ANEXO 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Arauca, xx/xx/20xx

Señores:
HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA –ESE-
Arauca - Arauca

El suscrito, xxxx , obrando en nombre propio o en calidad de representante legal de acuerdo con las especificaciones contenidas en los documentos de la Contratación _____ **(llenar según corresponda: Directa, Mínima cuantía, Menor cuantía o Mayor cuantía)** con formalidades plenas, hace la siguiente oferta para contratar el **(objeto de la propuesta),** de acuerdo con los presentes Términos de Referencia, me permito presentar la siguiente oferta:

En caso de que me sea aceptada por el HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA ESE, me comprometo a firmar el contrato correspondiente.

Además declaro:

- Que esta oferta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a los firmantes de esta carta.
- Que ninguna entidad o persona distinta a los firmantes tiene interés comercial en esta oferta ni en el contrato probable que de ella se derive.
- Que he (mos) recibido las adendas a los documentos del proceso de Convocatoria Pública (indicar el número y la fecha de cada una) y que acepto (amos) su contenido.
- Que conozco las especificaciones y demás documentos de la contratación y acepto todos los requisitos en ellos contenidos.
- Que ninguna persona o entidad distinta de las aquí nombradas tiene intereses en esta propuesta ni en el contrato que como consecuencia de ella llegare a celebrarse y que por consiguiente sólo compromete a los firmantes.
- Que conozco las disposiciones legales que rigen la presente CONTRATACIÓN.
- Que me comprometo a ejecutar totalmente el contrato es desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento, suscripción del acta de inicio y en el plazo estipulado en el contrato.
- Que no he (mos) sido sancionado(s) mediante acto administrativo ejecutoriado por ninguna entidad oficial dentro de los últimos dos (2) años anteriores a la fecha de cierre del proceso de Convocatoria Pública, o en su defecto, Informo (amos) que he (mos) registrado incumplimiento con las siguientes entidades: (indicar el nombre de cada entidad).
- Que si somos adjudicatarios, nos comprometemos a suscribir el contrato, a constituir y presentar las garantías, y a realizar todos los trámites necesarios para su perfeccionamiento y legalización, en los plazos señalados.
- Que la presente propuesta consta de folios debidamente numerados, de los cuales los siguientes gozan de reserva legal (enunciarlos y mencionar el fundamento legal o

constitucional en el cual sustentan su afirmación). De no hacerlo, el HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA asumirá que todos los documentos de la oferta son de carácter público.

- Así mismo declaramos BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, sujeto a las sanciones establecidas en el Artículo 442 del Código Penal (Ley 599/00): Que la información contenida en la oferta es verídica y que asumimos total responsabilidad frente al HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA cuando los datos suministrados sean falsos o contrarios a la realidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el código penal y demás normas concordantes.
- Que no nos hallamos incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en el Art. 8º de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia y que tampoco nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado.
- En especial, manifestamos que no nos hallamos reportados en el boletín de responsables fiscales vigente, expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con el numeral 4º del artículo 38 de la Ley 734 de 2002, ni en los boletines de deudores morosos de las entidades estatales, según lo dispuesto en el parágrafo 3°del artículo 4° de la Ley 716 de 2001, ni de las restricciones de la Ley 617/2000.
- Que la presente propuesta consta de ( ) folios, debidamente numerados.

Atentamente,
Nombre del oferente o de su Representante Legal
Nombre: _____
C. C. No. _____ de _____
No. del NIT. _____

[Anexar copia - persona Juridica, consorcio o unión temporal o de la (s) firma (s)]
Dirección _____
Dirección electrónica: _____
Celular: _____
Telefax _____
Ciudad: _____
(*Firma del oferente o de su Representante Legal*)

ANEXO 2

UNION TEMPORAL

En la ciudad de ---------- a los ----- días del mes de ---------- del año ----------, entre quienes suscriben este documento, de una parte, sociedad (escribir el nombre completo, incluyendo el tipo de Sociedad y en su defecto indicar si se trata de persona natural) legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de ----------, representada legalmente por mayor de edad, domiciliado en_____, identificado con cédula de ciudadanía número _____-, expedida en____ , en su condición de , y representante legal de la misma, por una parte, y por la otra, sociedad de responsabilidad (escribir el nombre completo, incluyendo el tipo de Sociedad y en su defecto indicar si se trata de persona natural), legalmente constituida y con domicilio principal en , representada legalmente por _____, mayor, domiciliado en identificado con la cédula de ciudadanía número, expedida en _____, quien obra en su calidad de Gerente y representante legal de la misma. Han decidido conformar una UNIÓN TEMPORAL, la cual se denominará y se regirá por las siguientes cláusulas: PRIMERA.- OBJETO Y ALCANCE: El objeto de la UNIÓN TEMPORAL consiste en la presentación conjunta al HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E., de una oferta para la adjudicación, celebración y ejecución del contrato (transcribir el objeto de la contratación. Contratación No. _____La UNIÓN TEMPORAL se compromete en caso de adjudicación a la realización a cabalidad de los trabajos objeto del contrato dentro de las normas exigidas por el HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E y en general al cumplimiento de las obligaciones que se deriven de su ejecución. Las partes se encargarán de elaborar la Propuesta Técnica y Económica, suministrarán el mutuo apoyo técnico, logístico y administrativo que se requiera para dicha presentación. SEGUNDA. NOMBRE Y DOMICILIO.- La UNIÓN TEMPORAL se denominará _____ , y su domicilio será la ciudad de _____, con dirección en_____, oficina _____ , FAX _____ , Teléfono _____.TERCERA: TÉRMINOS Y EXTENSIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE ACUERDO CON LA LEY.- La participación de cada una de las partes que conforman el cien por ciento (100%), de la UNIÓN TEMPORAL no podrán ser modificados sin el consentimiento previo del HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E., y serán distribuidas de la siguiente forma: INTEGRANTES % LABOR A DESARROLLAR EN LA PROPUESTA INTEGRANTES % LABOR A DESARROLLAR EN LA PROPUESTA. CUARTA: OBLIGACIONES Y SANCIONES. Los miembros de la UNIÓN TEMPORAL responderán solidariamente en cada uno de los compromisos que esta celebre con el HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E. Las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato se impondrán de acuerdo con la participación en la ejecución de cada uno de los miembros de la Unión Temporal, (numeral 2, del artículo 7º de la Ley 80 de 1993).QUINTA: DURACIÓN. - La duración de la UNIÓN TEMPORAL en caso de salir favorecida con la adjudicación será igual al tiempo comprendido entre el cierre del proceso de selección, la liquidación del contrato y seis (6) meses más. En todo caso la UNIÓN TEMPORAL durará todo el término necesario para atender las garantías prestadas. SEXTA: CESIÓN.- Debe tenerse en cuenta que no podrá haber cesión de la participación de los integrantes del consorcio o unión temporal entre ellos. Cuando se trate de cesión a un tercero se requerirá aprobación escrita del HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E. En caso de aceptarse la cesión por parte del HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E. el cesionario deberá tener las mismas o mejores calidades que el cedente. SÉPTIMA: REPRESENTANTE LEGAL DE LA UNIÓN TEMPORAL.- La Unión Temporal designa como Representante Legal de ésta, al señor(a) domiciliado en , identificada(o) con la cédula de ciudadanía número el cual está facultado para

contratar, comprometer, negociar, y representar a la Unión Temporal, igualmente se nombra como suplente del Representante Legal al señor(a) _____-, domiciliado en _____, con cédula de ciudadanía número _____ de _____ . OCTAVA: CLÁUSULAS OPCIONALES: El documento podrá contener las cláusulas opcionales que los asociados consideren pertinentes, siempre y cuando no contravengan lo dispuesto en la Ley 80/93.

Para constancia y aprobación, el presente documento se firma en la ciudad de _____a los __ días del mes de ___ de 20___ por quienes intervinieron

Nombre
CC
Representante Legal
NIT: Dirección:
Teléfono:

Nombre
CC
Representante Legal
NIT: Dirección:
Teléfono:

ANEXO 3

DOCUMENTO CONSORCIAL

Entre los suscritos a saber: _____mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No. , expedida en , Quien obra en nombre y representación legal de (Escribir el nombre completo incluyendo el tipo de sociedad y en su defecto indicar que se trata de una persona natural.), legalmente constituida, con domicilio principal en , con NIT No , y debidamente facultado por la Junta de Socios, y mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No , expedida en quien obra en nombre y representación legal de (Escribir el nombre completo incluyendo el tipo de sociedad y en su defecto indicar que se trata de una persona natural.) , legalmente constituida, con domicilio principal en , con NIT No , y debidamente facultado por los estatutos sociales, , mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No , expedida en ,quien obra en su propio nombre y representación legal de (Escribir el nombre completo incluyendo el tipo de sociedad y en su defecto indicar que se trata de una persona natural.), legalmente constituida, con domicilio principal en , con NIT No , y debidamente facultado por los estatutos sociales, manifestamos que mediante el presente documento hemos acordado integrar un CONSORCIO cuya integración, conformación y reglamentación se regirá por las siguientes cláusulas: PRIMERA: OBJETO El objeto del presente documento es la integración de un CONSORCIO entre , y , con el propósito de complementar las capacidades técnicas, operativas, administrativas y financieras de las partes que constituyen el presente CONSORCIO, para la presentación de la propuesta, adjudicación, celebración y ejecución del contrato, dentro del proceso de CONTRATACION DIRECTA DE MINIMA CUANTIA, abierta por el HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA, cuyo objeto es . Nuestra responsabilidad será solidaria, mancomunada e ilimitada en todas y cada una de las obligaciones derivadas de la propuesta y el contrato. En consecuencia las actuaciones hechos y omisiones que se presenten en desarrollo de la propuesta y del contrato, afectaran a todos los miembros que lo conforman. SEGUNDA: DENOMINACIÓN: El presente CONSORCIO se denominará . TERCERA: DOMICILIO: El domicilio del CONSORCIO será: (dirección, teléfono y/o No. de fax) de la ciudad de . CUARTA: REPRESENTANTE DEL CONSORCIO: Se designa como Representante del presente CONSORCIO al Señor identificado con cédula de ciudadanía No , expedida en , cargo este que se entiende aceptado con la firma del presente documento y quien está autorizado para contratar, comprometer, negociar y representar al CONSORCIO. Igualmente se nombra como Suplente del Representante del CONSORCIO al Señor , identificado con cédula de ciudadanía No . QUINTA: DURACIÓN.- La duración del presente CONSORCIO en caso de salir favorecida con la adjudicación será igual al tiempo comprendido entre el cierre de la convocatoria, la liquidación del contrato y seis (6) meses más. En todo caso EL CONSORCIO durará todo el término necesario para atender las garantías prestadas. SEXTA: PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN. Los miembros del consorcio tienen la siguiente participación: % % % SEPTIMA: CESIÓN.- Debe tenerse en cuenta que no podrá haber cesión de la participación de los integrantes del consorcio o unión temporal entre ellos. Cuando se trate de cesión a un tercero se requerirá aprobación escrita de la Administración Municipal de Arauca. En caso de aceptarse la cesión por parte del HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E el cesionario deberá tener las mismas o mejores calidades que el cedente. OCTAVA: Debe tenerse

en cuenta que no podrá haber cesión de la participación de los integrantes del consorcio, unión temporal entre ellos. Cuando se trate de cesión a un tercero se requerirá aprobación escrita del HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E. En caso de aceptarse la cesión por parte del HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E. el cesionario deberá tener las mismas o mejores calidades que el cedente. El documento podrá contener las demás CLÁUSULAS OPCIONALES: que los asociados consideren pertinentes, siempre y cuando no contravengan lo dispuesto en la ley 80/93 o incluyan limitaciones o exclusiones de los Consorciados frente al HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E. Aspectos Financieros Arbitramento Reglas básicas que regulan las relaciones entre los integrantes del CONSORCIO. Etc.

En constancia de lo anterior, se firma por quienes intervinieron en el presente documento a los 24 días del mes octubre del año 2013.

ACEPTO:

C.C:
Representante Legal de o persona natural del Consorcio NIT:
Dirección Tel: y fax

ACEPTO:
C.C:
Representante Legal de o persona natural del Consorcio NIT: Dirección

ANEXO 4

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Lugar y fecha.

Señores
HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.

Proceso de Contratación _____ **(*llenar según corresponda: Directa, Mínima cuantía, Menor cuantía o Mayor cuantía)***

[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 del Hospital del San Vicente de Arauca ESE, 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 [***Insertar información***].

3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores del Hospital del San Vicente de Arauca ESE, 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 Proceso de Contratación [***Insertar información***]

5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación [***Insertar información***] 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 [**Insertar información**] de [**Insertar información**].

[**Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural**]

_____

Nombre: [**Insertar información**]
Cargo: [**Insertar información**]
Documento de Identidad: [**Insertar información**]

ANEXO 5

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Lugar y fecha.
Señores
HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA ESE

Proceso de Contratación _____ (llenar según corresponda: Directa, Mínima cuantía, Menor cuantía o Mayor cuantía)

El suscrito declara que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con las Leyes: 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia.

Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en el acuerdo 009 de 2023. Declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni mis socios, ni tampoco la sociedad que represento.

Dado en el XXXX , a los XXX días, del mes de xxx, de 20_ _

_____

Nombre y firma del Representante Legal
Cargo: [**Insertar información**]
Documento de Identidad: [**Insertar información**]
Teléfono: [**Insertar información**]
Correo Electrónico: [**Insertar información**]

ANEXO 6

MODELO CERTIFICACIÓN PAGO PARAFISCALES
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES - ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002

(PERSONA JURÍDICA)

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el suscrito Representante Legal [insertar] y/o Revisor Fiscal (**Si lo necesita de acuerdo con los requisitos legales**) [insertar] de la sociedad [insertar], identificada con NIT No. [Insertar], se permite(n) certificar que la mencionada sociedad ha realizado los pagos de seguridad social y aportes parafiscales correspondientes a las nóminas de los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de presentación de la propuesta. (Si Aplica).

(Las firmas o sociedades obligadas a tener revisoría fiscal de acuerdo con los requisitos legales, deberán presentar la certificación firmada por el revisor fiscal inscrito ante la Cámara de Comercio correspondiente.)

Dado en [insertar] a los [insertar] ([insertar]) días del mes de [insertar] de [insertar].

Firma _____
Nombre [insertar]
Calidad en que Actúa [insertar]
Teléfono: [Insertar información]
Correo Electrónico: [Insertar información]

Revisor Fiscal
Nombre [insertar]
TP No. [insertar]
Teléfono: [Insertar información]
Correo Electrónico: [Insertar información]

ANEXO 7

DECLARACION JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

(PERSONAS NATURALES)

Yo _____ identificado (a) con c.c _____ de _____, de acuerdo con lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal en su artículo 442, que he efectuado el pago por concepto mis aportes y el de mis empleados (esto último en caso de tener empleados a cargo) a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, 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. (Si Aplica)

En caso de existir acuerdo de pago con alguna de las entidades anteriormente mencionadas, se deberá Adjuntar una certificación expedida por la entidad correspondiente en la cual se especifique el cumplimiento del pago de la obligación.

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

FIRMA ----------
NOMBRE DE QUIEN DECLARA _____
Calidad en que Actúa _____
Teléfono: [Insertar información]
Correo Electrónico: [Insertar información]

ANEXO 8

MANIFESTACIÓN DE CAMBIO DE BIENES DEFECTUOSOS

Lugar y fecha.

Señores
HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA ESE

Proceso de Contratación ____ **(llenar según corresponda: Directa, Mínima cuantía, Menor cuantía o Mayor cuantía)**

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], declara que:

Realizara cambio de los equipos suministrados que resulten defectuosos, dentro del término de cobertura de las garantías, los equipos que corresponde siguiente oferta para contratar el **(objeto de la propuesta**), y se estaré presto, al cambio a cargo propio en caso de que las garantías de los equipos presenten demoras injustificadas, que permitan interrumpir el servicio de salud que presta Hospital del San Vicente de Arauca ESE.

En caso de incumplir la presente manifestación, se aplicaran las garantías contractuales, en atención al acuerdo 009 de 2023 y las clausulas pecuniarias establecidas en el mismo.

Declaro bajo la gravedad del juramento que atenderé as comunicaciones de cambio de equipos defectuosos oportunamente, con la firma del presente documento

Dado en el Municipio de , a los días, del mes , de 20_ _

_____

Nombre y firma del Representante Legal
Cargo: [Insertar información]
Documento de Identidad: [Insertar información]
Teléfono: [Insertar información]
Correo Electrónico: [Insertar información]

ANEXO 9

EXPERIENCIA DEL PROPOPONENTE

PROPONENTE:

(INTEGRANTE DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL)

No.	Entidad Contratante	Nro. de Contrato	Objeto	Proponente			% Partic	Fecha Inicio	Fecha Terminación	Valor Contrato ($Col)	Valor en SMMLV
				I	C	UT					
										TOTAL SMMLV	

Ciudad,.....de..... ... .de.....

_____

Firma del representante legal del proponente

Notas

1. I = Contratista Individual, C = Consorcio, UT = Unión Temporal.
2. Si el contrato se realizó de manera individual, el % de participación es del 100%.
3. El valor del contrato es el valor a la fecha de la suscripción.

ANEXO 10

OFERTA ECONOMICA

Arauca, xx/xx/20xx

Señores:
HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA –ESE-
Arauca - Arauca

El suscrito, xxxx , obrando en nombre propio o en calidad de representante legal de acuerdo con las especificaciones contenidas en los documentos de la Contratación _____ **(llenar según corresponda: Directa, Mínima cuantía, Menor cuantía o Mayor cuantía)** con formalidades plenas, hace la siguiente oferta para contratar el **(objeto de la propuesta),** de acuerdo con los presentes Términos de Referencia, me permito presentar la siguiente oferta:

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR. UNITARIO	IVA (%)	IMPUESTO ($)	VALOR. TOTAL
1						
2						
3						

VALOR TOTAL ($) _____ (INCLUIR VALOR TOTAL EN LETRAS Y NÚMEROS)

PLAZO DE EJECUCION: _____

_____
FIRMA DEL PROPONENTE O REPRESENTANTE LEGAL