l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Marne

MISSION DE MAITRISE D'ŒUVRE POUR LA REHABILITATION DU PLATEAU 2D ET DU PALIER ADJACENT 2 CD DU BATIMENT DE L'UIOSS DE LA MARNE.

ACTE D'ENGAGEMENT

N° 02/2026

POUVOIR ADJUDICATEUR

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Marne
14 rue du Ruisselet, 51100 REIMS

Le pouvoir adjudicateur est représenté par :

Madame la Directrice de la CPAM de la Marne
Madame Lorne Sandrine, est la personne signataire du marché.

Monsieur le Directeur de la Direction Comptable et financière de la CPAM de la Marne,
Monsieur Augros Jean-Stéphane est le comptable assignataire des paiements

Marché passé en application de l'arrêté du 19 juillet 2018 portant réglementation sur les marchés publics des organismes de sécurité sociale et renvoyant aux dispositions du code de la commande publique

- Articles L 2123-1, R 2123-1, R 2123 – 4 à 6, R 2131-12 et 13, R 2131-18

DATE DU MARCHE

MONTANT DU MARCHE

Prix HT : Euros HT

Prix TTC : Euros TTC

Le montant du marché correspond au montant du forfait provisoire de rémunération, évalué toutes taxes comprises

ARTICLE 1- CONTRACTANT

Le contractant est une **ENTREPRISE INDIVIDUELLE** - UTILISER LE FORMULAIRE **- A -**

Le contractant est une **SOCIETE** - UTILISER LE FORMULAIRE **- B -**

Le contractant est un **GROUPEMENT** - UTILISER LA FORMULE **- C-**

A
Je soussigné,
agissant en mon nom personnel, domicilié à
Téléphone
Fax
Adresse-E-Mail @
Immatriculé(e) à l'INSEE
Numéro d'identité entreprise (SIREN)
Numéro d'établissement (SIRET)
Code d'activité économique principale (APE)
Numéro d'inscription au Registre du Commerce
Référence de l'inscription à un ordre professionnel

B
Je soussigné,
agissant au nom et pour le compte de la société
domiciliée
Téléphone
Fax
Adresse-E-Mail @
Immatriculé(e) à l'INSEE
Numéro d'identité entreprise (SIREN)
Numéro d'établissement (SIRET)
Code d'activité économique principale (APE)
Numéro d'inscription au Registre du Commerce

C	
Nous soussignés,	
M.	
agissant en mon nom personnel, domicilié à	
Agissant comme	☐ Mandataire *ou* ☐ Membre du groupement
Groupement	☐ Conjoint *ou* ☐ Solidaire

Tél./Fax.
Adresse-E-Mail @
Immatriculé(e) à l'INSEE
Numéro d'identité entreprise (SIREN)
Numéro d'établissement (SIRET)
Code d'activité économique principale (APE)
Numéro d'inscription au Registre du Commerce

- ✓ Après avoir pris connaissance du Cahier des Clauses Administratives Particulières *(CCAP)* et des documents qui y sont mentionnés,
- ✓ Après avoir établi les déclarations et fourni les certificats prévus aux articles R 2142-1 à 2, R 2142-5 à 14, R 2142-3 à 4, R 2143-3, R 2143-16 du code de la commande publique.
- ✓ Affirme sous peine de résiliation de plein droit du marché, ou de sa mise en régie à mes torts exclusifs (ou aux torts exclusifs de la Société pour laquelle j'interviens) que je ne tombe pas (ou que la Société ne tombe pas) dans aucun des cas mentionnés aux articles L 2141-1 à 11 du code de la commande publique,

☐	M'ENGAGE, sans réserve, conformément aux stipulations des documents visés ci-dessus

☐	NOUS ENGAGEONS (**en cas de groupement**), sans réserve, conformément aux stipulations des documents visés ci-dessus

à exécuter la mission de maitrise d'œuvre dans les conditions ci-après définies.

ARTICLE 2 - PROPOSITION FINANCIERE

Conditions générales de l'offre de prix :

L'offre de prix est réputée établie sur la base des conditions économiques en vigueur au mois précédent celui de la date limite de remise des offres soit aout 2026 (mois zéro).

Elle résulte de l'appréciation de la complexité de l'opération et comprend les éléments de mission de maîtrise d'œuvre définis à l'article 1.6 du CCAP.

Calcul de la rémunération provisoire

Part de l'enveloppe financière affectée aux travaux par le Maître d'ouvrage : CO = 345 000,00 € HT
Le taux de rémunération de la mission de base est de %

Le forfait provisoire de rémunération est fixé à : € HT

€ TTC (Le taux de TVA en vigueur au jour de la signature

Soit ……euros TTC.
(en toutes lettres)

Décomposition de la rémunération du maître d'œuvre par élément de la mission

Missions	% du Total	Prix € HT	Prix € TTC
Mission **APS**	10 %	€ HT	€ TTC
Mission **APD**	18 %	€ HT	€ TTC
Mission **PRO**	21 %	€ HT	€ TTC
Mission **ACT**	7 %	€ HT	€ TTC
Mission **EXE « totale »**	9 %	€ HT	€ TTC
Mission **DET**	28 %	€ HT	€ TTC
Mission **AOR**	7 %	€ HT	€ TTC
TOTAL mission de base	100%	€ HT	€ TTC
MISSIONS COMPLEMENTAIRES			
Mission **DIA**	FORFAIT A PRECISER	€ HT	€ TTC
Mission **OPC**	FORFAIT A PRECISER	€ HT	€ TTC
Total du marché		€ HT	€ TTC

Le forfait définitif est arrêté dès que le coût prévisionnel CO est établi dans les conditions précisées à l'article 3.2 du CCAP.

Modalités de rémunération
Le forfait de rémunération est rendu définitif selon les dispositions de l'article 3.2 du CCAP. La part attribuée à chaque cotraitant est fixée dans l'article 3 du présent acte d'engagement

ARTICLE 3 - PAIEMENTS

Le maître de l'ouvrage se libérera des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant au crédit :

1er contractant

Compte ouvert au nom de	
Sous le numéro	Clé RIB
Banque	
Code banque	Code guichet

☐ J'accepte l'avance à laquelle je peux éventuellement prétendre, conformément à l'article 5.1 du CCAP.

☐ Je refuse de percevoir l'avance à laquelle je peux éventuellement prétendre, conformément à l'article 5.1 du CCAP.

2ème contractant

Compte ouvert au nom de	
Sous le numéro	Clé RIB
Banque	
Code banque	Code guichet

☐ J'accepte de l'avance à laquelle je peux éventuellement prétendre, conformément à l'article 5.1 du CCAP.

☐ Je refuse de percevoir l'avance à laquelle je peux éventuellement prétendre, conformément à l'article 5.1 du CCAP.

3ème contractant

Compte ouvert au nom de	
Sous le numéro	Clé RIB
Banque	
Code banque	Code guichet

☐ J'accepte l'avance à laquelle je peux éventuellement prétendre, conformément à l'article 5.1 du CCAP.

☐ Je refuse de percevoir l'avance à laquelle je peux éventuellement prétendre, conformément à l'article 5.1 du CCAP.

Important : toute case non renseignée vaut renonciation à l'avance.

Répartition par cotraitant

Missions	% du Total	Répartition par cotraitant			Total global HT
MISSIONS DE BASE		PART DE …	PART DE …	PART DE …	
Mission **APS**	10 %				
Mission **APD**	18 %				
Mission **PRO**	21 %				
Mission **ACT**	7 %				
Mission **EXE « totale »**	9 %				
Mission **DET**	28 %				
Mission **AOR**	7 %				
TOTAL mission de base	100 %				
MISSIONS COMPLEMENTAIRES					
Mission **DIA**	FORFAIT A PRECISER				
Mission **OPC**	FORFAIT A PRECISER				
Total					

ARTICLE 4 – SOUS-TRAITANCE (dans les limites de l'article 1.4 du CCAP)

Indiquer suivant le cas :
❑ Pour l'exécution du marché, je n'envisage pas de recourir à un ou plusieurs sous traitants,
❑ Les annexes n°……au présent acte d'engagement indiquent la nature et le montant des prestations que
❑ j'envisage
❑ nous envisageons

de faire exécuter par des sous-traitants payés directement, le nom de ces sous traitants et les conditions de paiement des contrats de sous traitance, le montant des prestations sous traitées, indiqué dans chaque annexe, constitue le montant maximal de la créance que le sous-traitant concerné pourra présenter en nantissement.

Chaque annexe constitue une demande d'acceptation du sous traitant concerné et d'agrément des conditions de paiement du contrat de sous traitance, demande qui est réputée prendre effet à la notification du marché.

Le montant total des prestations que ❑ j'envisage
❑ nous envisageons

de sous-traiter conformément à ces annexes est de : ……Euros

En outre, le tableau ci-après indique la nature et le montant que

❑ j'envisage
❑ nous envisageons

de faire exécuter par des sous-traitants payés directement après avoir demandé leur acceptation à la personne représentant le pouvoir adjudicateur ; les sommes figurant à ce tableau correspondent au montant maximal de la créance que le(s) sous-traitant(s) concerné(s) pourra(ont) présenter en nantissement.

DESIGNATION DU SOUS-TRAITANT	NATURE DE LA PRESTATION	MONTANT DE LA PRESTATION TVA INCLUSE	MENTION DE L'AGREMENT[1]

ARTICLE 5 – DELAI DE PAIEMENT

Conformément aux dispositions de l'article R 2192-10 du code de la commande publique, le délai global maximum de paiement est de 30 jours.

A l'expiration du délai de paiement, le Titulaire a droit, sans qu'il ait à les demander, au versement des intérêts moratoires et à l'indemnité forfaitaire pour les frais de recouvrement dans les conditions prévues aux articles L 2192-13 et R 2192-31 à 36 du code de la commande publique.

ARTICLE 6 – DELAIS D'EXECUTION

Le marché débute à la notification du marché et se termine à la fin du délai de garantie de parfait achèvement. L'objectif est un achèvement des travaux au 31/12/2027**,**
soit **un délai global d'exécution prévisionnel de : 15 mois** ;

Les délais d'exécution des documents d'étude et du dossier des ouvrages exécutés sont les suivants :

DIA	3 semaines
APS	3 semaines
APD	3 semaines
PRO	3 semaines
ACT (DCE)	3 semaines
ACT (rapport d'analyse)	2 semaines
ACT (dossier marché)	1 semaine
EXE	Durée des travaux
DET	Durée des travaux
AOR (DOE)	2 semaines

Le point de départ de chacun de ces délais est fixé à l'article 7 du CCAP.

[1] A compléter par le Maître d'ouvrage. L'agrément emporte acceptation du sous-traitant et agrément des conditions de paiement du contrat de sous-traitance.

ENGAGEMENT DU CONTRACTANT
LE PRESENT ACTE D'ENGAGEMENT EST FAIT EN <u>UN SEUL ORIGINAL</u> A LE **Mention manuscrite « lu et approuvé »** **SIGNATURE** *du (ou des) contractants*

REPONSE DE LA CPAM DE LA MARNE
LA PRESENTE OFFRE EST ACCEPTEE A Le **LA DIRECTRICE DE LA CPAM DE LA MARNE,**

NOTIFICATION DU MARCHE	
La notification transforme le projet de marché en marché et le candidat en titulaire. Elle consiste en la remise d'une photocopie certifiée conforme du marché au titulaire *(dans ce cas le titulaire signera la formule ci-dessous)*. Cette remise peut être opérée par lettre recommandée avec accusé de réception *(dans ce cas, l'avis de réception daté et signé par le titulaire sera collé ci-dessous)*	
Remise contre récépissé Reçu à titre de notification une copie certifiée conforme du présent marché A ..... le..... Signature du Titulaire	**Remise par lettre RAR** Réception par le Titulaire de la copie certifiée conforme le …….. (*Accusé de Réception Postal ci-dessous)*