

ANUNCIO PÚBLICO CONTRATACION ELECTRONICA

CODIGO:BS-FO-051

VERSION: 2

FECHA: NOV 2018

PAGINA21 de 26

ANEXO 1: FORMATO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad y fecha.
Señores E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ – NORTE DE SANTANDER CUCUTA.
REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACION ELECTRONICA No: SS21-
Nosotros los suscritos: (nombre del proponente) de acuerdo con el Anuncio Público, hacemos la siguiente propuesta para
CONTRATACION) y, en caso que nos sea aceptada por LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ – NORTE DE SANTANDER, nos comprometemos cumplir con las obligaciones derivadas de la celebración y ejecución del contrato.
Declaramos así mismo:
 Que esta propuesta 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 propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive. Que conocemos la información general, anuncio público, adendas y demás documentos del presente proceso contractual y aceptamos los requisitos en ellos contenidos. Que no nos hallamos incursos en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley y que no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar. Que no hemos sido sancionados mediante acto administrativo ejecutoriado por ninguna Entidad Oficial dentro de los últimos dos (2) años anteriores a la fecha de cierre del presente proceso contractual. (en caso contrario) informamos que hemos tenido incumplimiento con las siguientes entidades:
Atentamente,
Nombre o razón social: C. C de NIT: Dirección: Teléfono: Fax: Correo electrónico:
En constancia, se firma en, a los días del mes de de 200 (Nombre y firma de cada uno de los integrantes)
(Nombre y firma del Representante Legal)



ANUNCIO PÚBLICO CONTRATACION ELECTRONICA

CODIGO:BS-FO-051 VERSION: 2

FECHA: NOV 2018 PAGINA22 de 26

ANEXO 2: FORMATO INFORMACION DEL CONSORCIO

Ciudad	y techa.
Señore E.S.E. CUCU	HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ - NORTE DE SANTANDER
REFE	RENCIA: PROCESO DE CONTRATACION ELECTRÓNICA No: SS21-
Ciudad	l y fecha.
	suscritos, (nombre del Representante Legal) y
conver referer expres	ctuar en nombre y representación de
	La duración de este CONSORCIO será igual al término de vigencia del contrato y un (1) año más. El Consorcio está integrado por:
	NOMBRE PARTICIPACIÓN (%)
3.	La responsabilidad de los integrantes del CONSORCIO es solidaria, ilimitada y mancomunada.
4.	El representante del CONSORCIO es de, quien está expresamente facultado para firmar,
	presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación, firmar el contrato y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto a la ejecución y liquidación del contrato con amplias y suficientes facultades.
5.	La sede del CONSORCIO es: Dirección: Teléfono:
	Fax:Correo electrónico:Ciudad:
En c or 200	nstancia, se firma en, a los días del mes de de
(Nomb	re v firma de cada uno de los integrantes)

(Nombre y firma de cada uno de los integrantes)
(Nombre y firma del Representante Legal del Consorcio)



ANUNCIO PÚBLICO CONTRATACION ELECTRONICA

CODIGO:BS-FO-051

VERSION: 2

FECHA: NOV 2018

PAGINA23 de 26

ANEXO 3: FORMATO INFORMACIÓN DE UNIÓN TEMPORAL

Ciudad	y fecha.
Señores E.S.E. I CUCUT	HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ – NORTE DE SANTANDER.
REFER	ENCIA: PROCESO DE CONTRATACION ELECTRONICA No. SS21-
actuar e	suscritos, (nombre del Representante Legal) y (nombre del Representante Legal), debidamente autorizados para en nombre y representación de (nombre o razón social del nte) y (nombre o razón social del integrante), ivamente, manifestamos por este documento, que hemos convenido asociamos er TEMPORAL para participar en el proceso contractual de la referencia, cuyo objeto es, y por lo tanto, expresamos lo siguiente:
1. 2.	La duración de esta UNION TEMPORAL será igual al término de vigencia del contrato y un (1) año más. La UNION TEMPORAL está integrado por:
	NOMBRE TERMINOSCOMPROMISO Y EXTENSION DELA PARTICIPACION * (%)
un	Discriminar en función de los ítems establecidos en el presupuesto oficial, para cada o de los integrantes. No pueden modificarse sin el consentimiento previo y expreso de DSPITAL. La responsabilidad de los integrantes de la UNION TEMPORAL es solidaria e ilimitada. El representante de la UNION TEMPORAL es
5 .	(indicar el nombre), identificado con C. C. No de, quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación, firmar el contrato y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto a la ejecución y liquidación del contrato con amplias y suficientes facultades. La sede de la UNION TEMPORAL es:
	Dirección: Teléfono: Fax: Correo electrónico: Ciudad:
(Nombre	stancia, se firma en, a los días del mes de de 200 e y firma de cada uno de los integrantes) e y firma del Representante Legal del Consorcio)
(Nombr	as del mes de de 201 e y firma de cada uno de los integrantes) e y firma del Representante Legal)



ANUNCIO PÚBLICO CONTRATACION **ELECTRONICA**

CODIGO:BS-FO-051 **VERSION: 2** FECHA: NOV 2018 PAGINA24 de 26

ANEXO 4: FORMULARIO DE LA DEBIDA DILIGENCIA- SARLAFT

	ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	CODIGO: AB-FO-BS-063		
ES.E. Hospital Universitario	ADQUIDIDION DE BIENES 1 DERVIDIOS	VERSION: 1		
ERASMO MEOZ	FORMATO DE LA DEBIDA DILIGENCIA	FECHA: JUN 2017		
	PORMATO DE LA DEBIDA DILIGENCIA	PAGINA 1 de 3		

ESTE FORMULARIO DEBE SER DILIGENCIADO EN SU TOTALIDAD

Es requisito indispensable para la firma y legalización de cualquier relación contractual con la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ, el completo y correcto diligenciamiento de este formato conforme a lo establecido en la Circular Externa 009 de Abril 21 de 2016 de la Súper Intendencia Nacional de Salud y demás Normativos Vigentes.					
		NFORMAC	ION GE	NERAL	
TIPO DE VINCULO CO	N LA ENTIDAD				
EMPLEADO	CLIE	NTE	PR	OVEEDOR DE BI	ENES YSERVICIOS
CREACION	ACTUAL	IZACION	FEC	HA DE DILIGENO	CIAMIENTO DD/MM/AA
NOMBRE O RAZON SO	OCIAL				
IDENTIFICACIÓN PERSONANATURAL	JURIDICA	NIT C.C	CE	PASAPORTE	No.
DIRECCION	DE	PARTAMENT	го	CIUDAI	D
E MAILPARANOTIFICA	CIONES	С	ELULAR		TELEFONO
TIPO DE EMPRESA PUBLICA	PRIVADA	MIXTA		SIN ANIMO	DELUCRO
OTRA CUAL		CTIVIDADEC			CODIGOCIIU
	PERSONA N	ATURAL O	REPRE	SENTANTE LEG	GAL
NOMBRES Y APELLID	os				
DOCUMENTO DEIDEN	ITIDAD P.P	C.C C.I	E. No.	FECH	A DEEXPECION
DD/MM/AALUGAR DEEXPEDICION					
MANEJA RECURSOS PÚBLICOS Y/O POSEE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO Y/O GOZA DE RECONOCIMIENTOPÚBLICO? SI NO					
ES USTED SERVIDOR	PUBLICO?SI	NO			
CAPACIDADFINANCIERA SMLMV					
REQUIERE PERMISO O AUTORIZACIÓN DE LA JUNTADIRECTIVA SI NO MONTO					



ANUNCIO PÚBLICO CONTRATACION ELECTRONICA

CODIGO:BS-FO-051
VERSION: 2
FECHA: NOV 2018
PAGINA25 de 26



ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	CODIGO: AB-FO-BS-063
ADQUIDION DE BIENES I GERVICIOS	VERSION: 1
FORMATO DE LA DEBIDA DILIGENCIA	FECHA: JUN 2017
FORMATO DE LA DEBIDA DILIGENCIA	PAGINA 2 de 3

INFORMACIÓN FINANCIERA (SOLO PARA CONTRATACIÓN MÍNIMA YDIRECTA)									
MENSUALES DE ACTIVIDAD ECONÓMICA (PESOS)				EGRESOS MENSUALES (PESOS)					
CONCEPTO	POR 01	ROS INGRES	os		OTROS INGRESOS (PESOS)				
SI POSEE A	LGUNO	DE LOS SIGU	ENTES B	ENES S	EÑALE (CON UNA	x		
CASAPROP	IA VE	HICULO	FINCA	EMPI	RESA	OTROS	BIENESRAIC	ES	CUALES
		C	PERACIO	NES IN	ITERNA	CIONALI	ES		
رREALIZA T	RANSAC	CIONES ENM	ONEDAEX	TRANJE	RA?	s	I NO		
¿POSEE PR	ODUCTO	OS FINANCIEF	ROS EN EL	. EXTER	IOR Y/O	CUENTA	S EN MONE	DAEXTRA	NJERA?
SI NC)	¿CUAL?							
			REFER	ENCIA	S BANC	ARIAS			
ENTIDAD BANCARIA SUCURSAL			URSAL	- CIUDA	\D		ANTIG	ÚEDAD	
			1						
REFERENCIAS Y/O VÍNCULOS COMERCIALES Y CONTRACTUALES									
	SECTOR		ENT	IDAD O	EMPRES	SA	CIUDAD	TEI	EFONO
PUBLICO	PRIVADO	OTRO							
	PRIVADO	OTRO							
PUBLICO	PRIVADO	OTRO							

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINACIÓN DE FONDOS

Declaro de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, manifiesto:

- 1. La persona natural y representantes legales no participan ni han participado en el pasado en actividades ilegales tales como financiación del terrorismo, corrupción, tráfico de emigrantes, trata de personas, extorsión, enriquecimiento ilícito, secuestro extorsivo, rebelión, tráfico de armas, delitos contra el sistema financiero o la administración pública, trato ilegal de drogas o sustancias toxicas, estupefacientes o psicotrópicas.
- 2 Los recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano ocualquiernormaquelosustituya,adicioneomodifique.
- 3. Los recursos obtenidos de la relación comercial con la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz(HUEM) noseránusadosenningunaactividadilícitaenlascontempladasenelcódigopenalcolombianooencualquier normaquelomodifiqueoadicione.
- 4. Todas las actividades serán encaminadas a asegurar que los socios, administradores, clientes, proveedores, empleados, etc., y los recursos de estos, no se encuentren relacionados o provengan, de actividadesilícitas, particularmente de la vado de actividadesilícitas, particularmente de la vado de activos ofinanciación del terrorismo.



ANUNCIO PÚBLICO CONTRATACION ELECTRONICA

CODIGO:BS-FO-051

VERSION: 2

FECHA: NOV 2018

PAGINA26 de 26



ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	CODIGO: AB-FO-BS-063
ADQUISICION DE BIENES 1 SERVICIOS	VERSION: 1
FORMATO DE LA DEBIDA DILIGENCIA	FECHA: JUN 2017
FORMATO DE LA DEBIDA DILIGENCIA	PAGINA 3 de 3

- 5. AutorizamosdemaneraexpresaeirrevocablealaE.S.E.HospitalUniversitarioErasmoMeoz(HUEM),oa la persona natural o jurídica designada para tal fin; a consultar y cotejar su información personal y la de sus socios, y representantes legales, de forman periódica con las bases de datos destinadas para asuntos de antecedentes y seguridad que la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM), considere necesarias para dar cumplimiento al Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo -SARLAF.
- 6. Se entregará a la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM), la información veraz y verificable que soliciten para el cumplimiento de la normatividad relacionada con Prevención de Lavado de ActivosyFinanciacióndeTerrorismoyseactualizaránnuestrosdatosporlomenosanualmente.
- 7. Denunciaremos ante las autoridades correspondientes y notificaremos al Oficial de Cumplimiento de E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM), a través de correo electrónico, si llegase a tener conocimiento de alguna actividad ilegal o irregular por parte de sus colaboradores, empleados, proveedores, asociados o afiliados.
- 8. Una vez suscrito el presente documento, autorizamos a la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM), a comunicar a las autoridades nacionales lo que requieran relacionado con las circunstancias descritas en el presente documento, exonerándola de toda responsabilidad por tal hecho; por lo cual responderemos personalmente en los asuntos penales y civiles que se originen de nuestro proceder.

9. Declaroyaceptolaspolíticasenmateriafinanciera, comercial y decontratación que tenga implementa da la comercial y decontratación que tenga in que t

E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM).

Con la firma del presente documento, declaro que toda la información y datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su confirmación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o cualquier ente competente, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado. (si es Persona Jurídica, Firma el Representante Legal).

VERIFICACIÓN Para uso exclusivo de

E.S.E. Hospital

OFAC

Se certifica que se llevó a cabo la revisión de la información, los documentos y las consultas en listas vinculantes respecto de la(s) persona(s) naturales y jurídicas acá señaladas.

ONU FECHA DD/MM/AA

OTRAS LISTAS

FECHA DD/MM/AA

FECHA DD/MM/AA

FECHA DD/MM/AA

FECHA DD/MM/AA

FirmaRepresentanteLegaly/oPersonaNatural

NOMBRE DEL SOLICITANTE

P.P C.C C.E No.

HUELLA

Nombre del funcionario responsable de la verificación y las consultas

FIRMA