

**ANEXO 3
FORMULARIO
RELACIÓN DE EXPERIENCIA DEL PROPONENTE**

En el caso de consorcios y/o uniones temporales, el proponente deberá relacionar únicamente la experiencia según su porcentaje de participación

RELACIÓN EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

	CONTRATANTE	OBJETO DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO EN SMLMV
Contrato 1			
Contrato 2			
Contrato 3			
Contrato 4			
Contrato 5			

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES VERDADERA.

Nombre representante legal:
CC:

Firma representante legal

ANEXO N° 4
DECLARACION JURAMENTADA

Fecha:

Señora
OLGA CECILIA ARROYAVE MOLINA
Alcaldesa Municipal
Municipio De Valdivia
Entidad Contratante

Asunto: Declaración de multas y/o sanciones

Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía
y _____ representante legal de _____, declaro bajo gravedad de juramento,
que la firma que represento no ha sido objeto de multas y/o sanciones a consecuencia
de incumplimientos cualquiera sea su denominación, durante los últimos tres (3) años.

Cordialmente,
Nombre, Apellidos o Razón Social Firma
Identificación Número

ANEXO 5

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Fecha:

Señora
OLGA CECILIA ARROYAVE MOLINA
Alcaldesa Municipal
Municipio De Valdivia
Entidad Contratante

Referencia:

, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi propio nombre (o en representación), manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y del municipio de Valdivia para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública. 2. No estamos en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación de Mínima Cuantía. 3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación. 5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia. 6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores. 7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

Atentamente,

C.C:

f) El término de validez de la propuesta es de 90 días calendario, contados desde su presentación.

g) De conformidad con el artículo 56 de la Ley 1437 de 2011 autorizó a El MUNICIPIO a notificarme a través del correo electrónico:

Atentamente:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL NIT NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DOCUMENTO DE IDENTIDAD CIUDAD	DIRECCIÓN TELÉFONO FAX CORREO ELECTRÓNICO FAX
---	--

FIRMA _____

FORMATO No. 2. FORMULARIO ÚNICO HOJA DE VIDA DE PERSONA JURÍDICA



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA JURÍDICA

ENTIDAD RECEPTORA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1996)
RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

I. IDENTIFICACIÓN					
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN					
SIGLA				NIT No.	
PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO:			PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE:		
ORDEN <input type="checkbox"/> NAL. <input type="checkbox"/> DPTL. <input type="checkbox"/> DIST. <input type="checkbox"/> MPL. <input type="checkbox"/> OTRO ¿CUÁL? _____			TIPO <input type="checkbox"/> (VER AL RESPALDO)		CLASE <input type="checkbox"/> (VER AL RESPALDO)
DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA		PAIS	DEPARTAMENTO		
MUNICIPIO		DIRECCIÓN			
TELÉFONOS		FAX	APARTADO AEREO		
II. SERVICIOS					
RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD					
1			2		
3			4		
5			6		
III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL					
RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO:					
ENTIDAD CONTRATANTE	PUB	PRIV	TELÉFONO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR
IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO		ACTÚA EN CARÁCTER DE:	
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>				Representante Legal <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/>	
				CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN \$	
ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1o. LEY 190 DE 1995).					
OBSERVACIONES: _____					
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5o. LEY 190 DE 1995).					
FIRMA			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		
V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4o. LEY 190 DE 1995).					
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE				CIUDAD Y FECHA	

CONTRATANTE

FORMA FUHVPJ001

FORMATO No. 3. CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES. PERSONA JURÍDICA. ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002.

(Use la opción que corresponda, según certifique el Representante Legal o el Revisor Fiscal)

Yo, _____, identificado con _____, en mi condición de **Representante Legal** de (*Razón social de la compañía*) identificada con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ o Entidad Competente certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Yo, _____, 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*) identificado con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ o Entidad Competente, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoria generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Estos pagos, corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Nota: Para relacionar el pago de los aportes correspondientes a los Sistemas de Seguridad Social, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 1406 de 1999 artículos 19 a 24 y Decreto 2236 de 1999. Así mismo, en el caso correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, ICBF y SENA, se deberá tener en cuenta el plazo dispuesto para tal efecto en el Decreto 1464 de 2005.

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.

Dada en _____, a los () _____ del mes de _____ de _____

FIRMA _____
NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA _____