**FORMATO 5 - CAPACIDAD FINANCIERA Y ORGANIZACIONAL (PARA PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS EXTRANJERAS SIN SUCURSAL O DOMICILIO EN COLOMBIA)**

Señores

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE**

Diagonal 20 N° 7 – 29

Florencia, Caqueta

**REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACIÓN CP NO. 002 DE 2024. OBJETO: CONSTRUCCIÓN, REMODELACIÓN Y ADECUACIÓN DEL HOSPITAL MARÍA INMACULADA E.S.E DEL MUNICIPIO DE FLORENCIA CAQUETÁ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Proponente:** |  |  |
|  |  |  |

[La información financiera debe presentarse en pesos, utilizando punto para miles y coma para decimales. Las fechas de corte serán las indicadas en el Pliego de Condiciones. Las sucursales de sociedad extranjera deben presentar para registro la información contable y financiera de su casa matriz]

La tasa representativa del mercado utilizada para la conversión de los Estados Financieros certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia es la siguiente: [Incluir TRM del día de expedición de los Estados Financieros]

**3.1 Balance General y Estado de Resultados**

| **Cuenta** | **Proponente singular** | **Proponente Plural** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Proponente (Valor en pesos colombianos)** | **Integrante N°1 (Valor en pesos colombianos)** | **Integrante N°2 (Valor en pesos colombianos)** | **Integrante N°3 (Valor en pesos colombianos)** |
| Activo corriente |  |  |  |  |
| Activo total |  |  |  |  |
| Pasivo corriente |  |  |  |  |
| Pasivo total |  |  |  |  |
| Utilidad Operacional |  |  |  |  |
| Gastos de intereses[[1]](#footnote-2) |  |  |  |  |
| Fecha de corte de los estados financieros |  |  |  |  |

[Si el Proponente es Plural y tiene más de tres integrantes debe insertar las columnas adicionales en la tabla anterior]

* 1. **Capacidad Financiera**

Indique las siguientes cifras con máximo 2 decimales:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Porcentaje de participación** | **Proponente singular** | **Proponente Plural** | | |
| **Indicador** | **Índice del oferente** | **Índice del integrante N°1** | **Índice del integrante N°2** | **Índice del integrante N°3** |
| Índice de liquidez |  |  |  |  |
| Índice de endeudamiento |  |  |  |  |
| Razón de cobertura de Intereses |  |  |  |  |

[Si el Proponente es plural y tiene más de tres participantes debe insertar las columnas adicionales en la tabla anterior]

* 1. **Capacidad Organizacional**

Indique las siguientes cifras con máximo 2 decimales:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Porcentaje de participación** | **Proponente singular** | **Proponente Plural** | | |
| **Indicador** | **Índice del Oferente** | **Índice del participante N°1** | **Índice del participante N°2** | **Índice del participante N°3** |
| Rentabilidad sobre activos |  |  |  |  |
| Rentabilidad sobre el patrimonio |  |  |  |  |

[Si el oferente es plural y tiene más de tres participantes debe insertar las columnas adicionales en la tabla anterior]

Para acreditar la anterior información, adjunto [lista de documentos que prueban la Capacidad Financiera y Organizacional], emitidos en [incluir el país de emisión]

Declaramos bajo la gravedad de juramento que la información consignada es cierta, comprometiendo nuestra responsabilidad personal y la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma de persona natural o representante legal de persona jurídica |  | Firma revisor fiscal o contador |
| Nombre: [nombre] |  | Nombre: [nombre] |
| Documento de Identidad: [número de documento de identidad] |  | Documento de Identidad: [número de documento de identidad] |
|  |  | [Tarjeta profesional: número de la tarjeta profesional] |

1. Cuando no se tengan Gastos de intereses por favor indicar con valor 0. [↑](#footnote-ref-2)