ANEXO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Ciudad y Fecha dd/mm/aaaa

Señores
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Ciudad

Yo, _____ identificado con C.C. No. _____ de _____, actuando en nombre propio y en representación de _____, debidamente registrada en la Cámara de Comercio de _____ con numero mercantil _____(o en nombre propio, o en representación de una persona natural, según el caso) domiciliada en _____ por medio de la presente me permito presentar propuesta para la Convocatoria No. 15 de 2022, cuyo objeto es "**ACTUALIZACION, SOPORTE TECNICO, PARAMETRIZACIÓN, MONITOREO DE BASE DE DATOS, CAPACITACIÓN Y MANTENIMIENTO AL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL ORFEO PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.**" de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, de acuerdo con las condiciones establecidas en los términos de referencia y declaro:

1. Que conozco los términos de referencia, los ANEXOS, especificaciones y demás documentos de la Convocatoria y que acepto todos los requisitos en él contenido.
2. Que en caso de que sea aceptada nuestra propuesta, nos comprometemos a suscribir el contrato correspondiente, en el lapso de tiempo señalado en los términos de referencia.
3. Que conozco la información general y específica y demás documentos de la Convocatoria 15 de 2022, cuyo objeto es "**ACTUALIZACION, SOPORTE TECNICO, PARAMETRIZACIÓN, MONITOREO DE BASE DE DATOS, CAPACITACIÓN Y MANTENIMIENTO AL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL ORFEO PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA."**
4. y acepto los requisitos en ellos contenidos.
5. Que tengo en mi poder los documentos que integran los términos de referencia y sus ANEXOS.
6. Que realizaré los trámites necesarios para el perfeccionamiento, legalización y ejecución del contrato en el término señalado en los términos de referencia.
7. Igualmente señaló como dirección donde se pueden remitir por correo documentos, notificaciones o comunicaciones relacionadas con la presente convocatoria, la siguiente:

Firma: _____
Nombre del proponente _____
Representante legal _____
Cedula _____
Dirección _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

ANEXO No. 2

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE NO ENCONTRARSE INCURSO DE INHABILIDAD, INCOMPATIBILIDAD O PROHIBICIONES

Ciudad y Fecha dd/mm/aaaa

Señores
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Ciudad

REF.: Convocatoria No. 15 de 2022.

OBJETO: "**ACTUALIZACION, SOPORTE TECNICO, PARAMETRIZACIÓN, MONITOREO DE BASE DE DATOS, CAPACITACIÓN Y MANTENIMIENTO AL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL ORFEO PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.**"

Asunto: Declaración de no encontrarse incurso de inhabilidad, incompatibilidad o prohibiciones.

Yo, _____, identificado como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad, incompatibilidad o prohibición alguna para contratar, ya sea de orden constitucional o legal, en particular a las previstas en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, artículo 60 de la Ley 610 de 2000, artículo 4 de la Ley 716 de 2001 y demás normas concordantes, ante los eventuales conflictos de intereses frente la E.S.E.

Atentamente,

Firma: _____
Nombre del proponente _____
Representante legal _____
Cedula _____
Dirección _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

ANEXO No. 3

DECLARACIÓN JURAMENTADA DONDE CONSTA TENER PLENA CAPACIDAD PARA CONTRATAR

Ciudad y Fecha dd/mm/aaaa

Señores
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Ciudad

REF.: Convocatoria No. 15 de 2022.

OBJETO: "**ACTUALIZACION, SOPORTE TECNICO, PARAMETRIZACIÓN, MONITOREO DE BASE DE DATOS, CAPACITACIÓN Y MANTENIMIENTO AL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL ORFEO PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.**"

Asunto: Declaración de tener plena capacidad para contratar.

Yo, _____, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento que cuento y tengo plena capacidad para obligarme y por lo tanto para celebrar contratos con entidades públicas, sin tener limitación alguna para ejercer mi capacidad jurídica como persona.

Atentamente,

Firma: _____
Nombre del proponente _____
Representante legal _____
Cedula _____
Dirección _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

ANEXO No. 4

PROPUESTA ECONÓMICA

Ciudad y Fecha dd/mm/aaaa

Señores
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Ciudad

REF.: Convocatoria No. 15 de 2022.

OBJETO: "**ACTUALIZACION, SOPORTE TECNICO, PARAMETRIZACIÓN, MONITOREO DE BASE DE DATOS, CAPACITACIÓN Y MANTENIMIENTO AL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL ORFEO PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.**"

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V/R UNITARIO	TOTAL
			SUB-TOTAL	
			IVA	
			TOTAL	

ATENTAMENTE:

Firma: _____
Nombre del proponente _____
Representante legal _____
Cedula _____
Dirección _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

ANEXO No. 5
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

Ciudad y Fecha dd/mm/aaaa

Señores
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Ciudad

REF.: Convocatoria 15 de 2022.

El objeto del contrato será **"ACTUALIZACION, SOPORTE TECNICO, PARAMETRIZACIÓN, MONITOREO DE BASE DE DATOS, CAPACITACIÓN Y MANTENIMIENTO AL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL ORFEO PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA."** según las siguientes características técnicas:

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS
1		

ATENTAMENTE:

Firma: _____
Nombre del proponente _____
Representante legal _____
Cedula _____
Dirección _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

ANEXO No. 6
FORMULARIO SARLAFT

CLASE	**CLIENTE**		**PROVEEDOR**		**EMPLEADO**		
FECHA DE	**DILIGENCIAMIENTO**			**DIA**		**MES**	**AÑO**

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL (Para las Personas Jurídicas esta información será la del Representante Legal**)**

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

INDETIFICACIÓN TIPO C.C. C.E. T.I FECHA DE EXPEDICIÓN

NUMERO EXPEDIDA EN

FECHA DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA TELEFONO

CELULAR E-MAIL

DETALLE DE LA ACTIVIDAD

ASALARIADO INDEPENDIENTE ESTUDIANTE SOCIO PENSIONADO

CODIGO "CIIU"

OCUPACIÓN / PROFESIÓN	NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO QUE DESEMPEÑA

DIRECCIÓN EMPRESA	CIUDAD	TELEFONO	E-MAIL

PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL: **NIT:**

DIRECCIÓN OFICINA PRINICPAL	**CIUDAD**	**TELÉFONO**	**FAX**

DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA	**CIUDAD**	**TELÉFONO**	**FAX**

TIPO DE EMPRESA **PUBLICA** **PRIVADA** **MIXTA** **INVER. EXTRANJERA**

OTRA. CUAL? **CÓDIGO ACTIVIDAD "CIIU"**

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO ANEXAR RELACIÓN DE CONFORMIDAD AL PRESENTE CUADRO)

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE INDETIFICACIÓN	NUMERO
	C.C. C.E. T.I. NIT	
	C.C. C.E. T.I. NIT	
	C.C. C.E. T.I. NIT	
	C.C. C.E. T.I. NIT	
	C.C. C.E. T.I. NIT	

3. INFOTMACIÓN FINANCIERA

TOTAL ACTIVOS	**$**	**TOTAL PASIVOS**	**$**
INGRESOS MENSUALES	**$**	**OTROS INGRESOS**	**$**
EGRESOS MENSUALES	**$**	**OTROS EGRESOS**	**$**
CONCEPTO DE LOS INGRESOS			

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? **SI** **NO** **TIPO DE TRANSACCIÓN**

TIPO DE TRANSACCIÓN: **IMPORTACIÓN** **EXPORTACIÓN** **INVERSIONES** **PRÉSTAMOS** **TRANSFERENCIAS**

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

5. PERSONAS PEP's

¿POR SU CARGO MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? **SI** **NO**

¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO GENERAL? **SI** **NO**

¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA? **SI** **NO**

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES? **SI** **NO**

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? **SI** ☐ **NO** ☐

SI SU RESPUESTA ES SI EN ALGUNO DE LOS CASO POR FAVOR INDIQUE:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

6. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc):

_____

_____

2.Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del Marco Legal y los recursos que poseo no provienen de actividades Ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga relación comercial vigente ó que se encuentre debidamente autorizada para administrar o manejar base de datos incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

7. INFORMACIÓN BANCARIA

ENTIDAD	SUCURSAL Y TELEFONO	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA

8. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL SIGUIENTE DOCUMENTO:

_____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR Ó EMPLEADO

HUELLA INDICE DERECHO