

FORMATO N° 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Bogotá, D.C, fecha

Señores
SECRETARÍA DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
Carrera 32 No. 12-81
Ciudad.

PROCESO: FFDS-CMA-001-2019

El suscrito _(nombre del representante de la sociedad o del proponente plural o 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]), de conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del Proceso de Selección N° **FFDS-CMA-001-2019**, que tiene por objeto: *“CONTRATAR EL ESTUDIO DE FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y JURÍDICA PARA LA CREACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UNA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ORIENTADA AL DESARROLLO DE LA CIENCIA, TECNOLOGÍA, INNOVACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PARA BOGOTÁ EN EL MARCO DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD DEL DISTRITO CAPITAL”* bajo la gravedad del juramento y de acuerdo con lo exigido en las condiciones generales adicionales del proceso de selección de la referencia, me permito manifestar que:

1. Que esta oferta y el contrato que llegaré a celebrarse sólo comprometo a los aquí firmantes.
2. Que conozco y acepto los documentos del proceso y tuve la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los mismos y recibí de la SECRETARÍA DE SALUD-FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD, respuesta oportuna a cada una de las solicitudes.
3. Que estoy autorizado (a) para suscribir la oferta en nombre del proponente y estoy autorizado para suscribir el contrato en caso de resultar adjudicatario del proceso.
4. Que conozco, acepto y me comprometo a cumplir con todos los requerimientos mínimos obligatorios establecidos en las condiciones generales adicionales, en los formatos y anexos correspondientes, los cuales se entenderán como oferta técnica mínima.
5. Que conozco y acepto la estimación, tipificación y asignación de los riesgos previsibles involucrados en la presente contratación y en el evento de ser adjudicatario, me comprometo a asumir los riesgos previsibles que sean responsabilidad del contratista.
6. Que me comprometo, en caso de resultar adjudicatario del presente proceso de contratación, a proveer los bienes y/o servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados en el presente Proceso de Selección con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos.
7. Que la propuesta cumple con todos y cada uno de los requerimientos establecidos en los estudios previos, las condiciones generales adicionales, el anexo técnico y cualquier omisión, contradicción o declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.
8. Que ninguna entidad o persona distinta de los firmantes tienen interés comercial en esta oferta, ni en el contrato que de ella se derive.
9. Que los documentos que presento con la oferta son ciertos y han sido expedidos por personas autorizadas para el efecto.

10. Que la oferta económica fue elaborada teniendo en cuenta todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones que se causen con ocasión de la presentación de la Oferta, suscripción y ejecución del contrato y que, en consecuencia, de resultar adjudicatario no presentaré reclamación, con ocasión del pago de tales gastos.
11. Que, si somos adjudicatarios, nos comprometemos a suscribir el contrato en la fecha prevista para el efecto en el cronograma contenido en el pliego de condiciones y a realizar todos los trámites necesarios para su perfeccionamiento y legalización en los plazos señalados en el mismo.
12. Que no nos hallamos incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Ley y la Constitución Política y no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar ni en conflicto de interés.
13. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (Artículo 60 de la Ley 610 de 2000).
14. Que los siguientes documentos de nuestra propuesta cuentan con reserva legal: _____, según las siguientes normas: _____.
15. Que autorizamos se nos notifique en forma personal de conformidad con lo establecido en el numeral 1° del artículo 67 de la Ley 1437 de 2011 a través del correo electrónico:

Atentamente,

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROPONENTE:
NIT:
TELÉFONO(S):
DIRECCIÓN:
CIUDAD:
CORREO ELECTRÓNICO:

FORMATO N° 2
DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Señores
SECRETARÍA DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
Carrera 32 No. 12-81
Ciudad.

ASUNTO: FFDS-CMA-001-2019

Yo _____, identificado con documento de identificación N° _____, en mi calidad de Representante Legal de _____ declaro bajo la gravedad del juramento la cual se entiende prestada con la firma del presente documento, no encontrarme incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades consagradas en la Constitución y la Ley para contratar con el Estado. (*Constitución Política, Artículo 8º Ley 80 de 1993, Artículo 18 Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011 y el Código Nacional de Policía y Convivencia*)

Así mismo en cumplimiento de lo definido en el Artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, certifico que ni la sociedad, sus directivos o socios, se encuentran inhabilitados como consecuencia de lo establecido en dichas normas.

DECLARACIÓN DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN CONFLICTO DE INTERÉS

Yo _____, identificado con documento de identificación N° _____, en mi calidad de Representante Legal de _____ certifico que ni los directivos de la sociedad, ni el equipo de trabajo con que se ejecutarán los servicios contratados, nos encontramos incursos en conflicto de interés en el presente proceso.

La anterior certificación se expide conforme a lo establecido en el Decreto 1082 de 2015.

Expedida a los _____ días del mes de _____ de _____

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROPONENTE:
NIT:

NOTA: En el caso de Estructura Plural, debe incluirse la razón social de cada uno de sus integrantes, el nombre de cada uno de sus representantes legales y deberá suscribirse por cada uno de ellos.

**FORMATO N° 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN**

Señores

**SECRETARÍA DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN**

Carrera 32 No. 12-81
Ciudad.

ASUNTO: FFDS-CMA-001-2019

El suscrito _____, identificado con _____, quien obra en calidad de _____ que en adelante se denominará **EL PROPONENTE**, manifiesta su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente **COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN**, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD, adelanta el proceso de selección **FFDS-CMA-001-2019**, para la celebración de un contrato estatal cuyo objeto es Contratar la elaboración e implementación del plan de recuperación de desastres de los recursos y servicios TIC del Fondo Financiero Distrital de Salud.

SEGUNDO: Que es interés de **EL PROPONENTE** apoyar la acción del Estado Colombiano y de la SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas.

TERCERO: Que siendo el interés de **EL PROPONENTE** participar en el proceso de contratación aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se registrará por las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA: COMPROMISOS. EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta, así mismo se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo hagan en su nombre.

EL PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las Leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de contratación y la relación contractual que podría derivarse de ella.

EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de contratación o la distribución de la adjudicación de contratos entre los cuales se encuentre el que es materia del presente proceso, o la fijación de los términos de la propuesta.

CLAUSULA SEGUNDA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO. EL PROPONENTE Asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en el reglamento del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos de anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de XXXXX a los XXXXX días del mes de XXXXX de XXXXX del año 2019.

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROPONENTE:
NIT:

NOTA: En el caso de Estructura Plural, debe incluirse la razón social de cada uno de sus integrantes, el nombre de cada uno de sus representantes legales y deberá suscribirse por cada uno de ellos.

FORMATO N° 4
CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES

Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.

Referencia: FFDS-CMA-001-2019

(Use la opción que corresponda, según certifique el Proponente en su calidad de persona natural, Representante Legal o el Revisor Fiscal)

CERTIFICACIÓN PERSONA NATURAL

El suscrito _____, identificado con _____, certifico que me encuentro a Paz y Salvo por concepto del pago de mis obligaciones derivadas de mi afiliación con el Sistemas de Seguridad Social Integral, así como del personal a mi cargo que lo requiera.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el art. 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

Dada en _____, a los () _____ del mes de _____ de _____}

FIRMA
NOMBRE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

CERTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL

El suscrito _____, identificado con _____, en mi calidad de Representante Legal de _____ identificada con Nit _____, certifico el pago de los aportes realizados por la compañía por los conceptos de Salud, Pensiones, Riesgos Laborales, Cajas 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,

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

Dada en _____, a los () _____ del mes de _____ de _____

FIRMA
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

CERTIFICACIÓN REVISOR FISCAL Y REPRESENTANTE LEGAL

El suscrito _____, identificado con _____, y con Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de **Revisor Fiscal** de _____ identificado con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría 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 selección, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos laborales, 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 a los Sistemas 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. Así mismo, en el caso correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, ICBF y SENA, se deberá tener en cuenta el plazo dispuesto 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 de _____ de _____

FIRMA
NOMBRE REVISOR FISCAL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
TP.

FIRMA
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

NOTA: Si el documento es suscrito por Revisor Fiscal, deberá aportarse copia de la tarjeta profesional y certificado de vigencia de la tarjeta profesional.

FORMATO N° 5
FORMATO DE CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD FINANCIERA Y
CAPACIDAD ORGANIZACIONAL PARA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS HABILITANTES
- PROPONENTE EXTRANJERO

Resumen de cuentas de balance general y estado de resultados que sean necesarias para verificar los requisitos habilitantes de capacidad financiera y organizacional.

| Oferente Singular | Oferente Plural | | |
|---------------------------------------|---|---|---|
| Oferente (Valor en pesos colombianos) | Participante N°1 (Valor en pesos colombianos) | Participante N°2 (Valor en pesos colombianos) | Participante N°3 (Valor en pesos colombianos) |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| |
|--|
| |
|--|

*Si el oferente es plural y tiene más de tres participantes debe insertar las columnas adicionales en la tabla anterior.

Capacidad Financiera

| Oferente Individual 100% | Oferente Plural | | | 100% |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| (Indicar % participación) | (Indicar % participación) | (Indicar % participación) | (Indicar % participación) | |
| Índice del Oferente | Índice del Participante N°1 | Índice del Participante N°2 | Índice del Participante N°3 | Índice del Oferente plural |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

*Si el oferente es plural y tiene más de tres participantes debe insertar las columnas adicionales en la tabla anterior.

Capacidad Organizacional

| Oferente Individual 100% | Oferente Plural | | | 100% |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| (Indicar % participación) | (Indicar % participación) | (Indicar % participación) | (Indicar % participación) | |
| Índice del Oferente | Índice del Participante N°1 | Índice del Participante N°2 | Índice del Participante N°3 | Índice del Oferente plural |

[Redacted area]

*Si el oferente es plural y tiene más de tres participantes debe insertar las columnas adicionales en la tabla anterior.

[Redacted area]

Firma del Representante legal del
Oferente

[Redacted area]

Firma Revisor Fiscal
Firma Contador

Nombre:

Documento de identidad:

Documento de identidad:

Tarjeta Profesional:

*Indique si actúa como revisor fiscal o contador

Nota: Si se trata de proponentes plurales, el revisor fiscal o contador de cada uno de los miembros del proponente plural debe firmar e incluir sus datos en el presente formato.

**FORMATO N° 6
ACEPTACION DEL ANEXO TÉCNICO**

Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.

Referencia: Proceso de selección FFDS-CMA-001-2019

En mi calidad de representante legal del proponente, bajo la gravedad del juramento y conforme lo exigido en las condiciones generales del proceso y en especial el ANEXO TÉCNICO, certifico:

- a) Que el proponente que represento, conoce y acepta el contenido del **ANEXO TÉCNICO** establecido en presente proceso, así como el de cada una de las Adendas expedidas en el mismo.
- b) Que la propuesta que presento contempla la totalidad de los requisitos técnicos establecidos en el del **ANEXO TÉCNICO**, el cual es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

Atentamente,

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROPONENTE:
NIT:

FORMATO N° 7
EXPERIENCIA GENERAL HABILITANTE DEL PROPONENTE

Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.

Referencia: FFDS-CMA-001-2019

Diligencie en el siguiente cuadro, la relación de contratos para acreditar la experiencia general del proponente.

| N° CONSECUTIVO DEL REPORTE EN EL RUP | CÓDIGO UNSPSC | CONTRATANTE | % PARTICIPACIÓN | VALOR DEL CONTRATO Expresada en SMML |
|--------------------------------------|---------------|-------------|-----------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROponente:
NIT:

**FORMATO N° 8
ACREDITACIÓN EXPERIENCIA GENERAL PARA
PROPONENTE EXTRANJERO**

Señores:

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.

Referencia: FFDS- CMA-001-2019

Diligencie en el siguiente cuadro, la relación de contratos para acreditar la experiencia general del proponente.

| N° DEL CONTRATO | CONTRATANTE | % PARTICIPACIÓN | VALOR DEL CONTRATO Expresada en SMML | FUE OBJETO DE MULTA O SANCIÓN. SI O NO |
|-----------------|-------------|-----------------|--------------------------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

FIRMA:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:

PROPONENTE:

NIT:

FORMATO N° 9
EXPERIENCIA ESPECÍFICA HABILITANTE DEL PROPONENTE

Señores
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.

Referencia: FFDS- CMA-001-2019

Diligencie en el siguiente cuadro, la relación de contratos para acreditar la experiencia general del proponente.

| N° CONSECUTIVO DEL REPORTE EN EL RUP | CÓDIGO UNSPSC | CONTRATANTE | % PARTICIPACIÓN | VALOR DEL CONTRATO Expresada en SMML |
|--------------------------------------|---------------|-------------|-----------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROponente:
NIT:

FORMATO N° 10
EXPERIENCIA ADICIONAL PUNTUABLE DEL PROPONENTE

Señores
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.

Referencia: FFDS- CMA-001-2019

Diligencie en el siguiente cuadro, la relación de contratos para acreditar la experiencia general del proponente.

| N° CONSECUTIVO DEL REPORTE EN EL RUP | CÓDIGO UNSPSC | CONTRATANTE | % PARTICIPACIÓN | VALOR DEL CONTRATO Expresada en SMML |
|--------------------------------------|---------------|-------------|-----------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
PROponente:
NIT:

**FORMATO N° 11
APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL**

Señores

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.

Referencia: FFDS- CMA-001-2019

Que la procedencia del personal que se destinará para la ejecución del contrato es la siguiente:

| CONDICIÓN DEL PERSONAL QUE INTEGRA EL EQUIPO DE TRABAJO | PUNTAJE MÁXIMO | MARQUE CON UNA X |
|---|----------------|------------------|
| Todo el equipo de trabajo que laborará para el proponente, se encuentra integrado por personas naturales colombianas o por residentes en Colombia. | 10 | |
| El equipo de trabajo que laborará para el proponente, se encuentra integrado tanto por personas naturales colombianas o residentes en Colombia, como por personas naturales de nacionalidad extranjera no residentes en Colombia. | 5 | |
| El equipo de trabajo que laborará para el proponente, se encuentra integrado por personas naturales de nacionalidad extranjera, no residentes en Colombia. | 0 | |

Nota: El proponente solo podrá realizar un ofrecimiento, marcando con una X, una de las anteriores opciones, en caso que no se diligencie el cuadro o se diligencie más de una casilla, no se asignará puntaje.

FIRMA:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:

PROPONENTE:

NIT:

**FORMATO N° 12
ACREDITACIÓN CALIDADES INTEGRANTES EQUIPO DE TRABAJO**

Señores
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.

Referencia: FFDS- CMA-001-2019

| | |
|---|--|
| ASIGNADO AL PERFIL DE: | |
| NOMBRE(S) Y APELLIDO (S): | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD N° TARJETA PROFESIONAL O MATRICULA No. | |
| TITULO PROFESIONAL / TÉCNICO O TECNOLOGO | |
| TITULO DE POSTGRADO | |

EXPERIENCIA MINIMA HABILITANTE

| ENTIDAD CONTRATANTE | OBJETO DE CONTRATO O CARGO | EXPERIENCIA | |
|---------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| | | Fecha inicio dd/mm/aa | Fecha terminación dd/mm/aa |
| | | | |
| | | | |

EXPERIENCIA ADICIONAL A LA MINIMA REQUERIDA (PUNTUABLE)

| ENTIDAD CONTRATANTE | OBJETO DE CONTRATO O CARGO | EXPERIENCIA | |
|---------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| | | Fecha inicio dd/mm/aa | Fecha terminación dd/mm/aa |
| | | | |
| | | | |

NOTA 1: Diligencie un formato por cada uno de los integrantes del equipo mínimo de trabajo a ser habilitado y calificado.
NOTA 2: Diligenciar el formato no reemplaza la presentación de los documentos solicitados para acreditar las calidades de los integrantes del equipo mínimo de trabajo.

FORMATO 13
AUTORIZACIÓN PARA PRESENTAR HOJA DE VIDA
(INTEGRANTES DEL EQUIPO DE TRABAJO)

Yo (**Nombre de la persona que va ocupar el rol**), mayor de edad, identificado con número de cédula de ciudadanía _____ expedida en _____ autorizo la presentación de mi hoja de vida, en el proceso de selección _____, como parte del equipo de trabajo del proponente (**Nombre del Proponente** _____) en el rol de _____

En caso que la oferta presentada sea adjudicada al proponente en el cual hago parte como profesional que integra el equipo de trabajo, me comprometo a participar en el mismo para el cumplimiento del objeto, obligaciones y actividades que se describen en los documentos que integran el proceso contractual.



Asimismo, bajo la gravedad de juramento manifiesto que no he presentado mi documentación, en ninguna otra oferta presentada para el mismo proceso.

Se expide en Bogotá, D.C., (fecha)

Firma
Nombre
Documento de identidad
Teléfono

FORMATO N° 14
FORMATO DE FORMATO DE INFORMACIÓN A TERCEROS
PERSONA JURIDICA

NOTA: Este formato sólo lo deberá diligenciar el Proponente Adjudicatario, el cual presentará en original acompañado de la certificación bancaria, como requisito para la suscripción y registro presupuestal del contrato.

| | | | |
|---|---|--|---|
|  <small>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</small> | DIRECCIÓN FINANCIERA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORMACIÓN A TERCEROS - PERSONAS JURÍDICAS Código: SDS-FIN-FT-006. V2 | Elaboró: Dario Solano Guerrero Revisó: Félix Gonzalo Díaz Aprobó: Magda Mercedes Arevalo Rojas |  |
| DATOS GENERALES | | | |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____ | | | |
| NIT: _____ | DIGITO DE CONTROL: _____ | CÓDIGO DEPARTAMENTO/ MUNICIPIO: _____ | |
| DIRECCIÓN: _____ | | TELÉFONO Fijo: _____ | CELULAR: _____ |
| CORREO ELECTRÓNICO: _____ | | | |
| INFORMACIÓN FINANCIERA PARA GIRO ELECTRÓNICO | | | |
| NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA _____ | TIPO DE CUENTA _____ | CORRIENTE <input type="checkbox"/> | AHORRO <input type="checkbox"/> |
| NÚMERO DE CUENTA: _____ | | | |
| INDUSTRIA Y COMERCIO | | | |
| No SOPORTE INSCRIPCIÓN RIT: _____ | | RÉGIMEN AL QUE PERTENECE: _____ | |
| DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____ | | | CÓDIGO CIU: _____ |
| CIUDAD DONDE REALIZA LA ACTIVIDAD CORRESPONDIENTE A ESTE PAGO: _____ | | | TARIFA: _____ |
| IMPUESTO A LAS VENTAS | | | |
| RÉGIMEN AL QUE PERTENECE: _____ | | ACTIVIDAD EXENTA O EXCLUIDA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Si corresponde a un Consorcio o Unión Temporal, favor adjuntar la Resolución de Distribución de participación de los consorciados, con su respectivo % | | | |
| INFORMACION TRIBUTARIA | | | |
| ENTIDAD ESTATAL | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| GRAN CONTRIBUYENTE. Resolución No. | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| AUTORRETENEDOR. Resolución No. | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| DECLARANTE DEL IMPUESTO A LA RENTA (1) | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| LA REMUNERACIÓN SE EFECTÚA CON BASE EN EL MÉTODO DEL FACTOR MULTIPLICADOR (2) | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| RESPONSABLE DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ACTIVIDAD SUJETA DE INDUSTRIA Y COMERCIO | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CLASE DE SOCIEDAD | | | |
| Sociedad Anonima <input type="checkbox"/> | Empresa pública <input type="checkbox"/> | Unión Temporal <input type="checkbox"/> | |
| Sociedad Ltda <input type="checkbox"/> | Cooperativas <input type="checkbox"/> | Sociedades del Régimen Especial <input type="checkbox"/> | |
| Sociedad sin Ánimo de Lucro <input type="checkbox"/> | Sociedades Extranjeras <input type="checkbox"/> | Otras <input type="checkbox"/> | |
| Sociedad por Acciones Simplificada <input type="checkbox"/> | Consorcio <input type="checkbox"/> | | |
| Si la actividad no es sujeta de Industria y Comercio, explique Porqué?: _____ | | | |
| (1) Si no es declarante del Impuesto a la Renta, explique Porqué?: _____ | | | |
| (2) Esta información solo se requiere para los contratos de consultoría, debe anexar el documento en el cual consta el cálculo por el Factor Multiplicador. | | | |
| OBSERVACIONES: | | | |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____ | | | |
| FIRMA: _____ | | | |
| CC. No.: _____ | | | |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: _____ | | | |



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

FORMATO 14 - A
FORMATO DE FORMATO DE INFORMACIÓN A TERCEROS
PERSONA NATURAL

NOTA: Este formato sólo lo deberá diligenciar el Proponente Adjudicatario, el cual presentará en original acompañado de la certificación bancaria, como requisito para la suscripción y registro presupuestal del contrato.

| | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------|---|---|---|------------------------------------|
| | <p>DIRECCIÓN FINANCIERA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL FORMATO DE INFORMACIÓN A TERCEROS PERSONA NATURAL Código: SDS-FIN-FT-005 V.5</p> | <p>Elaborado por: Darío Alfonso Solano Revisado por: Félix González Díaz Aprobado por: Magda Mercedes Anzoto Rojas</p> | | | | | |
| <p>INFORMACIÓN PERSONAL</p> | | | | | | | |
| <p>Primer Apellido:</p> | <input type="text"/> | <p>Segundo Apellido:</p> | <input type="text"/> | <p>Primer Nombre:</p> | <input type="text"/> | <p>Segundo Nombre:</p> | <input type="text"/> |
| <p>NIT:</p> | <input type="text"/> | <p>Digito de Verificación:</p> | <input type="text"/> | <p>Código Departamento/Municipio:</p> | <input type="text"/> | | |
| <p>Dirección:</p> | <input type="text"/> | | | <p>Celular:</p> | <input type="text"/> | <p>Teléfono Fijo:</p> | <input type="text"/> |
| <p>Correo Electrónico:</p> | <input type="text"/> | | | <p>Nacionalidad:</p> | <input type="text"/> | | |
| <p>DATOS PARA GIRO ELECTRÓNICO e INFORMACIÓN FINANCIERA</p> | | | | | | | |
| <p>Nombre Entidad Financiera:</p> | <input type="text"/> | | | <p>Tipo Cuenta:</p> | <p>Corriente <input type="checkbox"/></p> | <p>Ahorros <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>Número de Cuenta:</p> | <input type="text"/> | | | <p>Debe Anexar Certificación Bancaria Actualizada</p> | | | |
| <p>INGRESOS BRUTOS AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR A 31 DE DICIEMBRE DE ____</p> | | <p>VALOR</p> | | <p>PATRIMONIO (DESCRIPCIÓN) AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR A 31 DE DICIEMBRE DE ____</p> | | <p>VALOR</p> | |
| <p>SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES</p> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <p>CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS</p> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <p>GASTOS DE REPRESENTACIÓN</p> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <p>HONORARIOS</p> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <p>ARRIENDOS</p> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <p>OTROS INGRESOS Y RENTAS</p> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <p>TOTAL</p> | | <input type="text"/> | | <p>TOTAL</p> | | <input type="text"/> | |
| <p>INDUSTRIA Y COMERCIO</p> | | | | | | | |
| <p>Soporte de Inscripción - RIT N°</p> | <input type="text"/> | | | <p>Régimen:</p> | <input type="text"/> | <p>Código Actividad</p> | <input type="text"/> |
| <p>Descripción Actividad Económica:</p> | | | | <input type="text"/> | | | |
| <p>Tarifa de Impuesto de Industria y Comercio - ICA:</p> | | | | <input type="text"/> | | | |
| <p>IMPUESTO A LAS VENTAS</p> | | | | | | | |
| <p>Régimen IVA al que Pertenece:</p> | | <input type="text"/> | | <p>Actividad Exenta o Excluida:</p> | | <p>SI <input type="checkbox"/></p> | <p>No <input type="checkbox"/></p> |
| <p>INFORMACION TRIBUTARIA - RUT -</p> | | | | | | | |
| <p>Declarante del Impuesto a la Renta (1)</p> | | | | | | <p>SI <input type="checkbox"/></p> | <p>No <input type="checkbox"/></p> |
| <p>(1) Si No es Declarante del Impuesto a la Renta, Explique Porqué? _____</p> | | | | | | | |
| <p>_____</p> | | | | | | | |
| <p>_____</p> | | | | | | | |
| <p>_____</p> | | | | | | | |
| <p>_____</p> | | | | | | | |
| <p>_____</p> | | | | | | | |
| <p>_____</p> | | | | | | | |
| <p>_____</p> | | | | | | | |
| <p>_____</p> | | | | | | | |
| <p>_____</p> | | | | | | | |
| <p>_____</p> | | | | | | | |
| <p>_____</p> | | | | | | | |
| <p>_____</p> | | | | | | | |
| <p>_____</p> | | | | | | | |
| <p>_____</p> | | | | | | | |
| <p>_____</p> | | | | | | | |



FORMATO N° 15

PROPONENTES CON TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD

Señores

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.

Referencia: FFDS- CMA-001-2019

Acreditación de personal con discapacidad del proponente:

| Número total de trabajadores de la planta de personal del proponente | Número mínimo de trabajadores con discapacidad exigido | MARQUE CON UNA X |
|---|---|-------------------------|
| Entre 1 y 30 | 1 | |
| Entre 31 y 100 | 2 | |
| Entre 101 y 150 | 3 | |
| Entre 151 y 200 | 4 | |
| Más de 200 | 5 | |

Nota: El proponente solo podrá realizar un ofrecimiento, marcando con una X, una de las anteriores opciones, en caso que no se diligencie el cuadro o se diligencie más de una casilla, no se asignará puntaje.

FIRMA:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

TIPO Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:

PROPONENTE:

NIT: