**F1- DIMAYOR**

**Carta de Presentación de la Propuesta**

Ciudad y fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores

**División Mayor del Fútbol Colombiano (“Dimayor”)**

Bogotá

**Asunto**: Presentación de Propuesta para la selección del proveedor que realizará la implementación del procedimiento integral de diagnóstico del Covid-19 a partir de la realización de las pruebas moleculares RT-PCR SARS-CoV-2 y pruebas serológicas IgG/IgM

Respetados señores:

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de representante legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificada con NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por medio de la presente hago remisión de nuestra Propuesta para participar en la Convocatoria para la selección del proveedor que realizará la implementación del procedimiento integral de diagnóstico del Covid-19 a partir de la realización de las pruebas moleculares RT-PCR SARS-CoV-2 y pruebas serológicas IgG/IgM, en cumplimiento de lo dispuesto en Protocolo de Bioseguridad aprobado por el Gobierno Nacional para el regreso del FPC. Con la presentación de esta Propuesta nos comprometemos, en el evento de ser seleccionados, a firmar el Contrato correspondiente, en los términos que sean establecidos por Dimayor para el efecto y de conformidad con lo previsto en el Anexo Técnico de los Términos de Referencia.

Así mismo, manifestamos bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1. Que, en mi calidad de representante legal, cuento con la capacidad corporativa suficiente para la suscripción de la presente carta.
2. Que hemos leído, entendemos y aceptamos la totalidad de los términos y condiciones previstos en los Términos de Referencia para la selección del proveedor que realizará la implementación del procedimiento integral de diagnóstico del Covid-19 a partir de la realización de las pruebas moleculares RT-PCR SARS-CoV-2 y pruebas serológicas IgG/IgM.
3. Que entendemos que la información presentada por Dimayor para esta Convocatoria no constituye una oferta, en los términos del artículo 845 y 860 del Código de Comercio, sino una invitación a presentar una propuesta. Por lo tanto, entendemos y aceptamos que la presentación de esta Propuesta no nos otorga ningún derecho ni expectativa legítima de ser seleccionado para la firma del Contrato resultante de este Convocatoria, dado que esto dependerá de los criterios de evaluación publicados por Dimayor y de su confirmación en la asamblea de clubes de DIMAYOR. Así mismo, entendemos que Dimayor no está obligada a aceptar ninguna de las Propuestas que reciba y que los costos de participar serán exclusivamente por nuestra cuenta y riesgo.
4. Que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ está debidamente constituida, y es una persona jurídica existente conforme a las leyes de la República de Colombia.
5. Que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no está incursa en causal de disolución, no se encuentra en proceso de reorganización, insolvencia o liquidación.
6. Que contamos con todas las autorizaciones corporativas requeridas para la participación en la presente Convocatoria y para la suscripción y ejecución del Contrato que resulte de la misma.
7. Que contamos con la idoneidad, experiencia profesional y la capacidad financiera y jurídica para la ejecución del Contrato que resulte de la presente Convocatoria.
8. Que cumplimos con la totalidad de los Requisitos Mínimos para ser elegibles para participar en esta Convocatoria.
9. Que esta Propuesta y el Contrato que llegare a celebrarse solamente nos compromete a nosotros. Ninguna entidad o persona distinta tiene interés comercial en esta propuesta ni en el Contrato probable que de esta se derive, con excepción de nuestros aliados que se detallan en los Formularios 5 y 6 (en caso de ser aplicable).
10. Que no hemos realizado ningún ofrecimiento económico para la designación como Participante Seleccionado a ningún funcionario, o empleado de la DIMAYOR ni de sus clubes afiliado; y que ni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ni sus accionistas, ni sus administradores tienen vinculación alguna con personas de DIMAYOR ni de sus clubes afiliados, que ocupen cargos de alta dirección o directivos con capacidad de influir en la selección de la presente Propuesta o en la fijación de sus condiciones económicas. Por vinculación familiar o personal se entiende: (i) Cónyuge o persona con análoga relación de afectividad; (ii) Los ascendientes, descendientes y colaterales hasta segundo grado, por consanguinidad o afinidad.
11. Que ni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ni sus accionistas, ni sus administradores han sido o están sido investigados o han sido sancionados autoridad competente por ningún tipo de delito, así como tampoco han sido sancionados por faltas disciplinarias.
12. Que ni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ni sus accionistas, ni sus administradores se encuentran en alguna lista restrictiva por lavado de activos, financiación del terrorismo y actividades delictivas, tales como, pero sin limitarse a, las listas de la Oficina de Control de Activos Extranjeros de Estados Unidos (OFAC) y la lista consolidada del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas.
13. Que ni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ni sus accionistas, ni sus administradores han incurrido en empleo de población infantil y/o esclavitud.
14. Que cumplimos con la totalidad de obligaciones en materia laboral y de seguridad social, y que mantendremos indemne a Dimayor frente a cualquier demanda, reclamación o solicitud que pudiere derivarse de lo anterior, dado que tenemos una responsabilidad exclusiva sobre el personal relacionado con la ejecución del Contrato resultante de esta Convocatoria.
15. Que contamos con las autorizaciones para tratamiento de datos personales de todas las personas que estarían involucradas en la ejecución del Contrato resultante de esta Convocatoria, y que nos haremos responsables por cualquier reclamo, demanda o solicitud relacionada con este asunto, y mantendremos a Dimayor plenamente indemne al respecto.
16. Que a la fecha de la presentación de esta Propuesta,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no tiene ningún litigio, queja, reclamo en trámite ante autoridad competente por infracción a normas de competencia desleal y/o practicas restrictivas de la competencia.
17. Que cumplimos totalmente con nuestras obligaciones fiscales y no estamos incursos en ningún tipo de proceso de cobro coactivo o por evasión en el pago de impuestos.
18. Que entendemos que la propuesta que presentamos es una oferta irrevocable, por lo que, en el evento de ser seleccionados, estamos obligados a la firma del contrato con los términos y condiciones que sean definidos por Dimayor.
19. Que, en atención al carácter irrevocable de esta Propuesta, presento una garantía de seriedad de la propuesta satisfactoria para la participación en este proceso de selección, en los términos del Anexo Técnico con las condiciones contractuales.
20. Que toda la información aportada y contenida en los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ folios correspondientes a los documentos y formularios jurídicos, financieros, técnicos y económicos, es veraz y susceptible de comprobación.

Atentamente,

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona Jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**F2- DIMAYOR**

**Formulario de Acreditación de los Requisitos Mínimos**

Señores

**División Mayor del Fútbol Colombiano (“Dimayor”)**

Bogotá

**Referencia**: Formularion de Acreditación de los Requisitos Mínimos de conformidad con lo previsto en el numeral 10 de los Términos de Referencia

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de representante legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificada con NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que cumplo con los Requisitos Mínimos exigidos para participar en la Convocatoria para la selección del proveedor que realizará la implementación del procedimiento integral de diagnóstico del Covid-19 a partir de la realización de las pruebas moleculares RT-PCR SARS-CoV-2 y pruebas serológicas IgG/IgM, como se detalla en la lista de chequeo a continuación:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Requisito** | | **Documento soporte** | **Folios** | **Chequeo[[1]](#footnote-1)** |
| **1** | Carta de Presentación de la Propuesta | **Formulario No. 1** “Carta de de Presentación de la Propuesta” |  |  |
| **2** | Existencia y capacidad legal | Copia del Certificado de Existencia y Representación Legal, con una fecha de expedición inferior a treinta (30) días al momento de presentar la propuesta |  |  |
| **3** | Documento de identidad del representante legal o apoderado | Copia del documento de identificación de quien suscriba la Carta de Presentación de la Propuesta |  |  |
| **4** | Poder especial conferido al apoderado (SI APLICA) | Poder especial conferido al apoderado por el representante legal del Participante para la presentación de la Propuesta |  |  |
| **5** | Autorizaciones corporativas para la participación en la Convocatoria y la firma del Contrato que de esta se derive (SI APLICA) | Copia de acta del máximo órgano corporativo con la autorización para participar en la Convocatoria, y con el compromiso de suscribir el Contrato que de esta se derive. |  |  |
| **6** | Garantía de seriedad de la Propuesra | Garantía que ampare la seriedad de la Propuesta otorgada otorgada por una compañía de seguros o una entidad bancaria. |  |  |
| **6** | Registro con la DIAN | Copia del Registro Único Tributario (RUT) |  |  |
| **7** | Estados financieros con corte al 31 de diciembre de 2019 | Copia de los estados con corte al 31 de diciembre de 2019 firmadados por el representante legal y el revisar o contador, según corresponda |  |  |
| **8** | Vinculación con el sistema financiero | Certificación bancaria con la entidad en la que se tenga un producto de depósito |  |  |
| **9** | Formato Único de Conocimiento | El Participante deberá diligenciar el **Formato No. 3** - “Formato Único de Conocimiento” |  |  |
| **10** | Registro sanitario expedido por el INVIMA | Copia de la resolución vigente, expedida por el INVIMA, mediante la cual se concede el registro sanitario a pruebas moleculares RT-PCR SARS-CoV-2 y pruebas serológicas IgG/IgM |  |  |
| **11** | Autorizaciones regulatorias | Copia del acto administrativo que avala al proponente como laboratorio para la realización de diagnóstico de SARS-COV2. |  |  |
| **12** | Calidad de las pruebas y tiempo de entrega de los resultados | El Participante deberá diligenciar el **Formato No. 4** “Certificación de Estándares Técnicos de las Prueba” |  |  |
| **13** | Calidad de las pruebas y tiempo de entrega de los resultados | Copia de la guía técnica o de manufactura de las pruebas moleculares RT-PCR SARS-CoV-2 y pruebas serológicas IgG/IgM, en las que se certifique el porcentaje de Especificidad y Sensibilidad requerido; así como los tiempos de procesamiento de las mismas. |  |  |
| **14** | Disponibilidad de las Pruebas en el territorio colombiano | El Participante deberá diligenciar el **Formato No. 5** “Certificación de disponibilidad de las Pruebas”. |  |  |
| **15** | Cobertura Mínima | El Participante deberá diligenciar el **Formato No. 6** “Certificación de Cobertura Mínima”. |  |  |
| **16** | Cobertura Mínima | (i) En caso de presencia directa para cada una de las Ciudades Base): copia del documento que demuestre que está habilitado por el Instituto Nacional de Salud para realizar el diagnóstico de SARS-COV2.  (ii) En caso de presencia a través de un tercero (para cada una de las Ciudades Base)   1. Copia del documento que demuestre que está habilitado por el Instituto Nacional de Salud para realizar el diagnóstico de SARS-COV2. 2. Copia del convenio o contrato suscrito con anterioridad a la fecha de presentación de la Propuesta, donde se demuestre que podrá procesar las Pruebas en el laboratorio del tercero habilitado. |  |  |

Atentamente,

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona Jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**F3- DIMAYOR**

**Formato Único de Conocimiento**

[completar con archivo Excel enviado por Dimayor]

**F4-DIMAYOR**

**Certificación de Estándares Técnicos de las Pruebas**

**LOS SUSCRITOS**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e identificado con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de **representante legal** de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; y
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e identificado con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de **revisor fiscal** de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERTIFICAMOS QUE**

Calidad de las Pruebas

1. Las Pruebas Moleculares RT-PCR SARS-CoV-2 cuenta con una sensibilidad de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por ciento (%).
2. Las Pruebas Moleculares RT-PCR SARS-CoV-2 cuenta con una especificidad de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por ciento (%).
3. Las Pruebas Serológicas IgG/IgM cuentan con una sensibilidad de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por ciento (%).
4. Las Pruebas Serológicas IgG/IgM cuentan con una especificidad de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por ciento (%).

Tiempo de Procesamiento de las Pruebas y Entrega de los Resultados

1. El tiempo de procesamiento y entrega de los resultados de las Pruebas Moleculares RT-PCR SARS-CoV-2 es de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. El tiempo de procesamiento y entrega de los resultados de las Pruebas Serológicas IgG/IgM es de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

La información consignada en la presente certificación es aquella prevista en la guía técnica y/o de manufactura de las Pruebas.

Atentamente,

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Representante Legal** | **Revisor Fiscal** |
| **[Nombre]** | **[Nombre]** |
| **[Documento de Identidad]** | **[Documento de Identidad]** |
|  | **Tarjeta Profesional N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**F5- DIMAYOR**

**Certificación de Disponibilidad de las Pruebas**

**LOS SUSCRITOS**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e identificado con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de **representante legal** de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; y
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e identificado con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de **revisor fiscal** de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERTIFICAMOS QUE**

1. Somos titulares de un total de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pruebas moleculares RT-PCR.
2. Somos titulares de un total de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pruebas serológicas IgG/IgM.
3. De los anteriores totales, tenemos el siguiente número de pruebas en territorio colombiano:
   1. Pruebas moleculares RT-PCR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pruebas en Colombia.
   2. Pruebas serológicas IgG/IgM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pruebas en Colombia.
4. De las pruebas que están en territorio colombiano, las siguientes están disponibles para realizarse de forma inmediata:
5. Pruebas moleculares RT-PCR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pruebas disponibles.
6. Pruebas serológicas IgG/IgM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pruebas disponibles.

Atentamente,

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Representante Legal** | **Revisor Fiscal** |
| **[Nombre]** | **[Nombre]** |
| **[Documento de Identidad]** | **[Documento de Identidad]** |
|  | **Tarjeta Profesional N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**F6-DIMAYOR**

**Certificación de Cobertura Mínima**

**LOS SUSCRITOS**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e identificado con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de **representante legal** de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; y
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e identificado con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de **revisor fiscal** de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERTIFICAMOS QUE**

1. Que contamos con laboratorioss habilitado para el procesamiento de las Pruebas Moleculares RT-PCR SARS-CoV-2, directamente o a través de un tercero, como mínimo, en cada una de las siguientes ciudades: Bogotá, Medellin, Cali, Barranquilla y Bucaramanga (las “Ciudades Base”)

**En caso de que la presencia en las Cuidades Base sea a través de un tercero, por favor diligenciar y certificar la información solicitada en el siguiente numeral.**

1. Contamos con presencia en las Ciudades Base a través de convenios con nuestros aliados:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Razón Social** | | **Municipios/Distritos donde tiene presencia** | **Año desde el que está vigente el convenio** |
| **1** |  |  |  |

Declaramos y garantizamos que nuestros aliados cuentan con la experiencia profesional, la idoneidad y la disponibilidad de profesionales de la salud requeridos para todas las actividades descritas en los Términos de Referencia. Por lo tanto, asumimos plena responsabilidad por todas las actividades que sean desarrolladas por ellos. Así mismo, mantendremos a DIMAYOR plenamente indemne frente a cualquier queja, reclamo o demanda relacionada con asuntos de carácter laboral o de seguridad social de estos profesionales de la salud.

Atentamente,

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Representante Legal** | **Revisor Fiscal** |
| **[Nombre]** | **[Nombre]** |
| **[Documento de Identidad]** | **[Documento de Identidad]** |
|  | **Tarjeta Profesional N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**F7- DIMAYOR**

**Formulario de Acreditación de los Aspectos Calificables**

Señores

**División Mayor del Fútbol Colombiano (“Dimayor”)**

Bogotá

**Referencia**: Formularion de Acreditación de los Aspectos Calificables de conformidad con lo previsto en el numeral 10 de los Términos de Referencia

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de representante legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificada con NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, acredito el cumplimiento de los Aspectos Calificables con los documentos que se detallan en la lista de chequeo a continuación:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Requisito** | | **Documento soporte** | **Folios** | **Chequeo[[2]](#footnote-2)** |
| **1** | Cobertura Adicional | El Participante deberá diligenciar **Formulario No. 8** “Certificación de Cobertura Adicional” |  |  |
| **2** | Cobertura Adicional | (i) En caso de presencia directa para cada una de las Ciudades Adicionales): copia del documento que demuestre que está habilitado por el Instituto Nacional de Salud para realizar el diagnóstico de SARS-COV2.  (ii) En caso de presencia a través de un tercero (para cada una de las Ciudades Adicionales)   1. Copia del documento que demuestre que está habilitado por el Instituto Nacional de Salud para realizar el diagnóstico de SARS-COV2. 2. Copia del convenio o contrato suscrito con anterioridad a la fecha de presentación de la Propuesta, donde se demuestre que podrá procesar las Pruebas en el laboratorio del tercero habilitado. |  |  |
| **3** | Disponibilidad adicional de Pruebas en el Territorio Colombiano | El Participante deberá diligenciar el **Formato No. 5** “Certificación de disponibilidad de las Pruebas”. |  |  |
| **4** | Mayor agilidad en el tiempo de entrega de resultados | El Participante deberá diligenciar el Formato No. 4 “Certificación de Estándares Técnicos de las Prueba”  Copia de la guía técnica o de manufactura de las pruebas moleculares RT-PCR SARS-CoV-2 y pruebas serológicas IgG/IgM, en las que se certifique los tiempos de procesamiento de las mismas. |  |  |
| **4** | Oferta Económica | El Participante deberá diligenciar el **Formato No. 9** “Oferta Económica” |  |  |

Atentamente,

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona Jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**F8- DIMAYOR**

**Certificación de Cobertura Adicional**

**LOS SUSCRITOS**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e identificado con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de **representante legal** de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; y
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e identificado con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de **revisor fiscal** de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERTIFICAMOS QUE**

1. Que contamos con laboratorios habilitados para el procesamiento de las Pruebas Moleculares RT-PCR SARS-CoV-2, directamente o a través de un tercero, en los siguientes municipios o ciudades adicionales (las “Ciudades Adicionales”), de conformidad con lo previsto en el Anexo No. 4 “Listado de las Ciudades del FPC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**En caso de que la presencia en las Ciudades Adicionales sea a través de un tercero, por favor diligenciar y certificar la información solicitada en el siguiente numeral.**

1. Contamos con presencia en las Ciudades Adicionales listadas en el numeral 1 anterior, a través de convenios con nuestros aliados:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Razón Social** | | **Municipios/Distritos donde tiene presencia** | **Año desde el que está vigente el convenio** |
| **1** |  |  |  |

Declaramos y garantizamos que nuestros aliados cuentan con la experiencia profesional, la idoneidad y la disponibilidad de profesionales de la salud requeridos para todas las actividades descritas en los términos y condiciones. Por lo tanto, asumimos plena responsabilidad por todas las actividades que por ellos sean desarrolladas. Así mismo, mantendremos a Dimayor plenamente indemne frente a cualquier queja, reclamo o demanda relacionada con asuntos de carácter laboral o de seguridad social de estos profesionales de la salud.

Atentamente,

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Representante Legal** | **Revisor Fiscal** |
| **[Nombre]** | **[Nombre]** |
| **[Documento de Identidad]** | **[Documento de Identidad]** |
|  | **Tarjeta Profesional N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**F9- DIMAYOR**

**Oferta Económica**

Señores

**División Mayor del Fútbol Colombiano (“Dimayor”)**

Bogotá

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de representante legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificada con NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presento los detalles de la propuesta económica para el proceso de selección de proveedores para la implementación del Protocolo de Bioseguridad:

1. Valor de la Oferta Económica: COP$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Valor de Canje Publicitario (mínimo 10% de la Oferta Económica presentada) COP$:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Valor en Efectivo de la Propuesta COP$:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atentamente,

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona Jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. En este espacio se debe indicar con una cruz o un chulo que se aporta el documento correspondiente. [↑](#footnote-ref-1)
2. En este espacio se debe indicar con una cruz o un chulo que se aporta el documento correspondiente. [↑](#footnote-ref-2)