Secretaria de Bienestar Social

FORMATO PARA LA RELACIÓN DE CONTRATOS EN EJECUCIÓN (CAPACIDAD RESIDUAL)

OFERENTE: **AVANCES TECNOLOGICOS DE COLOMBIA SAS**

PROCESO DE CONTRATACIÓN: No. 4146.010.32.1.2573.2026

CON EL FIN DE ACREDITAR LA CAPACIDAD RESIDUAL PARA LA CONTRATACIÓN DE OBRAS (C) (DECRETO 791 DE ABRIL 14 DE 2014, ARTÍCULO 72 DE LA LEY 1682 DE 2013), A CONTINUACIÓN NOS PERMITIMOS RELACIONAR LOS CONTRATOS EN EJECUCIÓN QUE AFECTAN MI CAPACIDAD RESIDUAL, EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

CONTRATO No.	PLAZO DEL CONTRATO (MESES)	VALOR DEL CONTRATO (INCLUIDO IVA Y ADICIONES).	FECHA DE INICIACIÓN	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN %	DÍAS EJECUTADOS DEL CONTRATO	DÍAS POR EJECUTAR DEL CONTRATO, A PARTIR DE LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA OBJETO DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN.	VALOR DIARIO DEL CONTRATO EN EJECUCIÓN	SALDO DEL CONTRATO EN EJECUCIÓN	CONTRATO SUSPENDIDO SI / NO	FECHA DE SUSPENSIÓN
	(B)	(A)	DD-MM-AÑO	(C)	DÍAS	(D)	(E)=A / (B * 30 días)	(F)=(E)*(D)*(C)	SI/NO	DD/MM/AAA
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
VALOR TOTAL CONTRATOS EN EJECUCIÓN (EN PESOS COLOMBIANOS)										

LA INFORMACIÓN INCLUIDA EN ESTE ANEXO ES DE RESPONSABILIDAD DEL PROPONENTE

NOTA No 1	LA INFORMACIÓN AQUÍ PRESENTADA, ES VERAS Y SE PRESENTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, QUE SE ENTIENDE PRESTADA CON LA SUSCRIPCIÓN DEL MISMO.
NOTA No 2	EL FORMULARIO DEBE SER DILIGENCIADO POR EL PROPONENTE O POR CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL CUANDO EL PROPONENTE SEA PLURAL
NOTA No 3	EN LA COLUMNA (D) SI LOS DÍAS POR EJECUTAR SON MAYOR A UN AÑO, EL PROPONENTE OBLIGATORIAMENTE DEBE COLOCAREN ESTA COLUMNA 360 DÍAS
NOTA No 4	PARA LA ACREDITACIÓN DA CRITERIO DE EXPERIENCIA SE TOMARAN TODOS LOS CONTRATOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO.
NOTA No 5	PARA CONSORCIO UNIONES TEMPORALES SE DEBE INFORMAR QUE INTEGRANTE APORTA LA EXPERIENCIA.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los 7 días del mes de octubre del 2026

Firma representante legal del proponente
Nombre: FRANKLIN LAGAREJO HINESTROZA
Cargo: REPRESENTANTE LEGAL
Documento de identidad: 11.797.755

Firma representante del auditor o revisor fiscal
Nombre: _____
Cargo: _____
Documento de identidad: _____