9

Integrante 1
(aceptación)

Integrante 2

Representante



VIGILADO



Transversal 8 N. 6 - 45



3175175554
3174282368



atencionalcliente@esehnsps.gov.co
gerencia@esehnsps.gov.co



<https://esehnsps.gov.co/portal/>



**FORMATO D – DECLARACIÓN DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y
CONFLICTO DE INTERESES**

Lugar y fecha: _____

Señores

E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO DE URIBIA

Transversal 8 N° 6-45, Uribia – La Guajira

Referencia: Invitación Pública N° IP-OBRA-001-2026 – Objeto: “ADECUACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LOS PUESTOS Y CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE URIBIA”

El suscrito, _____, identificado con C.C. N° _____, obrando en nombre propio / como representante legal de _____ (NIT _____), integrante / proponente en el proceso de la referencia, declaro bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la firma del presente documento:

1. Que ni el proponente, ni sus socios (salvo en las sociedades anónimas abiertas), ni sus representantes legales se encuentran incursos en las causales de inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución Política, en los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, en los artículos 1 a 4 de la Ley 1474 de 2011 y en las demás normas vigentes, aplicables a la E.S.E. por el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007.
2. Que ni el proponente ni las personas vinculadas a él dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil financiaron la campaña política del alcalde del municipio de Uribia ni del gobernador del departamento de La Guajira con aportes superiores al dos punto cinco por ciento (2,5%) de las sumas máximas a invertir por los candidatos en esas campañas.
3. Que ni el proponente ni sus socios han sido declarados responsables judicialmente por delitos contra la administración pública o que afecten el patrimonio del Estado, ni condenados por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos armados ilegales, delitos de lesa humanidad o narcotráfico, en Colombia o en el exterior (literal j del numeral 1 del artículo 8 de la Ley 80 de 1993).
4. Que no me encuentro en situación de conflicto de intereses con la E.S.E., con sus directivos, con los miembros del Comité de Apoyo a la Actividad Contractual, ni con la interventoría del proyecto.
5. Que no figuro en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, que no tengo sanciones disciplinarias vigentes que me inhabiliten, y que no tengo multas vencidas por más de seis (6) meses en el Registro Nacional de Medidas Correctivas (artículo 183 de la Ley 1801 de 2016).
6. Que, si sobreviene alguna inhabilidad o incompatibilidad, informaré de inmediato a la E.S.E. para los efectos del artículo 9 de la Ley 80 de 1993.

Esta declaración la suscribe la persona natural o el representante legal de cada integrante del proponente plural.

Atentamente,

Nombre: _____

C.C. N°: _____

Persona natural / Representante legal / Representante del proponente plural



Supersalud
Por la calidad de los servicios de salud

VIGILADO





**E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA
DEL PERPETUO SOCORRO DE URIBIA**

Página 8 de 22

Cuidamos tu salud. NIT: 800061765-9

Proponente: _____ NIT: _____



VIGILADO



Transversal 8 N. 6 - 45



3175175554
3174282368



atencionalcliente@esehnsps.gov.co
gerencia@esehnsps.gov.co



<https://esehnsps.gov.co/portal/>



FORMATO E – COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Lugar y fecha: _____

Señores

E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO DE URIBIA

Transversal 8 N° 6-45, Uribia – La Guajira

Referencia: Invitación Pública N° IP-OBRA-001-2026 – Objeto: “ADECUACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LOS PUESTOS Y CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE URIBIA”

El suscrito, _____, identificado con C.C. N° _____, obrando en nombre propio / como representante legal de _____, manifiesto que el proponente se compromete a:

1. No ofrecer ni dar, directa o indirectamente, sobornos, dádivas ni ninguna otra forma de halago a servidores, contratistas o asesores de la E.S.E. o de la interventoría, en relación con la oferta, el proceso o el contrato.
2. No celebrar acuerdos con otros proponentes que tengan por objeto restringir la competencia, fijar precios o repartirse la adjudicación, y no presentar ofertas en colusión.
3. Exigir el mismo compromiso a sus empleados, asesores, agentes, subcontratistas y a los demás integrantes del proponente plural.
4. Denunciar ante las autoridades competentes cualquier hecho de corrupción del que tenga conocimiento en relación con el proceso.
5. Aceptar que el incumplimiento de este compromiso dará lugar al rechazo de la oferta o a la terminación del contrato, sin perjuicio de las acciones legales, y a que la E.S.E. informe los hechos a las autoridades.

Atentamente,

Nombre: _____

C.C. N°: _____

Persona natural / Representante legal / Representante del proponente plural

Proponente: _____ NIT: _____



Supersalud
Por la calidad de los servicios de salud

VIGILADO





**FORMATO F – CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD
SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES**

(Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007)

Lugar y fecha: _____

Señores

E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO DE URIBIA

Transversal 8 N° 6-45, Uribia – La Guajira

Referencia: Invitación Pública N° IP-OBRA-001-2026 – Objeto: “ADECUACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LOS PUESTOS Y CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE URIBIA”

El suscrito, _____, identificado con C.C. N° _____, en calidad de revisor fiscal, con tarjeta profesional N° _____ / representante legal de _____ (NIT _____), certifico que la empresa ha efectuado el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y de los aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y al Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), cuando a ello hay lugar, durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre del proceso de la referencia (o desde su constitución, si es inferior a seis meses).

En caso de no estar obligada a efectuar aportes parafiscales por alguna exoneración legal, se indica la norma: _____.

Número de trabajadores vinculados: _____. Periodo certificado: de _____ a _____.

Atentamente,

Nombre: _____

C.C. N°: _____

Persona natural / Representante legal / Representante del proponente plural

Proponente: _____ NIT: _____

Si firma el revisor fiscal: anexar copia de la tarjeta profesional y del certificado de antecedentes de la Junta Central de Contadores vigente.

Persona natural: anexar las planillas de pago como cotizante y, si tiene trabajadores, las de sus aportes.



Supersalud
Por la calidad de los servicios de salud

VIGILADO





FORMATO G – CERTIFICACIÓN DE COMPOSICIÓN ACCIONARIA

Lugar y fecha: _____

Señores

E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO DE URIBIA

Transversal 8 N° 6-45, Uribia – La Guajira

Referencia: Invitación Pública N° IP-OBRA-001-2026 – Objeto: “ADECUACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LOS PUESTOS Y CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE URIBIA”

Los suscritos, representante legal y revisor fiscal / contador de _____
(NIT _____), certificamos que a la fecha la composición accionaria o de socios de la sociedad es la siguiente:

Nombre del socio o accionista	Tipo y N° de identificación	N° de acciones o cuotas	% de participación	Mujer (Sí/No)
TOTAL			100%	

Cuando un socio sea persona jurídica, se anexará la certificación de su propia composición accionaria. No aplica a las sociedades anónimas abiertas.

Representante legal
_____)

Revisor fiscal / Contador (T.P. N° _____)



FORMATO H – CAPACIDAD RESIDUAL: MEMORIA DE CÁLCULO Y CONTRATOS EN EJECUCIÓN

Proponente o integrante: _____ NIT: _____ % de participación en el proponente plural: _____

1. Contratos de obra en ejecución a la fecha de cierre (públicos o privados, en Colombia o en el exterior, incluidos los suscritos en consorcio o unión temporal y los suspendidos)

N°	Contratante	Objeto	Valor total (\$)	Fecha de inicio	Plazo (meses)	% part.	Saldo por ejecutar a 12 meses (\$)
1							
2							
3							
	SCE (total)						

☐ Declaro que no tengo contratos de obra en ejecución a la fecha de cierre.

2. Memoria de cálculo

Factor	Fuente	Valor / puntaje
CO – Capacidad de organización (mayor ingreso operacional de los últimos 5 años)	Estado de resultados del año _____	
E – Experiencia	RUP	
CT – Capacidad técnica (Nº de socios y profesionales vinculados: _____)	Certificación del representante legal y revisor fiscal o contador	
CF – Capacidad financiera (índice de liquidez)	RUP	
SCE – Saldos de contratos en ejecución	Cuadro 1	
CRP = CO × [(E + CT + CF) / 100] – SCE		
CRPC (numeral 1.13.5)	Presupuesto oficial	

Declaro bajo la gravedad del juramento que la información es veraz y que relacioné la totalidad de los contratos en ejecución. Para proponentes plurales, cada integrante diligencia este formato y el representante consolida la suma de las CRP.

Representante legal
(_____)

Revisor fiscal / Contador (T.P. N° _____)



FORMATO I – COMPROMISO DE VINCULACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

Lugar y fecha: _____

Señores

E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO DE URIBIA

Transversal 8 N° 6-45, Uribia – La Guajira

Referencia: Invitación Pública N° IP-OBRA-001-2026 – Objeto: “ADECUACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LOS PUESTOS Y CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE URIBIA”

El suscrito, obrando en nombre propio / como representante legal / como representante del proponente plural _____, me comprometo, en caso de resultar adjudicatario, a vincular durante toda la ejecución del contrato el siguiente equipo mínimo, con los perfiles del numeral 1.13.4, y a entregar sus soportes dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la firma del contrato:

Cargo	Perfil mínimo	Nombre
Director de obra		
Residente de obra		
Profesional siso		
Apoyo Social		

Declaro conocer que el incumplimiento de este compromiso impedirá suscribir el acta de inicio y constituirá incumplimiento del contrato.

Atentamente,

Nombre: _____

C.C. N°: _____

Persona natural / Representante legal / Representante del proponente plural

Proponente: _____ NIT: _____



FORMATO J- MODELO DE CUADRO DE EXPERIENCIA

A. Experiencia específica:

No	entidad	objeto	Contratista	% de participación	valor contrato \$	valor contrato Smmlv	valor contrato Smmlv de acuerdo a %	Ubicación en rup
TOTAL EXPERIENCIA ESPECIFICA								



Supersalud
Por la calidad de los servicios de salud

Firma del Proponente

VIGILADO





FORMATO K

COMPROMISO DE APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL Y A LA MANO DE OBRA LOCAL

Señores **E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO DE URIBIA** – Oficina Asesora Jurídica – Transversal 8 N° 6-45, Uribia, La Guajira.

Referencia: Invitación Pública N° IP-OBRA-001-2026. Objeto: "ADECUACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN SALUD DE LOS PUESTOS Y CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE URIBIA".

Yo, _____, identificado con C.C. No. _____ de _____, en mi condición de (persona natural / representante legal de _____ / representante del proponente plural _____), DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO que, en caso de resultar adjudicatario, me comprometo a vincular al desarrollo del objeto contractual el siguiente personal (marcar con X):

CRITERIO	COMPROMISO	MARCAR
Industria nacional	Empleados o contratistas por prestación de servicios colombianos en al menos el noventa por ciento (90%) del personal requerido para el cumplimiento del contrato.	
Mano de obra local	Empleados o contratistas por prestación de servicios colombianos provenientes del municipio de Uribia, de las comunidades de influencia del proyecto o del departamento de La Guajira, en al menos el ochenta por ciento (80%) del personal requerido.	
Idoneidad cultural	Anexo hoja de vida del perfil social que habla Wayuunaiki: Nombre _____ C.C. _____, con sus soportes.	
(Opcional)	Proponente extranjero con trato nacional. País: _____ Acuerdo / reciprocidad: _____	

Declaro conocer que este compromiso hace parte de las obligaciones del contrato, que su cumplimiento será verificado por la interventoría y la supervisión y que su incumplimiento dará lugar a las sanciones contractuales previstas.

Dada en _____, a los ____ días del mes de _____ de 2026.

Nombre, firma y C.C. del proponente o representante legal



**FORMATO L- ACREDITACIÓN DE EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES
(PERSONA JURÍDICA)**

Señores
E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO DE URIBIA
Uribia, La Guajira

REFERENCIA: Proceso de Contratación Invitación Pública N° IP-OBRA-001-2026
Objeto: ADECUACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LOS
PUESTOS Y DENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE URIBIA, DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica y del revisor fiscal, cuando este último exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador] identificados con [Incluir los números de identificación], en nuestra condición de representante legal [y revisor fiscal, en caso de estar obligado según los requerimientos de ley, o el contador] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] identificada con el NIT [Incluir el NIT], en adelante el Proponente, acreditamos la condición de ser emprendimiento y empresa de mujer en los términos del artículo 2.2.1.2.4.2.14 del Decreto 1082 de 2015.

[El Proponente escogerá una de las siguientes dos (2) opciones para acreditar la condición de emprendimiento y empresa de mujer:]

[Opción 1. Incorporar si la participación accionaria de la persona jurídica en su mayoría son mujeres y los derechos de propiedad han pertenecido a éstas durante el último año.]

Manifestamos bajo la gravedad del juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de las acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica pertenecen a mujeres y los derechos de propiedad han pertenecido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Contratación. En el siguiente cuadro señalamos la identificación de las mujeres en la persona jurídica y la distribución de los derechos en la sociedad durante el último año:

Nombre completo y número de identificación de la (s) mujeres (s) que tienen o tuvieron participación durante el último año en la persona jurídica	Número de acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica, o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

De igual manera, manifestamos bajo la gravedad del juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de las acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica ha pertenecido a mujeres, y dicha participación mayoritaria se ha mantenido a partir de: [Indicar la fecha (día/mes/año) desde que se cumple con dicha condición].

[Opción 2. Incorporar si por lo menos el cincuenta por ciento (50 %) de los empleos del nivel directivo de la persona jurídica son ejercidos por mujeres y estas han estado vinculadas laboralmente durante al menos el último año.]

En el siguiente cuadro señalamos de forma detallada la denominación de los cargos directivos que existen dentro de la persona jurídica, la identificación de las personas que ocuparon o ejercen los cargos del nivel directivo del Proponente y el tiempo de vinculación:



Denominación del cargo directivo dentro de la empresa	Nombre completo y número de identificación de la (s) persona (s) que ocuparon / ejercen el cargo durante el último año en la persona jurídica	Tiempo de vinculación de la (s) persona(s) que ejerció / ejerce el cargo del nivel directivo
[Indique la denominación del cargo directivo, a modo de ejemplo: Gerente general, director ejecutivo]	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
[Indique la denominación del cargo directivo, a modo de ejemplo: Gerente/ Director de ventas]	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
[Indique la denominación del cargo directivo, a modo de ejemplo: Director de desarrollo tecnológico]	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]

Conforme a lo anterior, manifestamos bajo la gravedad del juramento que por lo menos el cincuenta por ciento (50 %) de los empleos del nivel directivo de la persona jurídica han sido ejercidos por mujeres y estas han estado vinculadas laboralmente a la empresa durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Contratación en el mismo cargo u otro del mismo nivel.



Para los efectos de esta certificación son empleos del nivel directivo aquellos cuyas funciones están relacionadas con la dirección de áreas misionales de la empresa y la toma de decisiones a nivel estratégico. En este sentido, son cargos del rango directivo los que dentro de la organización de la empresa implican mando o los que por su jerarquía desempeñan cargos encaminados al cumplimiento de funciones orientadas a representar al empleador.

Como soporte de esta declaración se anexa copia de (i) los respectivos documentos de identidad, (ii) los contratos de trabajo o certificación laboral con las funciones y (iii) el certificado de aportes al Sistema de Seguridad Social del último año en el que se demuestren los pagos realizados por el empleador, en relación con cada una de las personas que conforman el nivel directivo del Proponente.

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

[Nombre y firma del representante legal de
la persona jurídica]

[Nombre y firma del contador o revisor
fiscal, si está obligado a tenerlo]



**FORMATO L1
ACREDITACIÓN DE EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES (PERSONA
NATURAL)**

[Este Formato debe diligenciarse por los Proponentes personas naturales o los integrantes personas naturales del Proponente Plural]

Señores
E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO DE URIBIA
Uribia, La Guajira

REFERENCIA: Proceso de Contratación Invitación Pública N° IP--OBRA-001-2026
Objeto: ADECUACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LOS
PUESTOS Y DENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE URIBIA

Estimados señores:

[Incluir el nombre de la persona natural] identificada con [Incluir el número de identificación], en mi condición de mujer, en adelante el Proponente, certifico la condición de ser emprendimiento y empresa de mujer en los términos del artículo 2.2.1.2.4.2.14 del Decreto 1082 de 2015, para lo cual manifiesto bajo la gravedad del juramento que he ejercido actividades comerciales a través del establecimiento de comercio [Indicar el nombre del establecimiento de comercio], [identificado con NIT _____], durante al menos el último año anterior contado a partir de la fecha del cierre del Proceso de Contratación.

Para acreditar la anterior circunstancia aporoto [copia de la cédula de ciudadanía, la cédula de extranjería o el pasaporte, según corresponda], así como la copia del registro mercantil.

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

[Nombre y firma de la persona natural]



Supersalud
Por la calidad de los servicios de salud

VIGILADO





**FORMATO L2 – ACREDITACIÓN DE EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES
(ASOCIACIONES Y COOPERATIVAS)**

[Este Formato debe diligenciarse por los Proponentes que son asociaciones o cooperativas o los integrantes asociaciones o cooperativas del Proponente Plural cuyo porcentaje de participación sea al menos del diez por ciento (10 %) y acredite la condición de emprendimientos y empresas de mujeres.]

Señores

E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO DE URIBIA
Uribia, La Guajira

REFERENCIA: Proceso de Contratación Invitación Pública N° IP-PUB-OBRA-001-2026
Objeto: ADECUACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN SALUD DE
LOS PUESTOS Y CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE URIBIA, DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la asociación o cooperativa] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de representante legal de [Incluir la razón social de la asociación o cooperativa] identificado con el NIT [Incluir el NIT], en adelante el Proponente, certifico la condición de ser emprendimiento y empresa de mujer en los términos del artículo 2.2.1.2.4.2.14 del Decreto 1082 de 2015, para lo cual manifiesto bajo la gravedad del juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de los asociados son mujeres y que la participación de estas en la [indicar si es en la asociación o cooperativa] ha permanecido durante al menos el último año anterior contado a partir de la fecha de cierre del Proceso de Contratación.

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

[Nombre y firma del representante legal de la asociación o cooperativa]



**FORMATO M— VINCULACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
(Criterio de asignación de puntaje)**

Señores

[NOMBRE DE LA ENTIDAD]

[Dirección de la Entidad]

[Ciudad]

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

Objeto: -----

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 el 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, tendrá que 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]



Supersalud
Por la calidad de los servicios de salud

VIGILADO





ANEXO No. 4 – ANEXO DEL CONTRATO DE OBRA NO. ---- DE 2026 El contrato se publica como documento independiente en SECOP II y hace parte integral de los presentes términos de la invitación pública.

RESUMEN DE LA OFERTA

No.	Puesto de salud	Presupuesto	Costo directo ofertado	A.I.U. ofertado	Valor total ofertado
1	Puesto de Salud de Cabo de la Vela	\$			
2	Puesto de Salud del Corregimiento Flor del Paraíso	\$			
3	Puesto de Salud Media Luna	\$			
4	Puesto de Salud Porshina	\$			
5	Puesto de Salud Puerto Nuevo	\$			
6	Puesto de Salud Uru	\$			
7	Puesto de Salud Wimpeshi	\$			
	TOTAL OFERTA	\$ 3.616.365.187			



Supersalud
Por la calidad de los servicios de salud

VIGILADO

Nombre del proponente o de

Su Representante Legal

C.C. N °.

Matrícula Profesional N°.

N ° De NIT (consorcio o unión

Temporal o de la (s) firma (s)

Dirección de correo

Correo Electrónico

Telefax

Ciudad

de

(anexar copia)

