**CAPACIDAD RESIDUAL DE CONTRATACIÓN - FORMATO 15-A**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROCESO DE SELECCIÓN: Convocatoria Publica No. 001 – 2023**  **OBJETO: AMPLIACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE SANTA FE DE ANTIOQUIA.** | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL OFERENTE:** | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL INTEGRANTE DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Contrato** | **Empresa o entidad contratante** | **Objeto del contrato** | **Fecha suscripción contrato** | **Valor contratado en pesos** | **Plazo en meses** | **Fecha de inicio (dd/mm/aa)** | **Suspensión fecha (dd/mm/aa/** | **Días por ejecutar** | **Porcentaje de participación** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |  |  |
| **OBSERVACIONES:**  **NOTA:** la anterior información se entiende suministrada bajo la gravedad de juramento, y es la única información que será valorada para establecer la capacidad residual del oferente. | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL REP. LEGAL** |  | **NOMBRE Y FIRMA DEL REVISOR FISCAL** |
| Número de identificación |  | Número de identificación |

|  |
| --- |
| **FORMATO 15-B**  **CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS PARA ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIA (Para el cálculo del Kr)**  **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS** |
| **OBJETO: AMPLIACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE SANTA FE DE ANTIOQUIA** |
| **NOMBRE DEL OFERENTE:** |
| **NOMBRE DEL INTEGRANTE DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL:** |

Todos los contratos relacionados a continuación, se encuentran inscritos en el Segmento **XX** de acuerdo con lo establecido en el subtítulo **Cálculo de la Experiencia (E)** del numeral 5.1.1. CÁLCULO DE LA CAPACIDAD RESIDUAL DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (CRPC) del documento de Términos y Condiciones.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Orden**  **No.** | **Consecutivo RUP** | **Entidad contratante o Propietaria** | **Participación del oferente en el contratista Plural** | **Objeto** | **Valor total de los contratos ejecutados (valor del contrato ponderado por la participación en pesos colombianos $)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |
| n |  |  |  |  |  |
|  | | | | | **TOTAL** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:** |  |

(\*) **Nota: El oferente deberá diligenciar este Formato con los contratos inscritos en el segmento establecido en las términos y condiciones.**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMATO 16**  **CERTIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA (Para el cálculo del Kr)**  **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS** | |
| **OBJETO: AMPLIACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE SANTA FE DE ANTIOQUIA.** |
| **NOMBRE DEL OFERENTE:** |
| **NOMBRE DEL INTEGRANTE DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL:** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nombre del socio**  **y/o profesional** | **Profesión** | **N° de matrícula profesional** | **Número y año del**  **Contrato laboral o de**  **prestación de servicios**  **profesionales** | **Vigencia del Contrato** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| **.** |  |  |  |  |  |
| n |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:** |  |

(\*) **Nota: El oferente deberá diligenciar este Formato con los contratos inscritos en el segmento establecido en las términos y condiciones.**

**FORMATO 18**

**CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN (Para el cálculo del Kr)**

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

**OBJETO: AMPLIACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**

**Convocatoria Pública No. 001 – 2023**

**DECLARACIÓN JURAMENTADA**

**OFERENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INTEGRANTE (SI ES PLURAL): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

QUE LA INFORMACIÓN QUE SE RELACIONA A CONTINUACIÓN FUE TOMADA DEL ESTADO DE PÉRDIDAS Y GANANCIAS DEL OFERENTE.

INDICAR CON **X** EL QUE CORRESPONDA [SOLAMENTE MARCAR UNA OPCIÓN]  
\_\_\_\_ QUE EL MAYOR INGRESO OPERACIONAL DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS ES:

\_\_\_\_ QUE EL MAYOR INGRESO OPERACIONAL DE LOS AÑOS DE VIDA DE LA EMPRESA ES:

\_\_\_\_ OFERENTE CON MENOS DE UN (1) AÑO:

A continuación, se describen los ingresos brutos operacionalesexpresados en pesos $[**(\*)** SOLAMENTE DILIGENCIAR EL RENGLÓN QUE LE CORRESPONDA DE ACUERDO CON LA OPCIÓN MARCADA ARRIBA]**:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicar con **X** el que corresponda  **(\*)** | Años de información financiera | AÑO | Ingresos Brutos Operacionales expresados en $ |
|  | Cinco (5) años o más | **AÑO XXXX** | $ |
|  | Entre uno (1) y cinco (5) años | **AÑO XXXX** | $ |
|  | Menos de un (1) año | N.A. | $  USD 125.000 - Liquidados a la tasa cambio determinada de por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo cada 2 años para efectos del umbral del beneficio de las Mipyme- Tasa informada por Colombia Compra Eficiente. **(NOTA)** |

**NOTA:** Si los ingresos operacionales del oferente con uno (1) o más años de información financiera es menor a USD125.000, la Capacidad de organización (CO) del oferente es igual a USD125.000

En constancia de lo anterior firmo este documento a los \_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202X

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **Firma Representante Legal** | | **Firma Contador Público o Revisor Fiscal (cuando aplique)** | | |
| **Nombre** |  | **Nombre** |
| **Cargo** |  | **No. C.C.**  **No. T.P.** |
| **Documento de identidad** | |  |

**Nota 1:** Para oferentes plurales, los representantes legales de cada uno de los miembros deben suscribir cada uno el presente documento.

**Nota 2:** El presente anexo debe presentarse debidamente diligenciado y firmado