ANEXO 1 - CARTA DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTA

San Juan de Pasto (Nariño). Fecha _____

Señores
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E
Ciudad

Referencia: Presentación Oferta - INVITACIÓN PÚBLICA A PROPONER No. _____ DE 2020.
Objeto: _____

El (La) suscrito (a),_____, obrando en su calidad de _____, en nombre y representación de _____ con domicilio en _____, formalmente me permito presentar oferta dentro del proceso de Selección, y Como único interesado en la propuesta, manifiesta:

En caso de resultar adjudicatario nos comprometemos a suscribir el contrato correspondiente, a cumplir con las obligaciones derivadas de él, de la oferta que presentamos y del pliego de condiciones. Declaro así mismo:

1. Tiene capacidad legal para firmar y presentar la propuesta.
2. Que conozco el estatuto de contratación del Hospital Universitario Departamental de Nariño, acuerdo No. 014 de 2019 proferido por la Junta Directiva del Hospital.
3. Que no tengo intereses patrimoniales o relación jurídico legal en otra persona participante en este proceso de selección de contratista y que ninguno de los socios o empleados de mi firma han tomado parte en la elaboración de la oferta que haya presentado otra persona; igualmente que el representante legal o administradores no ostentan igual condición en entidad o entidades diferentes a la que participa.

4. Que para la elaboración de la propuesta hemos estudiado el pliego de condiciones, sus anexos, aclaraciones y adendas, en tal sentido, aceptamos todos los requisitos en ellos estipulados en particular nos comprometemos a cumplir con el objeto y sus especificaciones técnicas, y renunciamos a cualquier reclamación por ignorancia o errónea interpretación de estos documentos.

5. Que, bajo la gravedad del juramento que se presta con la suscripción de esta oferta, no me encuentro, ni mis representados, incursas en causal alguna de inhabilidad y/o incompatibilidad señaladas por la Constitución, la Leyes Colombianas o el pliego de condiciones, o son morosas en obligaciones con ninguna entidad pública, que les impida celebrar contratos con el HOSPITAL.

6. Que en caso de ser adjudicatario del contrato derivado del presente proceso, me comprometo a suscribir y legalizar el contrato, en los plazos previstos en el pliego de condiciones del presente proceso.

7. Que nos acogemos a los plazos establecidos para la ejecución del contrato.

8. Que aceptamos la estimación, tipificación y asignación de los riesgos previsibles involucrados en la presente contratación y en el evento de ser adjudicatarios nos comprometemos a asumir los riesgos previsibles que sean nuestra responsabilidad como contratista.

9. Que el valor de la propuesta es:

10. Que entendemos que el valor del Contrato, conforme está definido en el pliego de condiciones, incluye todos los impuestos, tasas o contribuciones directas o indirectas que sean aplicables, así como todos los costos directos e indirectos que se causen por labores de administración y las utilidades del contratista.

11. Que no soy deudor moroso del Estado o tengo acuerdo de pagos urgentes.

12. Que no existe ninguna falsedad en nuestra Propuesta.

13. Que el contenido de la propuesta es válido por un mínimo de 60 días, contados a partir de la fecha y hora del cierre de la misma.

Nombre o razón social del Proponente: _____
NIT: _____
Nombre del Representante Legal: _____
C.C. No.: _____ de: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Fax: _____
Email: _____
Ciudad:_____

ANEXO - MODELO CERTIFICACIÓN PAZ Y SALVO APORTES SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

San Juan de Pasto (Nariño). Fecha _____

Señores
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E
Ciudad

Referencia: Presentación Oferta - INVITACIÓN PÚBLICA A PROPONER No. _____ DE 2020.
Objeto: _____

Yo _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, en mi calidad de _____ (Proponente –cuando es persona natural-, o Revisor Fiscal o Representante Legal si es persona jurídica), o (por cada uno de los integrantes del oferente plural) bajo la gravedad del juramento manifiesto que _____ (señalar el nombre de la persona natural o jurídica y su NIT, según el caso) durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de entrega de la presente certificación, se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL-, las Cajas de Compensación Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y el Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-(si se tiene empleados a cargo), por cuanto:

(Escoger una de las siguientes opciones y diligenciar con el nombre los 6 meses anteriores a la fecha del cierre de esta convocatoria. Ver Notas)

- Ha cumplido durante los meses de _____ (anteriores a la fecha de expedición de la 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.

ó

- Durante los meses _____ (identificar los meses), no ha vinculado personal mediante contrato laboral que le genere la obligación de pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales de los empleados. No obstante, se ha cumplido durante los últimos seis (06) meses con los aportes individuales al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales.
ó

- Durante los meses _____ (identificar los meses), no ha tenido contratos en ejecución, que obliguen a realizar el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales.

Firma_____
Identificación No. _____
En calidad de: _____

NOTA UNO: Las circunstancias que generan el paz y salvo, pueden corresponder a una o varias de las alternativas planteadas en el modelo, por lo cual se debe diligenciar la certificación de acuerdo con la condición de cada proponente y conforme a las previsiones contenidas en la Ley 789 de 2002.

NOTA DOS: La presente certificación debe ser firmada por: a) En caso de persona natural: Por el proponente persona natural; b) En caso de Persona jurídica: Por El Revisor Fiscal en caso que la persona jurídica tenga este cargo, si no lo tiene, por el Representante Legal de la misma. c) Por cada uno de los integrantes de la persona plural -consorcio o unión temporal- (ya sea como persona natural o persona jurídica).

ANEXO - EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

San Juan de Pasto (Nariño). Fecha _____

Señores
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E
Ciudad

Referencia: Presentación Oferta - INVITACIÓN PÚBLICA A PROPONER No. _____ DE 2020.
Objeto: _____

No.	Contrato	Objeto	Contratante	Contratista	Valor ejecutado en pesos	Vr ejecutado Expresado en SMMLV	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	% de participación dentro de la ejecución	Vr ejecutado según % de participación

_____
Firma representante legal o apoderado:

(1) Indicar día, mes y año

ANEXO - COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN Y TRANSPARENCIA.

San Juan de Pasto (Nariño). Fecha _____

Señores
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E
Ciudad

Referencia: Presentación Oferta - INVITACIÓN PÚBLICA A PROPONER No. _____ DE 2020.
Objeto: _____

El (los) suscrito(s) a saber: *(NOMBRE DEL PROPONENTE SI SE TRATA DE UNA PERSONA NATURAL, o NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD SI SE TRATA DE PERSONA JURÍDICA, o DEL REPRESENTANTE LEGAL DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL PROPONENTE) domiciliado* en__, identificado con (DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN Y LUGAR DE SU EXPEDICION), quien obra en *.... (1- ...SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD, SI EL PROPONENTE ES PERSONA JURÍDICA, CASO EN EL CUAL DEBE IDENTIFICARSE DE MANERA COMPLETA DICHA SOCIEDAD, INDICANDO INSTRUMENTO DE CONSTITUCION Y HACIENDO MENCION A SU REGISTRO EN LA CAMARA DE COMERCIO DE SU DOMICILIO; 2- ... NOMBRE PROPIO SI EL PROPONENTE ES PERSONA NATURAL, Y/O SI LA PARTE PROPONENTE ESTA CONFORMADA POR DIFERENTES PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS, NOMBRE DEL CONSORCIO O DE LA UNIÓN TEMPORAL RESPECTIVA)*, quien(es) en adelante se denominará(n) EL PROPONENTE, manifiestan su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente **COMPROMISO ANTICORRUPCION Y TRNSPARENCIA**, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que el HOSPITAL adelanta el proceso

SEGUNDO: Que es interés del PROPONENTE apoyar la acción del Estado Colombiano y del HOSPITAL para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés del PROPONENTE participar en el proceso de selección 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 documento unilateral anticorrupción, que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA: COMPROMISOS ASUMIDOS

El PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1.1. 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 selección antes citado, ni con la ejecución del Contrato que pueda celebrarse como resultado de su Propuesta,

1.2. El PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado suyo o un agente comisionista independiente lo haga en su nombre;

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

las obligaciones de:

i) no ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago corrupto a los funcionarios del HOSPITAL ni a cualquier otro funcionario público que pueda influir en las condiciones de ejecución o de supervisión del contrato, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre las condiciones de ejecución o supervisión del contrato; y ii) no ofrecer pagos o halagos a los funcionarios del HOSPITAL durante el desarrollo del Contrato.

1.4. El PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto la colusión en el proceso de selección arriba identificado, o como efecto la distribución de la adjudicación de contratos entre los cuales se encuentre el Contrato que es materia del proceso de selección indicado en el considerando primero del presente acuerdo.

CLAUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

El Proponente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en los pliegos de condiciones, si se comprobare 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__–, a los _____

(FECHA EN LETRAS Y NUMEROS) días del mes (MES) DE 2020

Firma C.C.

SUSCRIBIRÁN EL DOCUMENTO TODOS LOS INTEGRANTES DE LA PARTE PROPONENTE SI ES PLURAL, SEAN PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS, EN ESTE ÚLTIMO CASO A TRAVÉS DE LOS REPRESENTANTES LEGALES ACREDITADOS DENTRO DE LOS DOCUMENTOS DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL Y/O PODERES CONFERIDOS Y ALLEGADOS AL PRESENTE PROCESO DE SELECCION.

ANEXO 2

COMO PRESENTAR LA COTIZACION

1. EN EL SOBRE:

NOMBRE DEL OFERENTE
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL
DIRECCION
CIUDAD
TELEFONO
EMAIL

SOLICITUD DE COTIZACION No _____
OBJETO DE LA COTIZACION: _____

PROCESOS QUE COTIZA:

FECHA

2. EN LA CARPETA:

INDICE

A REQUISITOS DE HABILITACIÓN PARA PARTICIPAR

1. REQUISITOS DE CAPACIDAD TÉCNICA

2. REQUISITOS DE CAPACIDAD FINANCIERA

3. REQUISITOS DE CAPACIDAD JURÍDICA

4. ANEXOS

5. COTIZACION ECONOMICA

6. CAPACIDAD DE PERSONAL: HOJAS DE VIDA ROTULADAS

3. ROTULACIÓN DE HOJAS DE VIDA

NO. INVITACION:
NOMBRE COTIZANTE:
NOMBRE DEL PROFESIONAL PROPUESTO:
PROCESO QUE COTIZACIÓN:

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

ACREDITACION EN SALUD

Juntos por la excelencia

ANEXO 3

FORMATO DE HOJA DE VIDA HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO

HOJA DE VIDA

INFORMACION BASICA

I DATOS PERSONALES

Primer Apellido		Segundo Apellido	Nombre
Documento de Identidad		Lugar de Expedición	Nacionalidad
Sexo	Libreta Militar		Pais de Nacimiento
Departamento	Municipio		FECHA DE NACIMIENTO
Pais de Residencia	Departamento		Municipio
Dirección de Residencia	Télefono	Estado Civil	Personas a cargo

II INFORMACION ACADEMICA

1. EDUCACION BASICA Y MEDIA

Educación Básica y Media	Titulo Obtenido

2. EDUCACION SUPERIOR Y POSGRADO

Modalidad Académica	Semestres aprobados	Nombre de estudios o titulo obtenido

3. PROFESION REGLAMENTADA

Profesión o Titulo	No. De Matricula Profesional

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolivar - San Juan de Pasto / Nariño
Conmutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co

ISO 9001 SC-CER448531 ISO 14001 SA-CER448535 OHSAS 18001 OS-CER448536 CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

ACREDITACION EN SALUD

Juntos por la excelencia

III TIEMPO DE EXPERIENCIA Y SITUACION LABORAL

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA			Ultima Entidad Pública,en la que laboro
	Años	Meses	Días	

IV FORMACION ACADEMICA

FECHA DE TERMINACION	Mes	Año	Establecimiento donde termino el ultimo año	Municipio

2. EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

Modalidad Académica	Terminación		Establecimiento	Municipio
	mes	año		

3. OTROS ESTUDIOS

CURSOS	ESTABLECIMIENTOS	HORAS	AÑO

V EXPERIENCIA RELACIONADA

1. EXPERIENCIA DOCENTE PREGRADO

UNIVERSIDAD	TIEMPO EXPERIENCIA	CATEDRA	FACULTAD

2. EXPERIENCIA DOCENTE POSGRADO

UNIVERSIDAD	TIEMPO EXPERIENCIA	CATEDRA	FACULTAD

ANEXO 2

FORMATO DE PROPUESTA ECONÓMICA

PROCESO:_____
OBJETO: _____

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO INCLUIDO IVA

TOTALIZAR PROPUESTA:

TIEMPO DE ENTREGA:

(Nombre Completo del representante legal)
Cédula de Ciudadanía No.
(Nombre completa de la firma proponente)
NIT
Dirección, Teléfono, Fax