**PRQ 2024-**XXX

**RELACIÓN DE DOCUMENTOS**

El OFERENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, somete la presente oferta a consideración de EL CONTRATANTE, cuyo contenido es el siguiente:

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO** | **Folio** |
| **DESDE** | **HASTA** |
| Folios de la oferta | xx | xx |
| FORMULARIO 1 – Relación de documentos | xx | xx |
| FORMULARIO 2 – Carta de presentación | xx | xx |
| Anexo a la carta de presentación | xx | xx |
| FORMULARIOS 3 – Cantidades y precios | xx | xx |
| FORMULARIO 4 - Formulario para el conocimiento del tercero (LA/FT) | xx | xx |
| FORMULARIO 5 – Incumplimiento de contratos | xx | xx |
| FORMULARIO 6 – Experiencia del Oferente | XX | xx |
| **Anexos** | xx | xx |
| Certificación de pago de aportes de seguridad y parafiscales | xx | xx |

**FORMULARIO 2**

**PRQ 2024**-XXX

**CARTA DE PRESENTACIÓN**

Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«AGUAS NACIONALES EPM SA. E.S.P.»

«Proyecto Aguas del Atrato»

«Oficina Administrativa: Barrio Niño Jesús, Loma Cabí

«Quibdó»

**Asunto:** PRQ 2024-XX,

 Solicitud de oferta

El suscrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_habiendo examinado cuidadosamente los documentos de la solicitud de ofertas y (sus adendas) \_\_\_\_\_\_\_, recibidas las aclaraciones solicitadas, presento oferta para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_relacionados con el objeto

Manifiesto que he comprendido el contenido de la solicitud de ofertas, incluidas sus informaciones, aclaraciones y/o modificaciones (si las hubiere), las Condiciones Generales Contratación Bienes y Servicios y demás anexos del proceso, acepto las exigencias contenidas en ellos y garantizo que la oferta cumple con las mismas.

De ser aceptada la oferta se adquiere el compromiso de formalizar el contrato de conformidad con lo establecido en los documentos de la solicitud de oferta presentando la documentación requerida, dentro del período indicado para el efecto.

Igualmente se adquiere el compromiso de ejecutar el contrato por los precios cotizados (o ajustados de ser el caso), en las condiciones contractuales y técnicas exigidas en los documentos de esta solicitud de oferta y previstas por las normas que rigen la contratación con EL CONTRATANTE de conformidad con la aceptación que se nos haga y en el plazo estipulado en la solicitud de ofertas.

Se mantendrá válida la oferta durante el término que se establece en la solicitud de oferta y se procederá a ampliar su validez y la vigencia de la garantía de seriedad, en caso de requerirse.

Manifiesto que a la fecha no incurrimos en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad para contratar con EL CONTRATANTE y en caso de sobrevenir alguna, se informará inmediatamente y se procederá a ceder el contrato, previa autorización escrita de EL CONTRATANTE y de no ser posible la cesión, se renunciará a continuar con su ejecución.

Declaro que la información contenida en la oferta es exacta y veraz, y que se aportarán las pruebas que EL CONTRATANTE considere necesarias para verificar su exactitud y en caso de no ser ello satisfactorio para EL CONTRATANTE conforme a las exigencias de la solicitud de ofertas, se acepta que la oferta sea eliminada.

Con la presentación de esta oferta autorizo a EL CONTRATANTE y a sus subordinadas para para utilizar la información referente a datos personales para todo el proceso contractual, así como durante la ejecución del contrato y su tratamiento estará regulado por la Ley 1581 de 2012 y por la política de EL CONTRATANTE, la cual puede consultarse en los siguientes links:

<https://www.grupoepm.com/site/portals/22/Proteccion%20de%20datos/CIRCULAR%20N%20043%20DE%202013.pdf>

<https://www.grupoepm.com/site/portals/22/Proteccion%20de%20datos/CIRCULAR_N_015_DE_2014.pdf>

Cuando el contrato implique transmisión internacional de datos, con la presentación de la oferta aceptamos las condiciones del contrato de transmisión internacional de datos anexo.

Declaro expresamente que la presente oferta SI ­­­\_\_\_\_ NO \_\_\_ tiene información reservada y la información que tiene dicho carácter se indica en el documento anexo, al igual que el fundamento legal.

**Nota ilustrativa:** revisar la procedencia de incluir o no, lo siguiente:

Declaro que estoy informado y acepto las condiciones y procedimientos que para los ajustes de informalidades se han estipulado en la solicitud de oferta.

Nombre del oferente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NIT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección para comunicaciones y/o notificaciones del oferente y/o contratista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax No.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de Ciudadanía o documento que haga sus veces, del Representante Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oferta abonada por: XXXX Matrícula No.: xx

Cámara de Comercio del lugar donde está inscrita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante legal o apoderado Profesional que abona la oferta

Cédula de Ciudadanía: XXXX Cédula

**Anexo 1:**

**Cuando el oferente manifieste que existe información de su oferta que tiene el carácter de reservada señalar expresa y debidamente, en el presente anexo los fundamentos mediante los cuales considera que le otorgan el carácter mencionado.**

Texto

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante legal o apoderado

Cédula de Ciudadanía: XXXX

**Nota ilustrativa**: Revisarlo y adecuarlo, según aplique y teniendo en cuenta las empresas participantes.

**FORMULARIO 3**

**PRQ 2024-**XXX

**CANTIDADES Y PRECIOS**

| **ítem** | **Descripción** | **Cantidad** | **Unidad** | **Precio unitario sin IVA** | **Total** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
|  |
| 1 | PERSONAL ADMINISTRATIVO (INGRESO - hematico - Glicemia - Colesterol total - Trigliceridos hemoclasificacion, OPTOMETRIA Y VALORACION MEDICA OCUPACIONAL, AUDIOMETRIA)  | 2 | Unidad |  |  |
| 2 | PERSONAL ADMINISTRATIVO (INGRESO - hematico - Glicemia - Colesterol total - Trigliceridos hemoclasificacion, OPTOMETRIA Y VALORACION MEDICA OCUPACIONAL, AUDIOMETRIA) CON EN ENFASIS CON ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS  | 2 | Unidad |  |  |
| 3 | AYUDANTES OPERATIVOS - ESCOBITA (INGRESO -hematico - Glicemia - Colesterol total - Trigliceridos hemoclasificacion, EXPIROMETRIA, OPTOMETRIA Y VALORACION MEDICO OCUPACIONAL, AUDIOMETRIA Y EKG) | 2 | Unidad |  |  |
| 4 | AYUDANTES OPERATIVOS - RECOLECCIÓN (INGRESO -hematico - Glicemia - Colesterol total - Trigliceridos hemoclasificacion, EXPIROMETRIA, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, EKG Y VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | 2 | Unidad |  |  |
| 5 | AYUDANTES OPERATIVOS - POTABILIZACIÓN INGRESO(hematico - Glicemia - Colesterol total - Trigliceridos hemoclasificacion, EKG, AUDIOMETRIA, OPTOMETRIA, ESPIROMETRIA Y PSICOLOGO, VALORACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS) | 2 | Unidad |  |  |
| 6 | OFICIAL DE SERVCIOS Y AYUDANTES OPERATIVOS - REDES (INGRESO - hematico - Glicemia - Colesterol total - Trigliceridos hemoclasificacion, EKG, AUDIOMETRIA, OPTOMETRIA, ESPIROMETRIA Y PSICOLOGO, VALORACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS) | 2 | Unidad |  |  |
| 7 | CONDUCTOR DE EQUIPO ESPECIAL (INGRESO hematico - Glicemia - Colesterol total - Trigliceridos hemoclasificacion, AUDIOMETRIA, EKG, OPTOMETRIA, VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | 2 | Unidad |  |  |
| 8 | OFICIAL DE SERVICIOS (Operación Comercial) INGRESO (hematico - Glicemia - Colesterol total - Trigliceridos hemoclasificacion, OPTOMETRIA, AUDIOMETRÍA, EKG Y VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | 2 | Unidad |  |  |
| 9 | OFICIAL DE SERVICIOS (Operación Comercial) INGRESO (hematico - Glicemia - Colesterol total - Trigliceridos hemoclasificacion, OPTOMETRIA, AUDIOMETRÍA, EKG Y ESPIROMETRIA Y PSICOLOGO, VALORACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS | 2 | Unidad |  |  |
| 10 | OPERADOR DE PLANTAS (INGRESO hematico - Glicemia - Colesterol total - Trigliceridos hemoclasificacion, EKG, AUDIOMETRIA OPTOMETRIA, ESPIROMETRIA Y PSICOLOGO, VALORACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS) | 2 | Unidad |  |  |
| 11 | AUXILIAR OPERATIVO INGRESO ( hematico - Glicemia - Colesterol total - Trigliceridos hemoclasificacion, EKG, AUDIOMETRIA, OPTOMETRIA, ESPIROMETRIA Y PSICOLOGO, VALORACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS) | 2 | Unidad |  |  |
| 12 | PERSONAL ADMINISTRATIVO (PERIODICO - OPTOMETRIA CUADRO HEMÁTICO, GLICEMIA, COLESTEROL TOTAL, TRIGLICÉRIDOS, AUDIOMETRÍA.Y VALORACION MEDICA OCUPACIONAL)  | 10 | Unidad |  |  |
| 13 | PERSONAL ADMINISTRATIVO (PERIODICO - OPTOMETRIA CUADRO HEMÁTICO, GLICEMIA, COLESTEROL TOTAL, TRIGLICÉRIDOS, AUDIOMETRÍA, EKG Y PSICOLOGO VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS )  | 10 | Unidad |  |  |
| 14 | AYUDANTES OPERATIVOS - ESCOBITA (PERIODICO -hematico - Glicemia - Colesterol total - Trigliceridos hemoclasificacion, EXPIROMETRIA, AUDIOMETRIA, EKG, OPTOMETRIA Y VALORACION MEDICO OCUPACIONAL) | 15 | Unidad |  |  |
| 15 | AYUDANTES OPERATIVOS - RECOLECCIÓN PERIODICO-hematico - Glicemia - Colesterol total - Trigliceridos hemoclasificacion, EXPIROMETRIA, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA. EKG Y VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | 15 | Unidad |  |  |
| 16 | AYUDANTES OPERATIVOS - POTABILIZACIÓN PERIODICO(Perfil Lipidico y Glicemia, EKG, AUDIOMETRIA, ESPIROMETRIA, OPTOMETRIA, VALORACION MEDICO OCUPACIONAL) | 10 | Unidad |  |  |
| 17 | AYUDANTES OPERATIVOS - POTABILIZACIÓN PERIODICO(Perfil Lipidico y Glicemia, EKG, AUDIOMETRIA, ESPIROMETRIA, OPTOMETRIA, PSICOLOGO, VALORACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS ALTURA Y ENFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS) | 8 | Unidad |  |  |
| 18 | OFICIAL DE SERVCIOS Y AYUDANTES OPERATIVOS - REDES PERIODICO -Perfil Lipidico y Glicemia, EKG, AUDIOMETRIA, OPTOMETRIA, ESPIROMETRIA VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | 5 | Unidad |  |  |
| 19 | OFICIAL DE SERVCIOS Y AYUDANTES OPERATIVOS - REDES PERIODICO -Perfil Lipidico y Glicemia, EKG, AUDIOMETRIA, ESPIROMETRIA, OPTOMETRIA, PSICOLOGO, VALORACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS ALTURA Y ENFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS | 10 | Unidad |  |  |
| 20 | CONDUCTOR DE EQUIPO ESPECIAL (PERIODICO hematico - Glicemia - Colesterol total - Trigliceridos hemoclasificacion, AUDIOMETRIA, OPTOMETRIA, EKG, VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | 6 | Unidad |  |  |
| 21 | OFICIAL DE SERVICIOS (Operación Comercial) PERIODICO (OPTOMETRIA, AUDIOMETRÍA, CUADRO HEMÁTICO, GLICEMIA, COLESTEROL TOTAL, TRIGLICÉRIDOS EKG, ESPIROMETRÍA, PSICOLOGO, VALORACIÓN MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS ) | 15 | Unidad |  |  |
| 22 | OPERADOR DE PLANTAS (Periódico Perfil Lipídico y Glicemia, EKG, AUDIOMETRIA OPTOMETRIA, ESPIROMETRIA, PSICOLOGÍCO Y VALORACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS) | 10 | Unidad |  |  |
| 23 | AUXILIAR OPERATIVO PERIODICO ( Perfil Lipidico y Glicemia, EKG, AUDIOMETRIA, OPTOMETRIA, ESPIROMETRIA, PSICOLOGO Y VALORACION POR MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURA Y ESPACIO CONFINADO) | 2 | Unidad |  |  |
| 24 | AUXILIAR OPERATIVO PERIODICO (Perfil Lipídico y Glicemia, EKG, AUDIOMETRIA, ESPIROMETRÍA, OPTOMETRIA Y VALORACION POR MEDICO OCUPACIONAL  | 2 | Unidad |  |  |
| 25 | PERSONAL ADMINISTRATIVO (RETIRO - VALORACION MEDICA OCUPACIONAL, AUDIOMETRIA, OPTOMETRIA )  | 2 | Unidad |  |  |
| 26 | PERSONAL OPERATIVO (RETIRO - VALORACION POR MEDICINA LABORAL AUDIOMETRIA, ESPIROMETRÍA Y OPTOMETRIA ) | 2 | Unidad |  |  |
| 27 | EXAMENES MÉDICOS PSICOSENSOMETRICOS | 11 | Unidad |  |  |
| 28 | VALORACION POR MEDICINA LABORAL  | 2 | Unidad |  |  |
| 29 | VALORACION POR PSICOLOGIA  | 1 | Unidad |  |  |
| 30 | VALORACION POR PSIQUIATRIA  | 1 | Unidad |  |  |
| 31 | Vacunación Hepatitis A | 70 | Unidad |  |  |
| 32 | Vacunación Antitetánica | 111 | Unidad |  |  |
| 33 | Examen de laboratorio determinación de alcohol | 2 | Unidad |  |  |
| 34 | Examen médico post incapacidad | 2 | Unidad |  |  |
| 35 | Profesiograma | 1 | Unidad |  |  |
| 28 | VALORACION POR MEDICINA LABORAL  | 2 | Unidad |  |  |
| 29 | VALORACION POR PSICOLOGIA  | 1 | Unidad |  |  |
| 30 | VALORACION POR PSIQUIATRIA  | 1 | Unidad |  |  |
| 31 | Vacunación Hepatitis A | 70 | Unidad |  |  |
| 32 | Vacunación Antitetánica | 111 | Unidad |  |  |
| 33 | Examen de laboratorio determinación de alcohol | 2 | Unidad |  |  |
| 34 | Examen médico post incapacidad | 2 | Unidad |  |  |
| 35 | Profesiograma | 1 | Unidad |  |  |
| **Valor total de la oferta**, sin incluir el IVA |  |
| Valor del IVA |  |
| Valor total incluido el IVA |  |

Moneda en que cotiza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Representante Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXOS**

**CERTIFICACIÓN DE PAGO DE LOS APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**

Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN E.S.P.»

«(Nombre de la dependencia)»

«Edificio Empresas Públicas de Medellín»

«Carrera 58 42-125, Oficina XX, piso X

«Medellín»

**Asunto:** Solicitud de ofertas XXXX-XXXX, Objeto

Certifico que la sociedad oferente (o la persona natural, de ser el caso), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con NIT (o cédula de ciudadanía, de ser el caso), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha cumplido con las obligaciones del pago de los aportes de nuestros empleados, a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Revisor Fiscal o representante legal