**Formato No. 1**

**DECLARACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES DE LAVADO DE ACTIVOS**

Señores

**DIRECCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS**

Universidad de Cundinamarca

**REF:** Proceso de Contratación Directa que tiene por objeto “***Adquirir el licenciamiento de la Adobe Acrobe Reader Pro para la realización de las actividades administrativas de la Universidad de Cundinamarca***”.

El suscrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con C.C. No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_legalmente autorizado para actuar en nombre de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, NIT. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, habiendo examinado cuidadosamente el proceso del asunto y sus Adendas, y recibidas las aclaraciones solicitadas, respecto del Proceso de Contratación Directa que tiene por objeto “***Adquirir el licenciamiento de la Adobe Acrobe Reader Pro para la realización de las actividades administrativas de la Universidad de Cundinamarca***”, declaramos:

1. Que no nos encontramos incluidos en listas nacionales o internacionales de lavados de activos.

2. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso de lavado de activos.

En constancia de lo anterior firmo este documento.

Atentamente,

Firma del representante legal/ persona natural:

Nombre:

CC.:

Nombre o razón social del proponente:

NIT.:

**Formato No. 2**

**RELACIÓN DE LA EXPERIENCIA HABILITANTE**

Señores

**DIRECCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS**

Universidad de Cundinamarca

**REF:** Proceso de Contratación Directa que tiene por objeto “***Adquirir el licenciamiento de la Adobe Acrobe Reader Pro para la realización de las actividades administrativas de la Universidad de Cundinamarca***”.

Yo XXXXXXXXXXXXXXX, en calidad de Represéntate legal de la Empresa xxxxxxxxxxxxxxxx, con Nit xxxxxxxxxxxx, identificado con cédula de ciudadanía No xxxxxxxxxxx de xxxxxxxxxxxxxxxxxx, manifiesto que la experiencia que se presenta para participar en el proceso de Contratación Directa que tiene por objeto “***Adquirir el licenciamiento de la Adobe Acrobe Reader Pro para la realización de las actividades administrativas de la Universidad de Cundinamarca***”, es la siguiente:

|  |
| --- |
| **RELACIÓN EXPERIENCIA HABILITANTE** |
| **1.****NO.** | **2. CONSECUTIVO REPORTADO EN EL RUP** | **3. CONTRATANTE** | **4. OBJETO COMPLETO** | **5. FORMA DE PARTICIPACIÓN** | **6. PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN** | **7. FECHA DE INICIO** | **8. FECHA DE TERMINACIÓN** | **9. VALOR EXPERIENCIA EXPRESADA EN SMMLV** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***TOTAL, EXPERIENCIA***  |  |

*Tenga en cuenta:*

*Señale claramente cuál de los contratos relacionados en el RUP pretende sean tenidos en cuenta por la entidad en el presente proceso de selección. Este formato debe guardar relación con la información contenida en el RUP y documentación allegada mediante las certificaciones o actas de terminación o de liquidación presentadas y relacionadas en el siguiente cuadro:*

*Nota columna 5: Indicar en la columna cinco (5) la forma de participación en la experiencia que pretende acreditar. Si es como persona jurídica (PJ), persona natural (PN), unión temporal (UT), consorcio (C), únicamente para los contratos que acrediten.*

*Nota columna 6: En el evento en que sea unión temporal o consorcio, indicar en la sexta (6) columna el porcentaje (%) de participación. Si es como persona jurídica o persona natural, indicar cien por ciento (100%).*

*Nota columna 9: Deberá indicar el valor de la experiencia acreditada en SMMLV, conforme la forma de participación y el porcentaje de participación en caso de acreditar experiencia como proponente plural.*

*Nota fila “total experiencia”: Debe corresponder al total de la experiencia cuantificada en SMMLV que pretende acreditar para el presente proceso de contratación de acuerdo con lo establecido en los términos de la invitación.*

Atentamente,

Firma del representante legal/ persona natural:

Nombre:

CC.:

Nombre o razón social del proponente:

NIT.:

**Formato No. 3**

**DECLARACIÓN JURAMENTADA PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL, PARA FISCALES E IMPUESTOS A QUE HAYA LUGAR**

**(PERSONAS JURÍDICAS)**

Señores

**DIRECCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS**

Universidad de Cundinamarca

**REF:** Proceso de Contratación Directa que tiene por objeto “***Adquirir el licenciamiento de la Adobe Acrobe Reader Pro para la realización de las actividades administrativas de la Universidad de Cundinamarca***”.

Cordial saludo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi condición de Representante Legal de (Razón social de la compañía) identificada con Nit \_\_\_\_\_\_\_\_ , certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (Articulo 65 Ley 1819 de 2016), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de (Razón social de la compañía) identificada con Nit \_\_\_\_\_\_\_\_ , debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de \_\_\_\_\_\_\_\_, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (Articulo 65 Ley 1819 de 2016), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

*En el evento en que la sociedad no tenga más de seis (6) meses de constituida, deberá acreditar los pagos a partir de la fecha de su constitución como sigue:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi condición de Representante Legal de (Razón social de la compañía) identificada con Nit \_\_\_\_\_\_\_\_, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (Articulo 65 Ley 1819 de 2016), pagados por la compañía a partir de [fecha de constitución]. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y con Tarjeta Profesional No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de (Razón social de la compañía) identificada con Nit \_\_\_\_\_\_\_\_ , debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de \_\_\_\_\_\_\_\_, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (Articulo 65 Ley 1819 de 2016), pagados por la compañía a partir de [fecha de constitución]. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

(En caso de presentar acuerdo de pago con alguna de las entidades anteriormente mencionadas, se deberá precisar el valor y el plazo previsto para el acuerdo de pago, con indicación del cumplimiento de esta obligación, caso en el cual deberá anexar copia del acuerdo de pago correspondiente y el comprobante de pago soporte del mes anterior al cierre del proceso de contratación)

LA ANTERIOR PREVISIÓN APLICA PARA LAS PERSONAS JURÍDICAS EXTRANJERAS CON DOMICILIO O SUCURSAL EN COLOMBIA LAS CUALES DEBERÁN ACREDITAR ESTE REQUISITO RESPECTO DEL PERSONAL VINCULADO EN COLOMBIA.

Conforme el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, manifiesto que SI (\_\_\_) o NO (\_\_\_\_\_) que me encuentro exonerado del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

**EN CASO DE NO REQUERIRSE DE REVISOR FISCAL, ESTE ANEXO DEBERÁ DILIGENCIARSE Y SUSCRIBIRSE POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA, CERTIFICANDO EL PAGO EFECTUADO POR DICHOS CONCEPTOS EN LOS PERIODOS ANTES MENCIONADOS Y, NO SE INCLUIRÁ LA EXPRESIÓN “BAJO JURAMENTO”. CUANDO LA FIRME EL REPRESENTANTE LEGAL DEBERÁ CONTENER ESTA EXPRESIÓN.**

Dada en \_\_\_\_\_\_, a los (XX) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA -----------------------------------------------------------

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formato No. 4**

**PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES ARTICULO 9 LEY 828 DE 2003**

**(PERSONAS NATURALES)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado (a) con C.C \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_, de acuerdo con lo señalado en el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, **DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal en su artículo 442, que he efectuado el pago por concepto de mis aportes y/o el de mis empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (Articulo 65 Ley 1819 de 2016).

*(En caso de presentar acuerdo de pago con las entidades recaudadoras respecto de alguna de las obligaciones mencionadas deberá manifestar que existe el acuerdo y que se encuentra al día en el cumplimiento de este. En este evento el oferente deberá anexar copia del acuerdo de pago correspondiente y el comprobante de pago soporte del mes anterior al cierre del proceso de selección)*

*ESTA PREVISIONES APLICAN PARA LAS PERSONAS NATURALES EXTRANJERAS CON DOMICILIO EN COLOMBIA LAS CUALES DEBERÁN ACREDITAR ESTE REQUISITO RESPECTO DEL PERSONAL VINCULADO EN COLOMBIA.*

En virtud de lo señalado en el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, manifiesto que como persona natural empleadora me SI (\_\_\_\_\_) o NO (\_\_\_\_\_\_) encuentro exonerado de la obligación de pago de los aportes parafiscales al SENA, al ICBF y al Sistema de Seguridad Social en Salud por los empleados que devenguen menos de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Lo anterior no aplicará para personas naturales que empleen menos de dos trabajadores, los cuales seguirán obligados a efectuar los aportes de que trata este inciso.

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que dentro de los 6 meses anteriores a la fecha de presentación de la oferta no tuve personal a cargo y por ende no estoy obligado a efectuar el pago de aportes legales y seguridad social. *(Dejar el texto, si corresponde)*

En constancia de lo anterior firmo este documento.

FIRMA -----------------------------------------------------------

NOMBRE DE QUIEN DECLARA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nota: Para los Proponentes Plurales cada uno de los integrantes debe suscribir por separado la declaración de la que tratan los anteriores numerales. Adicionalmente, el Proponente adjudicatario debe presentar, para la suscripción del respectivo Contrato, ante la dependencia ejecutora, la declaración donde acredite el pago correspondiente a seguridad social y aportes legales cuando a ello haya lugar.*

**Formato No. 5**

**CONFORMACIÓN DE PROPONENTE PLURAL**

[El Proponente deberá diligenciar el Formato dependiendo de la forma asociativa con la que se presente (Consorcio o Unión Temporal)]

**[Número del Proceso de Contratación]**

**FORMATO A — DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE CONSORCIO**

Señores

**[NOMBRE DE LA ENTIDAD]**

[Dirección de la Entidad]

[Ciudad]

**REF:** Proceso de Contratación Directa ABS 31, en adelante el “Proceso de Contratación”

Objeto: “***Adquirir el licenciamiento de la Adobe Acrobe Reader Pro para la realización de las actividades administrativas de la Universidad de Cundinamarca***”

Estimados señores:

Los suscritos, [nombre de la persona natural o del representante legal del integrante 1] y [nombre de la persona natural o del representante legal del integrante 2] debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de [nombre o razón social del integrante 1] y [nombre o razón social del integrante 2], respectivamente, manifestamos por medio de este documento, que hemos convenido asociarnos en Consorcio, para participar en el Proceso de Contratación y, por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. El Consorcio está conformado por los siguientes integrantes:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del integrante** | **Compromiso (%)[[1]](#footnote-1)** |
| [Indicar los nombres de los integrantes del Consorcio] | [Indicar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes] |
|  |  |
|  |  |

1. El Consorcio se denomina Consorcio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. El objeto del Consorcio es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
3. La duración del Consorcio es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
4. El representante del Consorcio es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [indicar el nombre], identificado con la C. C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y en caso de salir favorecidos con la adjudicación del Contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.
5. [Incluir este numeral en caso de nombrar representante suplente] El representante suplente del Consorcio es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [indicar el nombre], identificado con la C. C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y en caso de salir favorecidos con la adjudicación del Contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.

[Definir los eventos en los cuales puede intervenir el representante suplente del Consorcio.]

1. El señor[a] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [indicar el nombre del representante legal del Consorcio] acepta su nombramiento como representante legal del Consorcio [Nombre del Consorcio]
2. [La Entidad y los Proponentes podrán incluir cláusulas adicionales que no contradigan lo dispuesto en los términos de la invitación para regular la relación negocial entre los integrantes.]
3. El domicilio del Consorcio es:

Dirección de correo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En constancia, se firma en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| [Nombre del Proponente o representante legal de cada uno de los integrantes] | [Nombre del Proponente o representante legal de cada uno de los integrantes] |
| [Nombre y firma del representante del Consorcio] | Nombre y firma del suplente del Consorcio] |

**[Número del Proceso de Contratación]**

**FORMATO B — DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE UNIÓN TEMPORAL**

Señores

**[NOMBRE DE LA ENTIDAD]**

[Dirección de la Entidad]

[Ciudad]

**REFERENCIA:** Proceso de Contratación Directa ABS 31, en adelante el “Proceso de Contratación”

Objeto: “***Adquirir el licenciamiento de la Adobe Acrobe Reader Pro para la realización de las actividades administrativas de la Universidad de Cundinamarca***”

Estimados señores:

Los suscritos, [nombre de la persona natural o del representante legal del integrante 1] y [nombre de la persona natural o del representante legal del integrante 2] debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de [nombre o razón social del integrante 1] y [nombre o razón social del integrante 2], respectivamente, manifestamos por medio de este documento que hemos convenido conformar una Unión Temporal para participar en el Proceso de Contratación y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. La Unión Temporal está conformada por los siguientes integrantes, los cuales ejecutarán las actividades que se describen a continuación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividades y términos en la ejecución del Contrato[[2]](#footnote-2)** | **Compromiso (%) [[3]](#footnote-3)** | **Nombre del integrante a cargo de la actividad** |
| [El integrante debe describir pormenorizadamente las actividades que ejecutará en desarrollo del contrato.] | [Indicar el porcentaje de cada actividad que se compromete a ejecutar][En el evento que la actividad sea realizada por dos (2) o más integrantes se indicará el porcentaje de compromiso en relación con cada uno de ellos] |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. La Unión Temporal se denomina Unión Temporal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. El objeto de la Unión Temporal es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
3. La duración de la Unión Temporal es de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
4. El representante de la Unión Temporal es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [indicar el nombre], identificado con la C.C. \_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_, quien está expresamente facultado para firmar y presentar la propuesta y en caso de salir favorecidos con la adjudicación del Contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.
5. [Incluir este numeral en caso de nombrar representante suplente] El representante suplente de la Unión Temporal es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [indicar el nombre], identificado con la C. C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación del Contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.

[Definir los eventos en los cuales puede intervenir el representante suplente de la Unión Temporal.]

1. El señor [a] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[indicar el nombre del representante legal de la Unión Temporal] acepta su nombramiento como representante legal de la Unión Temporal [Nombre de la Unión Temporal]
2. [La entidad y los Proponentes podrán incluir cláusulas adicionales que no contradigan lo dispuesto en los términos de la invitación para regular la relación negocial entre los integrantes.]
3. El domicilio de la Unión Temporal es:

Dirección de correo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En constancia, se firma en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| [Nombre del Proponente o representante legal de cada uno de los integrantes] | [Nombre del Proponente o representante legal de cada uno de los integrantes] |
| [Nombre y firma del representante de la Unión Temporal] | Nombre y firma del suplente de la Unión Temporal] |

1. El total de la columna, es decir la suma de los porcentajes de compromiso de los integrantes, debe ser igual al 100%. [↑](#footnote-ref-1)
2. La extensión de la participación se indicará en función de las actividades a ejecutar en el proyecto. [↑](#footnote-ref-2)
3. El total de la columna, es decir la suma de los porcentajes de compromiso de los integrantes, debe ser igual al 100%. [↑](#footnote-ref-3)