



ANEXO N° 1

CARTA DE PRESENTACIÓN

Ciudad y fecha.....

Señores:
JUNTA DIRECTIVA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA
Ciudad,

El suscrito....., actuando en representación de De acuerdo con las reglas que contienen la **convocatoria pública No 010 - 2021**, asumiendo los riesgos de que trata el artículo 2.2.3.2.1. del Decreto 1072/15 en la Empresa Social del Estado HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA presento la siguiente propuesta para el de acuerdo a los requerimientos técnicos, y en caso que me sea adjudicada declaro y me comprometo a:

- Que conozco y acepto las condiciones publicadas en esta convocatoria pública y que garantizo la buena calidad del servicio a ejecutar.
- Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse solo comprometo a los firmantes de esta carta en la calidad con que actúan en ella.
- Que ni el suscrito ni la persona jurídica con el componente profesional que represento se hallan incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Constitución y demás normas sobre la materia.
- Que me comprometo además a mantener la reserva requerida de la información suministrada por la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas y darle utilización exclusiva para la propuesta en particular y posteriormente en caso de que no sea adjudicado garantizo la no revelación, copia, distribución, fotocopia y transmisión a terceros.
- Que garantizo y me obligo a cumplir a cabalidad el objeto a ejecutar durante el tiempo estipulado para ello en las condiciones y disposiciones de las normas contractuales para la entidad.
- Que la validez de la oferta es por _____
- Que el valor de oferta es por \$ _____
- Que en la eventualidad de salir favorecidos en la presente invitación, me comprometo a suscribir el contrato dentro del plazo que determine la Institución.

NOMBRE COMPLETO DEL PROPONENTE	
NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O QUIEN SUSCRIBIRÁ EL CONTRATO	
DIRECCIÓN Y CIUDAD	
TELÉFONO	



E.S.E. HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

GERENCIA
SOACHA – CUNDINAMARCA
NIT. 800.006.850-3

NOMBRE COMPLETO DEL PROPONENTE	
FAX	
CORREO ELECTRÓNICO	
N° DE FOLIOS ORIGINAL Y LA PROPUESTA.	
VALOR DE LA PROPUESTA	

Atentamente

Representante Legal
C.C. No.

Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.
email: hmgysocha@yahoo.com - hsoacha@cundinamarca.gov.co
PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha –Cundinamarca-.

CUNDINAMARCA
¡REGIÓN
Que Progresa!
EN SALUD



 @HMGYSocha

 @HMGYSocha

 @hmgysocha

 <http://www.hmg.gov.co/>



E.S.E. HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

GERENCIA
SOACHA – CUNDINAMARCA
NIT. 800.006.850-3

ANEXO N° 2

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo _____, identificado con la C. C. No. _____ de _____, en mi calidad de (revisor fiscal o representante legal, según sea el caso) _____ de _____ con N.I.T. No. _____ en cumplimiento de lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789/2002 en concordancia con el art. 1º de la Ley 828/2003, manifiesto bajo la gravedad de juramento que se ha cumplido a la fecha de entrega de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas promotoras de Salud -E.P.S.-, Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laborales – ARL-, Caja de Compensación Familiar, instituto Colombiano de Bienestar Familiar –I.C.B.F.- y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA-.

FIRMA

Nombre (de quien firma)

IDENTIFICACIÓN No.

En calidad de _____

Ciudad y Fecha

Nota: La presente certificación debe ser firmada por el representante Legal de la empresa o por el Revisor fiscal en caso que exista este cargo.

Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.
email: hmgysocha@yahoo.com - hsoacha@cundinamarca.gov.co
PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha –Cundinamarca-.





ANEXO N °3

FORMATO DE EXPERIENCIA HABILITANTE

(ESTE FORMATO SE DILIGENCIARÁ PARA RELACIONAR LA EXPERIENCIA QUE CERTIFIQUE EL PROPONENTE, SIN PERJUICIO DE LA PRESENTACIÓN DE LAS CERTIFICACIONES CORRESPONDIENTES)

EMPRESA CONTRATANTE:	VALOR	OBJETO
		FECHA INICIO:
		EJECUCIÓN:
		CUMPLIMIENTO
EMPRESA CONTRATANTE:	VALOR	OBJETO
		FECHA INICIO:
		EJECUCIÓN
		CUMPLIMIENTO
EMPRESA CONTRATANTE:	VALOR	OBJETO
		FECHA INICIO:
		EJECUCIÓN
		CUMPLIMIENTO

PERSONAL ESPECIALIZADO

NOMBRES Y APELLIDOS
IDENTIFICACION
ACREDITACION ESPECIALIDAD
EXPERIENCIA RELACIONADA



E.S.E. HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

GERENCIA
SOACHA – CUNDINAMARCA
NIT. 800.006.850-3

ANEXO N° 4

COMPROMISO DE OBSERVAR EL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE PRESTACIONES LABORALES Y DE NO TERCERIZACION U OTRA MODALIDAD ILEGAL

Yo _____, identificado con la C. C. No. _____ de _____, en mi calidad de (revisor fiscal o representante legal, según sea el caso) _____ de _____ con N.I.T. No. _____ en cumplimiento de lo establecido en lo ordenado la Ley 1429 de 2010, el Decreto 1072 de 2015, el Decreto reglamentario 583 de 2016 y la resolución 5670 de 2016 del Ministerio de Trabajo a favor del talento humano que participe en el desarrollo de este subproceso, manifiesto bajo la gravedad de juramento que se ha cumplido a la fecha de entrega de la presente certificación y se ha respetado los derechos Constitucionales, legales y reglamentarios de seguridad social, parafiscales, regímenes prestacionales y beneficios que con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos los vinculados a esta persona jurídica.

_____ FIRMA _____

Nombre (de quien firma)
IDENTIFICACIÓN No.
En calidad de _____
Ciudad y Fecha

Nota: La presente certificación debe ser firmada por el representante Legal de la empresa o por el Revisor fiscal en caso que exista este cargo.

Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.
email: hmgysocha@yahoo.com - hsoacha@cundinamarca.gov.co
PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha –Cundinamarca-.





ANEXO N° 5

COMPROMISO ANTICORRUPCION

El suscrito a saber _____ identificado con _____ No. _____ quien obra en calidad de _____ que en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesta su voluntad de asumir el presente

COMPROMISO ANTICORRUPCION

CONSIDERACIONES

PRIMERO: Que LA E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA, adelanta el proceso de convocatoria pública **No 010 de 2021** asumiendo los riesgos de que trata el artículo 2.2.3.2.1 del Decreto 1072/15. SEGUNDO: Que es interés del PROPONENTE apoyar la acción del Estado Colombiano y de la ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS, para promover la cultura de la probidad y fortalecer la transparencia en los procesos de contratación. TERCERO: Que siendo el interés del PROPONENTE participar en el proceso de selección mencionado en el considerando primero, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia y objetividad al proceso y en tal sentido suscribe el presente documento y asume los siguientes:

COMPROMISOS.

EL PROPONENTE actuará bajo los principios de la ética, la moral, las buenas costumbres, la probidad, y en general bajo los principios de transparencia que rigen la contratación administrativa. EL PROPONENTE promoverá durante el desarrollo del proceso de contratación y ejecución del contrato, la cultura de la probidad y la ética en aras de fortalecer la transparencia. 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 Invitación a cotizar con los procesos de contratación, ni con la ejecución del contrato que puedan celebrarse como resultado de su propuesta, ni a personas que puedan influir en la adjudicación del proceso, bien sea directa o indirectamente. EL PROPONENTE no permitirá que nadie, bien sea empleado suyo o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre. EL PROPONENTE impartirá instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualquiera otro representante suyo, exigiéndole el cumplimiento en todo momento de las Leyes de la República de Colombia en los presentes procesos de contratación y la relación contractual que podría derivarse de ellos, y les impondrá las obligaciones de no ofrecer o pagar sobornos o halagos a los funcionarios de LA E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación del proceso, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, pueda mediar sobre la adjudicación del proceso. EL PROPONENTE no efectuará acuerdos o realizará actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de contratación. EL PROPONENTE se compromete a verificar toda la información, que a través de terceros deba presentar a esta entidad para efectos del proceso. EL PROPONENTE asumirá la responsabilidad por el suministro de información inconsistente, imprecisa o que no corresponda a la realidad, para efectos de este proceso. El PROPONENTE manifiesta y garantiza a través de la suscripción del presente documento que conoce, respetará y acatará las reglas establecidas en la presente invitación y en consecuencia, aceptará las decisiones que en cumplimiento del



E.S.E. HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

GERENCIA
SOACHA – CUNDINAMARCA
NIT. 800.006.850-3

mismo tome la administración. En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos incorporados en este documento, se firma el mismo en la ciudad de Soacha, a los _____ días del mes de _____ de 2021

Nombre (de quien firma)
IDENTIFICACIÓN No.
En calidad de____ ____
Ciudad y Fecha



Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.
email: hmgysocha@yahoo.com - hsoacha@cundinamarca.gov.co
PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha –Cundinamarca-.

CUNDINAMARCA
¡REGIÓN
Que Progresa!
EN SALUD



@HMGYSocha



@HMGYSocha



@hmgysocha



<http://www.hmgysocha.gov.co/>



ANEXO No. 6

MODELO CONFORMACIÓN UNIÓN TEMPORAL

Por medio del presente escrito hacemos constar que hemos constituido la UNIÓN TEMPORAL _____ para participar en LA INVITACION A COTIZAR No. - 2021, cuyo objeto es _____, con las especificaciones técnicas señaladas en los términos de referencia en el numeral _____.

Integrantes de la Unión temporal: _____.

Representante legal: _____.

Aportes: Porcentaje (%) con el que participa cada integrante: _____.

Duración: Por el tiempo del contrato, su liquidación y hasta que expiren las garantías constituidas en el mismo: _____.

Compromiso: Al conformar la unión temporal para participar en el presente proceso de selección, sus integrantes se comprometen a:

1. Participar en la presentación conjunta de la propuesta, así como a suscribir el contrato.
 2. Responder en forma solidaria e ilimitada por el cumplimiento total de la propuesta y de las obligaciones originadas en el contrato (s) frente a la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas.
 3. Responder ante las sanciones por incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato (s), de acuerdo con la participación en la ejecución de cada uno de los miembros de la Unión Temporal.
1. No ceder su participación en la Unión Temporal a otro integrante de la misma.
 2. No ceder su participación en la Unión Temporal a terceros, sin la autorización previa de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas.

ORGANIZACIÓN INTERNA DE LA UNIÓN TEMPORAL: Para la ejecución del contrato resultado del presente proceso de selección, el Representante Legal de la Unión Temporal tendrá las siguientes facultades: (incorporar las que decidan sus miembros).

Para constancia se firma a los _____ días del mes de _____ de 2021

NOMBRES, IDENTIFICACIÓN Y FIRMAS: (de cada uno de los integrantes de la Unión Temporal)
C.C.



ANEXO No. 7

MODELO CONFORMACIÓN CONSORCIO

Por medio del presente escrito hacemos constar que hemos constituido el CONSORCIO _____ para participar en LA INVITACIÓN A COTIZAR No. _____ cuyo objeto consiste en _____; de acuerdo a las condiciones técnicas señaladas en la Invitación relacionadas en el numeral

Integrantes del consorcio: _____.

Representante legal: _____

Duración: Por el tiempo del contrato, su liquidación y hasta que expiren las garantías constituidas en el mismo: _____.

Compromiso: Al conformar el consorcio para participar en el presente proceso de selección, sus integrantes se comprometen a:

1. Participar en la presentación conjunta de la propuesta, así como a suscribir el contrato.
2. Responder en forma solidaria e ilimitada por el cumplimiento total de la propuesta y de las obligaciones originadas en el contrato frente a la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas.
3. No ceder su participación en el consorcio a otro integrante del mismo.
4. No ceder su participación en el consorcio a terceros sin la autorización previa de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas.

ORGANIZACIÓN INTERNA DEL CONSORCIO: Para la ejecución del contrato resultado del presente proceso de selección, el Representante Legal del Consorcio tendrá las siguientes facultades: (incorporar las que decidan sus miembros).

Para constancia se firma a los _____ días del mes de _____ de 2021.

NOMBRES, IDENTIFICACIÓN Y FIRMAS: (de cada uno de los integrantes del consorcio).
C.C.



E.S.E. HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

GERENCIA
SOACHA – CUNDINAMARCA
NIT. 800.006.850-3



Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.
email: hmgysocha@yahoo.com - hsoacha@cundinamarca.gov.co
PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha –Cundinamarca-.

CUNDINAMARCA
¡REGIÓN
Que Progresa!
EN SALUD



 @HMGYSocha

 @HMGYSocha

 @hmgysocha

 <http://www.hmg.gov.co/>