

	<p align="center">ANEXOS</p>	<p>Página 1 de 15</p>	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Sur Occidente E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy</small>
		<p>Versión: PRUEBA</p>	

ANEXO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN

Bogotá D.C., julio de 2020

Doctor

OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS

Gerente

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.

Referencia: PROCESO No CD-OC-104-2020

Para su consideración presentamos a usted la propuesta para participar en el proceso de la referencia, para lo cual relaciono la siguiente Información:

INFORMACIÓN GENERAL:

RAZÓN SOCIAL DEL OFERENTE	PRODUCTOS MEDICOS DE COLOMBIA PROMEC SAS
IDENTIFICACIÓN (N. I. T.)	901154669-6
DIRECCIÓN	Calle 98 a N49-09
NÚMERO TELEFÓNICO Y NÚMERO DE FAX	4672817
NÚMERO DE MATRÍCULA MERCANTIL	02918083
CORREO ELECTRÓNICO	info@promecsas.com
TELÉFONO Y MÓVIL	3123800613
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	Cesar agosto Carvajal
CÉDULA DE CIUDADANÍA	79.319.822
VALOR TOTAL DE LA OFERTA	\$6.589.836

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me encuentro, ni la Empresa, incurso en ninguna de las causales de inhabilidad y / o incompatibilidad señaladas por la Ley, ni he sido multado ni sancionado en los últimos seis (6) meses para presentar esta propuesta o suscribir el respectivo contrato. Adicionalmente manifiesto que entiendo, conozco y acepto las condiciones establecidas en los términos de referencia.

Cesar Augusto Carvajal Niño

Cc:79.319.822

Nit:901154669



	<p align="center">ANEXOS</p>	<p>Página 2 de 15</p>	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SALUD</small> <small>Subred Sur Occidente E.S.E.</small> <small>Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy</small>
		<p>Versión: PRUEBA</p>	

ANEXO No. 2

MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES (ART. 50 LEY 789/02)

Nombre o razón social del proponente: **PRODUCTOS MEDICOS DE
COLOMBIA PROMEC SAS**

CERTIFICACIÓN

Certifico que **PRODUCTOS MEDICOS DE COLOMBIA PROMEC SAS** con C.C. o NIT No. **901154669-6**, ha cumplido con el pago de los aportes de sus 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, durante (29) meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso.

Expedida en el mes de julio de 2020.

Nombre: Cesar Augusto Carvajal Niño



Firma: _____

(Proponente o el representante legal o revisor fiscal (**cuando esté obligado a tener revisor fiscal**))

_____ **FIRMA DEL PROPONENTE**

	<p style="text-align: center;">ANEXOS</p>	<p>Página 3 de 15</p>	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy
		<p>Versión: PRUEBA</p>	

ANEXO No. 3

MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO CUMPLIMIENTO LEY 789 DE 2002

Nombre o razón social del proponente:

CERTIFICACIÓN

Certifico que _____ con C.C. o NIT No. _____, ha cumplido con la obligación de las cuotas de aprendices en la empresa o la monetización de la cuota de aprendizaje conforme a lo establecido en la ley 789 de 2002, artículos 33 y 34 y decreto 933 de 2003 artículos 12,13 y durante _____() meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso.

Expedida en el mes de XXXX de 2020.

(Representante legal o el revisor fiscal (**cuando esté obligado a tener revisor fiscal**))

Nombre:

Firma: _____

	<p align="center">ANEXOS</p>	<p>Página 4 de 15</p>	 <p align="center"> ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Sur Occidente E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy</small> </p>
		<p>Versión: PRUEBA</p>	

ANEXO No. 4

INFORMACIÓN FINANCIERA

NOMBRE DEL PROPONENTE: Productos medicos de Colombia promec sas

NIT:901154669-6

REPRESENTANTE LEGAL: Cesar Augusto Carvajal Niño

Nosotros los abajo firmantes certificamos que la información contable descrita a continuación, es tomada fielmente de los Estados Financieros de la Empresa con corte a 31 de Diciembre de 2019:

1º. INDICE DE LIQUIDEZ:

ACTIVO CORRIENTE: \$ 1.572.940.816 PASIVO CORRIENTE: \$ 1.140.133.728

IL = AC/PC = 1.38

2º. NIVEL DE ENDEUDAMIENTO:

ACTIVO TOTAL: 1.634.007.418 PASIVO TOTAL: 1.140.133.728

NE= (PT/AT)*100 = 0.70

Fecha: 31 de julio de 2020



FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE Cesar Augusto Carval Niño

C.C. 79.319.822



FIRMA CONTADOR

NOMBRE: DIANA MARCELA HENAO BERNAL

T.P:209247-T

FIRMA REVISOR FISCAL

NOMBRE _____