	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código: PA-GCN-PR-02-F-41 Versión: 01
	SOLICITUD DE COTIZACIÓN	Fecha: 01/11/2020

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

FECHA: 09/09/2021	SUBGERENCIA: SUBGERENCIA DE ATENCIÓN EN SALUD
--------------------------	--

1. ADVERTENCIA

La cotización solicitada servirá de base para la elaboración del estudio de mercado, por tanto, no constituye en sí misma una oferta y consecuentemente NO obliga a las partes, salvo en el evento de ser **ACEPTADA LA COTIZACIÓN** en forma expresa, en cuyo caso se establece una relación negocial que surtirá efectos jurídicos.

PARTICIPANTES

Podrán participar en la presente convocatoria todas las Cajas de Compensación Familiar, personas naturales o jurídicas legalmente constituidas y domiciliadas en Colombia, individualmente o bajo las modalidades de consorcios o uniones temporales, cuyo objeto social esté relacionado directamente con el objeto de la presente convocatoria, de manera que permita la ejecución del contrato requerido; siempre y cuando no estén incurso en las prohibiciones, inhabilidades e incompatibilidades consagradas en la Constitución Política y la Ley, referidas en el Capítulo I, artículo 8 del Acuerdo 0024 del 23 de septiembre de 2020, emanado de la Junta Directiva de La Empresa Social del Estado IMSALUD, previstas en la Resolución No. 423 del 30 de septiembre de 2020 - Manual de Contratación de la E.S.E IMSALUD- y por remisión expresa, los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, con las modificaciones introducidas por la Ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes.

Los miembros del Consorcio o de la Unión Temporal deberán designar la persona que, para todos los efectos, representará al Consorcio o Unión Temporal y definir las condiciones de facturación. En general, deberán señalar las reglas básicas que regulen las relaciones entre ellos y su responsabilidad.

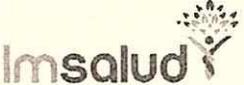
Las personas jurídicas y/o naturales, y las personas integrantes de un consorcio o unión temporal deben acreditar individualmente la identificación tributaria e información sobre el régimen de impuesto a las ventas al que pertenece y el Certificado de Existencia y Representación Legal. En el evento de que se presenten propuestas a través de uniones temporales o consorcios debe acreditarse en por lo menos uno de sus miembros que el objeto social este directamente relacionado con el objeto contractual.

RESPONSABILIDAD DEL PROPONENTE.

Los **PROPONENTES** al elaborar su **PROPUESTA**, deben incluir los aspectos y requerimientos necesarios para cumplir con todas y cada una de las obligaciones contractuales y asumir los riesgos inherentes a la ejecución del Contrato, así mismo deben tener en cuenta que el cálculo de los costos y gastos, cualesquiera que ellos sean, se deben basar estrictamente en sus propios estudios y estimativos técnicos, bajo su cuenta y riesgo. De manera especial y respecto de los aspectos técnicos, deben tener en cuenta la obligatoriedad de cumplir con los estándares mínimos establecidos en esta invitación.

Por tanto, es entendido que el análisis de la información ofrecida y obtenida de conformidad con lo establecido en este numeral y de cualquier otra información que los **PROPONENTES** estimen necesaria para la elaboración y presentación de sus **PROPUESTAS** es responsabilidad de ellos. La presentación de la **PROPUESTA** implica que el proponente ha realizado el estudio y análisis de dicha información, que recibió las aclaraciones necesarias por parte de LA ESE sobre inquietudes o dudas previamente consultadas, que ha aceptado que ésta invitación es completa, compatible y adecuada; que ha tenido en cuenta todo lo anterior para fijar los precios, plazos y demás aspectos de la propuesta necesarios para el debido cumplimiento del

Avenida Libertadores No. 0-124 Barrio Blanco
San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia -Teléfono (7) 5784980
<http://www.imsalud.gov.co>

	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código: PA-GCN-PR-02-F-41 Versión: 01
	SOLICITUD DE COTIZACIÓN	Fecha: 01/11/2020

objeto. En razón de ello, se entiende para todos los efectos que el proponente conoce y acepta los términos y condiciones planteados por la E.S.E IMSALUD.

Todas las interpretaciones equivocadas, que, con base en sus propios juicios, conclusiones, análisis, etc., obtenga el PROPONENTE respecto del pliego de esta convocatoria, son de su exclusiva responsabilidad, por tanto, ésta no será extendida a la ESE IMSALUD.

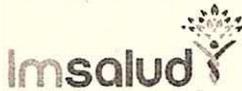
DOCUMENTOS A APORTAR JUNTO CON LA OFERTA

REQUISITOS LEGALES:

1	Carta de presentación de la oferta.
2	Cédula de Ciudadanía o extranjería del Representante Legal
3	Matricula mercantil, si es del caso.
4	Certificado de existencia y representación legal o matricula mercantil, si es del caso, no superior a 3 meses a la fecha de expedición
5	Fotocopia del Registro Único Tributario Actualizado – RUT.
6	Certificación de pago y/o afiliación al sistema seguridad social y parafiscales (<i>Ley 789 de 2002, art. 50</i>)
7	Certificado de Antecedentes Fiscales o autorizar la consulta en línea (Persona jurídica, Representante Legal y/o personas naturales)
8	Certificación Antecedentes disciplinarios. (Persona jurídica, Representante Legal y/o personas naturales) (<i>Prestación de servicios superior a 3 meses</i>)
9	Certificación Antecedentes judiciales -personas naturales. (<i>Prestación de servicios superior a 3 meses</i>).
10	Sistema de Registro Nacional de Medidas Correctivas – (<i>Mínimo 6 meses en mora de pago de multa - RNMC. - LEY 1801 DE 2016 - Artículo 183</i>).
11	Declaración de Bienes y Rentas, registro de conflicto de interés y declaración de impuesto sobre la renta, actualización anual, las modificaciones deben registrarse dentro de los dos (2) meses siguientes. (La copia de la declaración del impuesto sobre la renta y complementarios se deberá actualizar dentro del mes siguiente a la presentación de la última declaración del año gravable ante la DIAN.) (<i>Ley 2013 de 2019</i>)
12	FORMULARIO DE LA DEBIDA DILIGENCIA SARLAFT

En caso de no presentarse alguno de los documentos o adolecer de los requisitos exigidos, IMSALUD podrá solicitar por una sola vez, que se subsane y el PROPONENTE deberá acreditarlo en el término que se le señale, so pena de incurrir en causal de rechazo.

Avenida Libertadores No. 0-124 Barrio Blanco
San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia -Teléfono (7) 5784980
<http://www.imsalud.gov.co>

	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código: PA-GCN-PR-02-F-41 Versión: 01
	SOLICITUD DE COTIZACIÓN	Fecha: 01/11/2020

DESCUENTOS

POR SUMINISTRO:

1. Retención en la fuente = 2.5 % por compra
2. RETEICA = 0.7 %
3. RETEIVA = 15 % del IVA (si factura IVA)
4. Descuentos de estampillas Tercera edad o proancianos = 2%
5. PROHOSPITAL = 2%
6. PROCULTURA = 1%
7. IMRD = 2% del subtotal de a factura

Todo esto se aplica o se descuenta sobre el subtotal de la factura.

POR SERVICIOS

Ejemplo: Mantenimiento de carros, Mantenimiento de aire, Internet, entre otro

1. Retención de la fuente = 4%
2. Valor del RETEICA = 0.7%
3. RETEIVA si factura IVA = 15%
4. PROANCANOS = 2%
5. PROHOSPITAL = 2%
6. PROCULTURA = 1%
7. IMRD = 2% sobre el subtotal de la factura

Recuerde que todos los descuentos se hacen sobre el subtotal de la factura.

2. OBJETO CONTRACTUAL

SUMINISTRO DE INSUMOS DE LABORATORIO PARA LOS SERVICIOS DE LABORATORIO DE LA ESE IMSALUD

3. VALIDEZ DE LA COTIZACIÓN

La validez de la cotización debe ser mínimo de 30 días.

4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y VALOR OFRECIDO

BIENES			
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	MEDIDA	CANTIDAD

Avenida Libertadores No. 0-124 Barrio Blanco
 San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia -Teléfono (7) 5784980
<http://www.imsalud.gov.co>

	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código: PA-GCN-PR-02-F-41 Versión: 01
	SOLICITUD DE COTIZACIÓN	Fecha: 01/11/2020

12010026	CONTROL DE CALIDAD PARA LAVADO DE MATERIAL	UNIDAD	8
----------	--	--------	---

VALOR DE LA PROPUESTA:

MONEDA NACIONAL: Los valores deben expresarse en pesos colombianos, letras y números, sin incluir decimales.

Para todos los efectos legales se entiende que el valor del contrato incluye costos directos, indirectos, impuestos y gastos de cualquier naturaleza que se pudieren generar de la legalización y ejecución contractual, tales como: impuestos, constitución de garantía, **transporte**, operarios, etc. En la oferta se debe discriminar el IVA.

5. CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

PLAZO DE EJECUCIÓN:	El plazo de ejecución del contrato será de un (1) mes contado a partir de la fecha del acta de inicio, después de perfeccionado el contrato y previo cumplimiento de los requisitos de ejecución, sin exceder el 31 de diciembre de 2021.
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:	<p><u>OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Concurrir cuando sea solicitado y responder los requerimientos a que haya lugar. 2. Mantener contacto con la ESE IMSALUD para evaluar la calidad del bien. 3. Cumplir plenamente las obligaciones generadas del presente contrato y aquellas que se desprendan de su naturaleza, conforme la normatividad vigente de derecho privado que le sea aplicable. 4. Certificar a la ESE IMSALUD el pago de los aportes de seguridad social del CONTRATISTA, de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con el artículo 1º de la Ley 828 de 2003. 5. Atender oportunamente los requerimientos del supervisor o interventor y suscribir con inmediatez todos los documentos que se deriven de la relación contractual. 6. Adquirir las Garantías exigidas a nombre de la Empresa Social del Estado ESE IMSALUD, para garantizar protección contra los riesgos inherentes al contra. <p><u>OBLIGACIONES ESPECIALES:</u></p> <p>En cumplimiento del objeto descrito anteriormente, se considera necesario el desarrollo de las siguientes obligaciones específicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los productos deben ser entregados en empaques originales de fábrica, con las etiquetas o rótulos íntegros, perfectamente legibles y con instrucciones de uso y manejo. 2. Presentar el registro sanitario expedido por el INVIMA acorde con la

Avenida Libertadores No. 0-124 Barrio Blanco
San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia -Teléfono (7) 5784980
<http://www.imsalud.gov.co>

	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código: PA-GCN-PR-02-F-41 Versión: 01
	SOLICITUD DE COTIZACIÓN	Fecha: 01/11/2020

	<p>normatividad sanitaria legal vigente en materia de medicamentos y dispositivos médicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Las entregas se harán de acuerdo a los requerimientos de la institución en un plazo máximo posterior a la confirmación de pedido de cinco (5) días hábiles. 4. En caso de que el registro INVIMA respectivo no esté vigente el contratista deberá anexar a la factura el respectivo oficio del INVIMA con la autorización de rotar el producto hasta agotar existencias. 5. Las entregas deben ejecutarse en el almacén de la ESE IMSALUD con la factura debidamente diligenciada, la cual debe contener lote, registro INVIMA y fecha de vencimiento. 6. El contratista debe comprometerse a brindar apoyo tecnológico (en caso de ser requerido de manera explícita por la institución) para el programa de tecnovigilancia y de eventos adversos de la ESE. 7. En caso de que el producto ofertado genere residuos de manejo especial, el proveedor debe garantizar la logística inversa del mismo y coordinar dicho trámite (procedimiento) con las áreas pertinentes. 8. Los productos entregados deben venir con una fecha de vencimiento mínima del 75% de su vida útil. 9. En caso de presentar inconvenientes en el suministro de algún producto contratado, se debe informar con un máximo de tres (3) días calendario posterior a la solicitud para la decisión pertinente sin afectar la prestación del servicio de salud. 10. El contratista no entregará productos en envases deteriorados, con defectos de fábrica y/o vencidos.
FORMA DE PAGO:	<p>FORMA DE PAGO: El pago se realizará en un único pago, dentro del mes siguiente a la presentación de la factura o documento equivalente, previo cumplimiento de los requisitos legales e institucionales, se supedita al informe del supervisor del contrato, contentivo de la certificación de cumplimiento, los aspectos técnicos, jurídicos, administrativos y financieros a que haya lugar.</p> <p>PARAGRAFO: El contratista se compromete a pagar los impuestos y demás costos fiscales a que haya lugar. En su defecto, autoriza a la entidad a hacer las deducciones de ley.</p>
GARANTÍA:	N.A.
6. ESTIPULACIONES ESPECIALES	
<p>DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: Los proponentes además de precisar la dirección, teléfono y domicilio, deben fijar la dirección electrónica a través del cual la Empresa efectuará las notificaciones, sin perjuicio de utilizar la registrada en la Cámara de Comercio para notificaciones judiciales.</p> <p>IRREVOCABILIDAD DE LA OFERTA: La propuesta será irrevocable. En consecuencia, una vez comunicada, no podrá retractarse el proponente, so pena de indemnizar los perjuicios que con su revocación cause a la E.S.E. IMSALUD.</p> <p>IDIOMA: La propuesta debe presentarse en idioma castellano.</p> <p>LUGAR DE ENTREGA O PRESTACION DEL SERVICIO: El objeto contractual se ejecutará en las instalaciones de la E.S.E. IMSALUD, Avenida Libertadores No. 0-124 Barrio Blanco de la ciudad de Cúcuta,</p>	

Avenida Libertadores No. 0-124 Barrio Blanco
 San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia -Teléfono (7) 5784980
<http://www.imsalud.gov.co>

	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código: PA-GCN-PR-02-F-41 Versión: 01
	SOLICITUD DE COTIZACIÓN	Fecha: 01/11/2020

Departamento Norte de Santander, País Colombia. Los bienes deben ser entregados en la oficina de almacén de la entidad.

FORMACIÓN DEL CONTRATO: El contrato se conforma con la oferta y la aceptación expresa de la misma, transmitidas a través de medios electrónicos.

INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES. - El contratista debe manifestar en la oferta, bajo la gravedad de juramento, que no se encuentra incurso en inhabilidades, incompatibilidades ni conflicto de interés para contratar.

REQUISITOS DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL: Para la ejecución del contrato se requiere expedición del registro presupuestal, publicación en el SECOP y aprobación por parte de la E.S.E. IMSALUD de las garantías, si a ello hubiere lugar.

7. PLAZO PARA PRESENTAR COTIZACIÓN

Se solicita presentar cotización dentro del plazo de un (1) día hábil, contados a partir del día siguiente de la publicación de la solicitud de cotización.

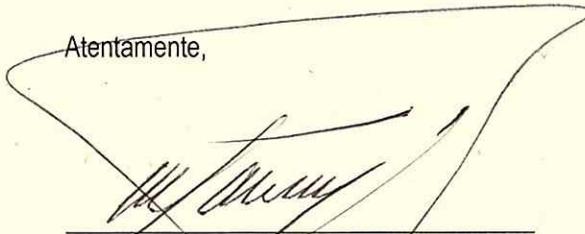
La Cotización debe radicarse en la oficina de GERENCIA de la ESE IMSALUD o, ser enviada al correo electrónico gerenciacotizaciones@imsalud.gov.co

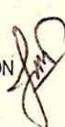
Nota: Debido a que el día 10 de septiembre de 2021 no es día laboral, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución 404 de 2021 de la ESE IMSALUD, el plazo para presentación de las ofertas es hasta las 4:00p.m. del día 13 de septiembre de 2021.

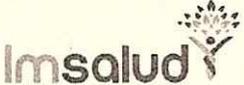
8. CONVOCATORIA VEEDURIA CIUDADANA

Se convoca a las veedurías ciudadanas para que ejerzan control a la actividad contractual, bajo los parámetros de la Ley 850 de 2003. En razón de ello, podrán intervenir en la gestión contractual, plantear observaciones y presentar recomendaciones, si a ello hubiere lugar.

Atentamente,


 MÚARICIO PINZÓN BARAJAS
 Jefe de servicios generales ESE IMSALUD

Revisó: Kaleyth N. Correa González – Líder GESCON
 Proyectó: Julio E. Hurtado Suárez – Abogado GESCON 

	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código: PA-GCN-PR-02-F-41 Versión: 01
	SOLICITUD DE COTIZACIÓN	Fecha: 01/11/2020

ANEXO 1: FORMATO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad y fecha.

Señores
E.S.E. IMSALUD – NORTE DE SANTANDER
CUCUTA.

REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACION ELECTRONICA No:

Nosotros los suscritos: _____ (*nombre del proponente*) de acuerdo con el Anuncio Público, hacemos la siguiente propuesta para _____ (*objeto del PROCESO DE CONTRATACION*) y, en caso que nos sea aceptada por **LA E.S.E. IMSALUD – NORTE DE SANTANDER**, nos comprometemos cumplir con las obligaciones derivadas de la celebración y ejecución del contrato.

Declaramos así mismo:

1. Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a los firmantes de esta carta.
2. 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.
3. Que conocemos la información general, anuncio público, adendas y demás documentos del presente proceso contractual y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
4. Que no nos hallamos incurso 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.
5. 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: _____ (*indicar el nombre de cada entidad*).
6. Que si se nos acepta la propuesta, nos comprometemos a constituir las garantías requeridas y a suscribirlas dentro de los términos señalados para ello.

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)

Avenida Libertadores No. 0-124 Barrio Blanco
 San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia -Teléfono (7) 5784980
<http://www.imsalud.gov.co>

	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código: PA-GCN-PR-02-F-41 Versión: 01
	SOLICITUD DE COTIZACIÓN	Fecha: 01/11/2020

ANEXO 2: FORMATO INFORMACION DEL CONSORCIO

Ciudad y fecha.

Señores
E.S.E. IMSALUD – NORTE DE SANTANDER
CUCUTA.

REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACION ELECTRÓNICA No:

.....

Ciudad y fecha.

Los suscritos, _____ (*nombre del Representante Legal*) y _____ (*nombre del Representante Legal*), debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de _____ (*nombre o razón social del integrante*) y _____ (*nombre o razón social del integrante*), respectivamente, manifestamos por este documento, que hemos convenido asociarnos en CONSORCIO, para participar en el proceso contractual de la referencia, cuyo objeto es _____, y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. La duración de este CONSORCIO será igual al término de vigencia del contrato y un (1) año más.
2. El Consorcio está integrado por:

NOMBRE	PARTICIPACIÓN (%)
--------	-------------------

_____	_____
_____	_____
_____	_____

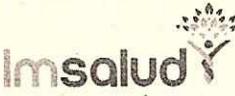
3. La responsabilidad de los integrantes del CONSORCIO es solidaria, ilimitada y mancomunada.
4. El representante del CONSORCIO es _____ (*indicar el nombre*), identificado con C. C. No. _____ de _____, quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos 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.
5. La sede del CONSORCIO es:

Dirección: _____
Teléfono: _____
Fax: _____
Correo electrónico: _____
Ciudad: _____

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 del Consorcio)

Avenida Libertadores No. 0-124 Barrio Blanco
San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia -Teléfono (7) 5784980
<http://www.imsalud.gov.co>

	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código: PA-GCN-PR-02-F-41 Versión: 01
	SOLICITUD DE COTIZACIÓN	Fecha: 01/11/2020

ANEXO 3: FORMATO INFORMACIÓN DE UNIÓN TEMPORAL

Ciudad y fecha.

Señores
E.S.E. IMSALUD – NORTE DE SANTANDER.
 CUCUTA

REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACION ELECTRONICA No.
 Los suscritos, _____ (*nombre del Representante Legal*) y _____ (*nombre del Representante Legal*), debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de _____ (*nombre o razón social del integrante*) y _____ (*nombre o razón social del integrante*), respectivamente, manifestamos por este documento, que hemos convenido asociarnos en UNIÓN TEMPORAL para participar en el proceso contractual de la referencia, cuyo objeto es _____, y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. La duración de esta UNION TEMPORAL será igual al término de vigencia del contrato y un (1) año más.
2. La UNION TEMPORAL está integrado por:

NOMBRE	TERMINOS COMPROMISO Y EXTENSION DE LA PARTICIPACION *
	(%)

(*) Discriminar en función de los ítems establecidos en el presupuesto oficial, para cada uno de los integrantes. No pueden modificarse sin el consentimiento previo y expreso de la ESE IMSALUD

3. La responsabilidad de los integrantes de la UNION TEMPORAL es solidaria e ilimitada.
4. El representante de la UNION TEMPORAL es _____ (*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.
5. La sede de la UNION TEMPORAL es:
 Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Fax: _____
 Correo electrónico: _____
 Ciudad: _____

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de ____ de 200__.

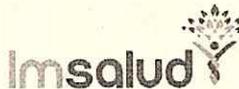
(Nombre y firma de cada uno de los integrantes)

(Nombre y firma del Representante Legal del Consorcio)

____ Días del mes de ____ de 201__.

(Nombre y firma de cada uno de los integrantes)

(Nombre y firma del Representante Legal)

	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código: PA-GCN-PR-02-F-41 Versión: 01
	SOLICITUD DE COTIZACIÓN	Fecha: 01/11/2020

ANEXO 4: FORMULARIO DE LA DEBIDA DILIGENCIA SARLAFT

	GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		CODIGO: PA-FINS-PR-12-F-01		FECHA: 13-10-2020					
	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT				VERSION: 01		PAGINA: 1 de 2			
Fecha de diligenciamiento			Tipo de Cliente o Contraparte				Tipo de Solicitud			
día	mes	año	Cliente	Contratista	EAPB	Proveedor	Vinculación			
			Colaborador	Junta Directiva	Accionista	Otro	Actualización			
Ciudad			Regional	Zonal						
I. INFORMACIÓN GENERAL										
PERSONA NATURAL										
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		N° Identificación		
Lugar de expedición		Fecha de expedición		Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento		Dirección		
Teléfono		Celular		Ciudad		Departamento		Profesión		
								Ocupación (código CIU)		
Responda sí o no a las siguientes preguntas										
¿Administra recursos públicos?		¿Tiene reconocimiento público?		¿Tiene grado de poder público?		¿Tiene vinculo con una persona considerada PEP?				
PERSONA JURIDICA										
Razón Social				NIT		Correo electrónico				
Tipo de sociedad:		Anónima		Limitada		S.A.S.		Otra		
								¿Cuál?		
Tipo de empresa:		Privada		Pública		Mixta		Sin ánimo de lucro		
Actividad económica principal										
Salud		Farmacéutico		Químico		Industrial		Otro		
								¿Cuál?		
Transportes		Servicios		Comercial		Financiero		Código CIU		
Descripción de la actividad económica										
Dirección oficina principal			Teléfono		Celular		Ciudad		Departamento	
Dirección agencia o sucursal			Teléfono		Celular		Ciudad		Departamento	
Representante Legal										
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		N° Identificación		
Lugar de expedición		Dirección				Teléfono		Ciudad		
Responda sí o no a las siguientes preguntas										
¿Administra recursos públicos?		¿Tiene reconocimiento público?		¿Tiene grado de poder público?		¿Tiene vinculo con una persona considerada PEP?				
Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (adjuntar relación si los campos son insuficientes)										
Razón social o nombres y apellidos			Tipo de documento	N° Documento	% de Participación	Responda sí o no a las siguientes preguntas				
						¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vinculo con una persona considerada PEP?	

Avenida Libertadores No. 0-124 Barrio Blanco
San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia -Teléfono (7) 5784980
<http://www.imsalud.gov.co>

	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código: PA-GCN-PR-02-F-41 Versión: 01
	SOLICITUD DE COTIZACIÓN	Fecha: 01/11/2020

JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACION SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)							
Nombres y apellidos	Tipo de documento	N° Documento	Principal o suplente	Responda si o no a las siguientes preguntas			
				¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

	GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CODIGO: PA-FINS-PR-12-F-01	FECHA: 13-10-2020
	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT	VERSION: 01	Página 2 de 2

II. INFORMACION FINANCIERA			
Total activos \$	Total pasivos \$	Patrimonio \$	
Ingresos mensuales \$	Egresos mensuales \$	Otros ingresos \$	
Concepto de otros ingresos	Información financiera a corte de:		

III. INFORMACION BANCARIA				
Tipo de Cuenta		Entidad Financiera	Sucursal	Teléfono
Corriente	Ahorros			

IV. REFERENCIAS COMERCIALES			
Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad

V. OPERACIONES INTERNACIONALES							
¿Realiza negocios en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de transacciones						
	Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Préstamos	Pago de servicios	Transferencias	Otros
	¿Cual?						
Productos financieros en moneda extranjera							
Tipo de producto	No. de producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda	

VI. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS	
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 lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
3.	La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4.	De manera irrevocable autorizo a la E.S.E IMSALUD, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas

Avenida Libertadores No. 0-124 Barrio Blanco
San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia -Teléfono (7) 5784980
<http://www.imsalud.gov.co>

	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código: PA-GCN-PR-02-F-41 Versión: 01
	SOLICITUD DE COTIZACIÓN	Fecha: 01/11/2020

las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Eximimos a la E.S.E IMSALUD, sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

VII. DECLARACIONES ADICIONALES

1.	¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	Si	N	
			O	
2.	¿La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton?	Si	N	
			O	
3.	¿Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton?	Si	N	
			O	

VIII. 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
(Persona natural o Representante Legal si es persona jurídica)

Huella

DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURIDICA

Nombre de la persona que lo diligencia		Tipo de documento				Número de identificación
		CC	CE	PA	S	
Lugar de expedición	Firma					

	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código: PA-GCN-PR-02-F-41 Versión: 01
	SOLICITUD DE COTIZACIÓN	Fecha: 01/11/2020

ANEXO 5: PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS



El servicio público es de todos

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Documento de identificación			
C.C.	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>
T.I.	<input type="checkbox"/>	NIT.	<input type="checkbox"/>
Número			

Lugar de Nacimiento			
Pais	Departamento	Municipio	

Lugar de domicilio			
Pais	Departamento	Municipio	

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/ Curadurías/ u otra donde trabaje.

Cargo o función que cumple

Lugar de sede			
Pais	Departamento	Municipio	
Dirección			

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	

Avenida Libertadores No. 0-124 Barrio Blanco
San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia -Teléfono (7) 5784980
<http://www.imsalud.gov.co>

	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código: PA-GCN-PR-02-F-41 Versión: 01
	SOLICITUD DE COTIZACIÓN	Fecha: 01/11/2020

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

CONCEPTO	SALDO

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

a) Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

Avenida Libertadores No. 0-124 Barrio Blanco
San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia -Teléfono (7) 5784980
<http://www.imsalud.gov.co>

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente SI NO

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	

2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

2.4. OTRAS INVERSIONES

a) Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

NOMBRE DEL FIDEICOMISO O ENCARGO FIDUCIARIO	CALIDAD	VALOR	PAÍS