FORMATO N°1

MODELO DE LA CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Sincelejo, fecha

Señores:
METRO SABANAS SAS
Sincelejo

PROCESO: MENOR CUANTÍA No.

Nosotros los suscritos:_____(*nombre del proponente*) de acuerdo con Los términos de la SELECCIÓN ABREVIADA POR MENOR CUANTIA **No. XXXX,** cuyo objeto es la **"XXXX",** hacemos la siguiente propuesta y en caso de que sea aceptada porLa Sociedad Pública METRO SABANAS S.A.S, nos comprometemos a ejecutar el objeto que corresponde.

Declaramos así mismo:

Que esta propuesta y el documento que llegue a celebrarse sólo compromete a los firmantes de esta carta.
Que ninguna entidad o persona distinta a los firmantes tiene interés comercial en esta propuestani en el contrato probable que de ella de derive.
Que conocemos la información general y demás documentos de la invitación pública del presente proceso y que aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
Que conocemos el sitio del proyecto y hemos tomado atenta nota de las condiciones que puedan afectar su ejecución.
Que no nos hallamos incursos en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas enla Ley y que no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.
Que hemos recibido las siguientes adendas a los documentos del proceso _____*(indicar el número y la fecha de cada uno).* Y que aceptamos su contenido.

Atentamente,

Nombre del proponente o de
Su Representante Legal _____
C.C. N º. _____de_____

Matrícula Profesional Nº. _____(*anexar copia)*
N º De NIT (consorcio o unión
Temporal o de la (s) firma (s) __ Dirección de correo
_____ Correo Electrónico
_____
Telefax _____
Ciudad _____

_____

(F*irma del proponente o de su Representante Legal)*

FORMULARIO Nº1

EXPERIENCIA ESPECÍFICA RELACIÓN DE CONTRATOS

CONTRATANTE	OBJETO	ESTADO (*)	FORMA DE EJECUCIÓN (**)	VALOR	AÑO (DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO)	Nº ORDEN EN EL RUP	VALOR EN SMMLV
TOTAL							

(*) Indicar si está ejecutado (E), en ejecución (EJ) o suspendido (S)
(**) Para cada contrato se debe indicar si se ejecutó en forma individual (I), en Consorcio (C) o en Unión Temporal (UT)

En caso de contratos ejecutados en consorcio o unión temporal se deberá informar únicamente el valor facturado correspondiente a su porcentaje de participación.

La información incluida en estos cuadros será responsabilidad del proponente, so pena de las condiciones legales pertinentes.

Firma del proponente o
de su representante legal: _____

FORMULARIO 2 OFERTA ECONÓMICA

CALCULO 1 OPERADOR TIEMPO COMPLETO DE SERVICIOS GENERALES 2023

CONDICIONES GENERALES

Año 2023	salario	$
	aux. transp	$

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	ASEADORAS - ASISTENCIALES
SALARIO	UND	$
AUXILIO DE TRANSPORTE	UND	$
TOTAL		**$**
CESANTÍAS	UND	$ 1
INTERESES CESANTÍAS	UND	$
PRIMAS	UND	$
VACACIONES	UND	$
TOTAL PRESTACIONES SOCIALES		**$**
TOTAL CON PRESTACIONES SOCIALES		**$**
APORTES PATRONALES		
SALUD	UND	$
PENSION	UND	$
ARL	UND	$
PARAFISCALES	UND	$
TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL + PARAFISCAL		
TOTAL POR PERSONA		**$**
TOTAL POR PERSONA POR UN MES		**$**
DOTACION (Estimado en % del salario)	UND	$
TOTAL POR EMPLEADO		

MES
TASAS
%
%
TASAS
%

DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR TOTAL		
ASEADORA	1	$		
SUBTOTAL(1)			a	**TASAS**
ADMINISTRACIÓN 12% SOBRE EL SUBTOTAL (1)				%
SUBTOTAL (2)= SUBT(1) + ADMON		**$**	b	
BASE PARA IVA ES EL 10% SOBRE SUBTOTAL2		$		
IVA 19 %		**$**	c	
TOTAL X MES (a+b+c)		**$**		

Por tanto el valor estimado por la entidad es de $	**$**	
Tiempo estimado del servicio	**8**	

CALCULO 1 OPERADOR MEDIO TIEMPO DE SERVICIOS GENERALES 2023

CONDICIONES GENERALES

Año 2023	salario	$
	aux. transp	$

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	ASEADORAS - ASISTENCIALES	MES
MEDIO SALARIO	UND	$	
AUXILIO DE TRANSPORTE	UND	$	
TOTAL		**$**	**TASAS**
CESANTÍAS	UND	$	
INTERESES CESANTÍAS	UND	$	
PRIMAS	UND	$	
VACACIONES	UND	$	
TOTAL PRESTACIONES SOCIALES		**$**	
TOTAL CON PRESTACIONES SOCIALES		**$**	
APORTES PATRONALES			**TASAS**
SALUD	UND	$	
PENSION	UND	$	
ARL	UND	$	

PARAFISCALES	UND	$		
TOTAL, APORTES SEGURIDAD SOCIAL + PARAFISCAL		**$**		
TOTAL, POR PERSONA		**$**		
TOTAL POR PERSONA POR UN MES		**$**		
DOTACIÓN (Estimado en % del salario)	UND	$		
TOTAL POR EMPLEADO		**$**		
DESCRIPCIÓN	**CANTIDAD**	**VALOR TOTAL**		
ASEADORA	1	$		
SUBTOTAL (1)		**$**	a	**TASAS**
ADMINISTRACIÓN 12% SOBRE EL SUBTOTAL (1)		$		
SUBTOTAL (2)= SUBT(1) + ADMON		**$**	b	
BASE PARA IVA ES EL 10% SOBRE SUBTOTAL2		$		
IVA 19 %		**$**	c	
TOTAL X MES (a+b+c)		**$**		

Por tanto el valor estimado por la entidad es de		**$**
Tiempo estimado del servicio	**8 meses**	**$**

VALOR TOTAL **2 OPERARIAS** **$**

Firma Del Proponente_____
Nombre del proponente o de
Su Representante Legal _____
C.C. N º. _____de_____
Matrícula Profesional Nº. _____(*anexar copia)*

N º De NIT (consorcio o unión
Temporal o de la (s) firma (s) __ Dirección de correo
_____ Correo Electrónico
_____

Telefax _____

Ciudad _____

NOTA: En el formulario electrónico deberán indicar el valor total del presupuesto oficial.

FORMATO No. 2

MODELO DE LA CARTA DE INFORMACIÓN DEL CONSORCIO

Sincelejo, fecha

Señores:

METRO SABANA S.A.S

Sincelejo

PROCESO: N° _____

Los suscritos _____(Nombre del representante legal) y _____ de _____(Nombre o razón social del integrante), respectivamente manifestamos por este documento, que hemos convenido asociarnos en CONSORCIO, para participar en esta invitación cuyo objeto es el_____(objeto del presente proceso), y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

La duración de este consorcio será igual al término de la ejecución y liquidación del contrato.El

consorcio está integrado por:

NOMBRE	PARTICIPACIÓN (%) (1)
_____	_____

El total de la columna, decir la suma de los porcentajes de participación de los miembros, debeser igual al 100%.

El consorcio se denomina CONSORCIO _____

La responsabilidad de los integrantes del Consorcio es solidaria.

El representante del Consorcio es_____(indicar el nombre), identificado con C.C. Nº._____de_____, quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y, en caso de salir favorecido 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.

La sede del Consorcio es:

Dirección de correo

_____

Correo electrónico

_____

Teléfono

_____

Telefax

_____

Ciudad

_____

En constancia, se firma en_____, a los_____días del mes de_____ de 200___

_____

(Nombre y firma del Representante LegalY
de cada uno de los integrantes)

_____

(Nombre y firma del Representante Legal del Concurso)

FORMATO No. 3

MODELO DE LA CARTA DE INFORMACIÓN DE UNION TEMPORAL

Sincelejo, fecha

Señores

METRO SABANA S.A.S

Sincelejo

PROCESO: N° _____

Los suscritos,_____(nombre del Representante Legal) y_____(Nombre del Representante Legal),debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de _____ (nombre o razón social del integrante) y_____(nombre o razón social del integrante), respectivamente, manifestamos por este documento, que hemos convenido asociarnos en UNION TEMPORAL para participar en el proceso de la referencia, cuyo objeto es__ _____(objeto del presente proceso), por lo tanto, expresamos lo siguiente:

La duración de la Unión Temporal será igual al término de ejecución y liquidación del contrato.La

unión Temporal está integrada por:

NOMBRE	TÉRMINOS Y EXTENSIÓN DE PARTICIPACIÓN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO (1)	COMPROMISO (%) (2)
_____	_____	_____

(1) Discriminar en función del alcance del contrato fijado en el Capítulo V de los términos de referencia, para cada uno de los integrantes.

(2) El total de la columna, es decir la suma de los porcentajes de compromiso de los miembros,debe ser igual al 100%

La Unión Temporal se denomina UNIÓN TEMPORAL _____

La responsabilidad de los integrantes de la unión temporal es solidaria en los términos de ley,hasta el porcentaje de participación y/o responsabilidad asumida en el presente documento,

durante el proceso, la ejecución del contrato y vigencia de los amparos de las garantías única yde responsabilidad civil extracontractual.

El representante de la Unión Temporal es_____(identificar el nombre,) identificado con la Cédula de Ciudadanía Nº._____, de_____, quien está expresamente facultado para firmar y presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos conla adjudicación del contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.

La sede de la Unión Temporal es:

Dirección de correo _____

Correo electrónico _____

Teléfono _____

Telefax _____

Ciudad _____

En constancia, se firma en_____, a los_____días del mes de_____de 202___

_____

(Nombre y firma del Representante Legal

de cada uno de los integrantes)

_____

(Nombre y firma del Representante Legal de la

Unión Temporal)

FORMATO Nº 4

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES
ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

(PERSONAS JURÍDICAS)

[Este formato debe ser diligenciado por las personas jurídicas nacionales y las extranjeras con domicilio o sucursal en Colombia las cuales deberán acreditar este requisito respecto del personal vinculado en Colombia].

[Cuando la persona jurídica no esté exonerada en el pago al sistema de aportes parafiscales, deberá incluir el siguiente texto y ajustar el formato en lo correspondiente:]

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica] identificado con [Incluir elnúmero de identificación] en mi condición de Representante Legal de [Incluir la Razón social deidentificada con la persona jurídica] NIT [Incluir el NIT], bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de laLey 789 de 2002.

[Incluir el nombre del revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], y con Tarjeta Profesional No. [Incluir Número de tarjea profesional] de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de [Incluir la Razón social de la persona jurídica] identificada con NIT [Incluir el 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, bajo la gravedadde juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción *(artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto enel artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

[En el evento en que la sociedad no tenga más de seis (6) meses de constituida, deberáacreditar los pagos a partir de la fecha de su constitución como se indica a continuación:]

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica] identificado con [Incluir el número de identificación] en mi condición de Representante Legal de [Incluir la Razón social dela persona jurídica] identificada con NIT [Incluir el NIT], bajo la gravedad de juramento, certificoel pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje, y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción *(artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* 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.

[Incluir el nombre del revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], y con Tarjeta Profesional No. [Incluir Numero de tarjea profesional] de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de [Incluir la Razón social de la persona jurídica] identificada con NIT [Incluir el 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, bajo la gravedadde juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción *(artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía a partir de [fecha de constitución]. Lo anterior, en cumplimiento de lodispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

[En caso de presentar acuerdo de pago con alguna de las entidades anteriormentemencionadas, 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 procedimiento de contratación]

[Cuando la persona jurídica esté exonerada de aportes parafiscales de acuerdo con el artículo 114-1 del Estatuto Tributario modificado por el artículo 65 de la Ley 1918 de 2016, deberá incluirel siguiente texto y ajustar el formato en lo correspondiente]:

Conforme el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, bajo la gravedad de juramento, manifiesto queme 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 trabajadoresque devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensualeslegales vigentes.

[Cuando la persona jurídica no haya tenido personal a cargo dentro de los seis (6) mesesanteriores a la presentación de la propuesta deberá manifestarlo de la siguiente manera:]

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como Representante Legal o revisor fiscal] de [Incluir la Razón social de la persona jurídica] identificada con NIT [Incluir el NIT], bajo la gravedad de juramento, manifiesto que dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de firma del Contrato no tuve personal a cargoy por ende no estoy obligado a efectuar el pago de aportes legales y seguridad social.

En constancia, se firma en_____, a los_____días del mes de_____de 20__.

_____

[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda]

Nota: Si es persona jurídica deberá presentar con la propuesta la certificación expedida por el revisor fiscal y en caso que por ley éste no exista, deberá expedirla el representante legal, avalada por un contador público acerca del cumplimiento del pago de los aportes parafiscalesy afiliaciones a salud, pensiones, cesantías y riesgos profesionales, de conformidad con el incisosegundo y el parágrafo 1º del artículo 41 de la Ley 80 de 1993, para contratar con organismos Estatales, durante los últimos seis meses, para tal efecto la certificación del contador o el revisorfiscal, según el caso, debe venir acompañada de copia de la cédula de ciudadanía del ContadorPúblico, copia de la tarjeta profesional y certificado vigente expedido por la junta central de contadores. Así mismo, deberá aportar la planilla de pago al día correspondiente al mes inmediatamente anterior a la fecha de cierre del proceso.

La persona natural deberá acreditar su afiliación y paz salvo con el Sistema de Seguridad Socialen Salud, Pensión y Riesgos Profesionales, si a ello hubiere lugar, con la planilla de pago al día correspondiente al mes inmediatamente anterior a la fecha de cierre del proceso, junto con los certificados de afiliación.

FORMATO PARA CRITERIOS DE DESEMPATEFORMATO 8A

PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O MUJERES VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (PERSONA JURÍDICA)

NOTA: *[Este formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, según corresponda, de la persona jurídica en el que mayoritariamente participen mujeres cabeza de familia y mujeres víctima de violencia intrafamiliar. En el evento que la oferta la presente una entidad privada sin ánimo de lucro, ya sea, fundación, corporación o asociación se ajustará el formato en lo pertinente. La información vertida en este formato contiene datos sensibles la cualestá sujeta a reserva legal y, por tanto, no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]*

Señores
METRO SABANAS SAS
Sincelejo
REF: Proceso de Contratación Nro
Objeto:
Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica o del revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar siactúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica]identificada con el NIT [Incluir el NIT], certifico bajo la gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica está constituida por mujeres cabeza de familia y/o mujeres víctima de violencia intrafamiliar. Esta información está soportada de acuerdo con los libros de comercio de la sociedad, los cuales gozan de reserva legal en los términos del artículo 61 del Código de Comercio.

En el siguiente cuadro señalo las mujeres cabeza de familia o mujeres víctima de violencia intrafamiliar que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

Identificación de las mujeres cabeza de familia o mujeres víctima de violencia intrafamiliar que participan en la persona jurídica (Incluir nombre y documento de identidad)	Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

En constancia, se firma en_____, a los_____días del mes de_____de 20___

_____

[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda

FORMATO 8B

VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

[Tratándose de proponentes plurales, este formato lo presentará el integrante o los integrantesque tengan una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25 %) en el consorcio oen la unión temporal y aporten mínimo el veinticinco por ciento (25 %) de la experiencia generalhabilitante]

Señores
METRO SABANAS SAS
Sincelejo
REFERENCIA: Proceso de Contratación Nro.
Objeto:

Estimados señores:

[Incluir el nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisorfiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condiciónde [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] [identificada con el NIT_____], certifico que tengo vinculado en la plantade personal un mínimo del diez por ciento (10 %) de empleados en las condiciones de discapacidad enunciadas en la Ley 361 de 1997, contratados [con una anterioridad no inferior a un año o desde la constitución de la sociedad (para sociedades con menos de un año de constitución)], para lo cual adjunto el certificado expedido por el Ministerio del Trabajo.

De igual manera me comprometo en caso de resultar adjudicatario del presente proceso de contratación, a mantener vinculados a los empleados en condiciones de discapacidad por un lapso igual al del plazo de ejecución del contrato.

En constancia, se firma en_____, a los_____días del mes de_____de 20__.

_____

[Nombre y firma de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda

FORMATO 8 C

VINCULACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y NO BENEFICIARIAS DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA
(EMPLEADOR – PROPONENTE)

[*Este formato lo diligencia la persona natural, el representante legal o el revisor fiscal de la persona jurídica que tiene en su personal trabajadores mayores de edad vinculados en la plantadel personal que no sean beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y quehayan cumplido la edad de pensión. En el caso de los proponentes plurales, este formato lo diligenciará el representante del proponente plural en el cual certifica la totalidad de los trabajadores vinculados en la planta de personal de cada uno de los integrantes y la totalidad de personas mayores de edad vinculados de cada uno de sus integrantes*]

Señores
METRO SABANAS SAS
Sincelejo
REFERENCIA: Proceso de Contratación Nro.

Objeto:

Estimados señores:

[Incluir el nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisorfiscal, según corresponda, o el representante del proponente plural] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal o representante del proponente plural] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] [identificada con el NIT_____], certifico que el número total de trabajadores personas mayores de edad vinculados en la planta del personal que no son beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de edad de pensión establecido en la ley es el que se relaciona a continuación:

Número total de trabajadores vinculadosa la planta de personal	Número de personas mayores no beneficiarias a la pensión de vejez, familiar o de sobrevivenciay que hayan cumplido el requisito de pensión

[Incluir el siguiente cuadro para los proponentes plurales]

Número total de trabajadores vinculados a la planta de personal de los integrantes del proponente plural	Número de personas mayores, no beneficiariasa la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de pensión de los integrantes del proponente plural

En constancia, se firma en_____, a los_____días del mes de_____de 20__.

_____

[Nombre y firma de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del proponente plural]

FORMATO 8C

VINCULACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y NO BENEFICIARIAS DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA

(TRABAJADOR)

[*Este formato lo diligencia el trabajador vinculado en la planta de personal del proponente que presenta la oferta, que no es beneficiario de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que haya cumplido la edad de pensión*]

Señores

METRO SABANAS SAS

Sincelejo.

REFERENCIA: Proceso de Contratación Nro

Objeto:

Estimados señores:

[Incluir el nombre del trabajador vinculado en la planta de personal la persona natural o de la persona jurídica] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de trabajador vinculado a [Indicar el nombre de la persona jurídica o persona natural], [identificadacon NIT___], certifico bajo la gravedad de juramento que no soy beneficiario de lapensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y ya cumplí la edad de pensión.

En constancia, se firma en_____, a los_____días del mes de_____de 20__.

_____

[Nombre y firma del trabajador vinculado a la persona natural o jurídica]

FORMATO 8D

VINCULACIÓN DE POBLACIÓN INDÍGENA, NEGRA, AFROCOLOMBIANA, RAIZAL, PALENQUERA, RROM O GITANA

[*La información de este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal ypor tanto no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento*]

Señores
METRO SABANAS SAS
Sincelejo

REFERENCIA: Proceso de Contratación Nro.

Objeto:

Estimados señores:

[Incluir el nombre del proponente persona natural o del representante legal de la persona jurídicao el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del proponente plural] identificado con[Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con el NIT _____], certifico bajo la gravedad de juramento que:

i) El número total de trabajadores vinculados a la nómina corresponden a [Diligenciarel número de trabajadores vinculados a la nómina]

ii) En la nómina están vinculadas las siguientes personas: [Indicar a continuación el nombre y número de cédula de las personas que se encuentran vinculadas al proponente o integrante de la estructura plural según corresponda y respecto de lascuales se aportan las pruebas correspondientes, para acreditar la pertenencia a población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palanquera, Rrom o gitanas]

Nombre completo	Número de identificación

iii) Así mismo declaramos que las personas señaladas anteriormente se encuentran vinculadas con una antigüedad igual o mayor a un año contado a partir de la fecha del cierre del presente proceso de selección. [Para los casos de constitución inferiora un año se tendrá que indicar que las personas señaladas se encuentran vinculadas desde el momento de constitución de la misma].

En constancia, se firma en_____, a los_____días del mes de_____de 20___

_____

[Nombre y firma de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del proponente plural]

FORMATO 8 E

PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/O REINTEGRACIÓN (PERSONAS JURÍDICAS)
Este formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, si están obligados a tenerlo, de la persona jurídica en el que mayoritariamente participan personas en proceso de reintegración o reincorporación de la persona jurídica. En el evento que la oferta la presente unaentidad privada sin ánimo de lucro, ya sea, fundación, corporación o asociación se ajustará el formato en lo pertinente. La información de este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y, por tanto, no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]

Señores
METRO SABANAS SAS
Sincelejo.

REFERENCIA: Proceso de Contratación Nro.

Objeto:

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica y el revisor fiscal, si están obligados a tenerlo] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal o ambos] de [Incluir la razón social dela persona jurídica], [identificada con el NIT_____], certifico bajo gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica está constituida por personas en proceso reincorporación y/o reintegración. Esta información está soportada de acuerdo con los respectivos certificados de la Oficina del Alto Comisionado para la Paz, o del Comité Operativo para la Dejación de Armas y el documentode identificación de cada una de dichas personas.

En el siguiente cuadro señalo las personas en proceso de reincorporación o reintegración que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

Identificación de las personas en proceso de reincorporación o reintegración (Incluir nombre y documento de identidad)	Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

En constancia, se firma en_____, a los_____días del mes de_____de 20__.

_____

[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica o revisor fiscal]

FORMATO 8 F

PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/O REINTEGRACIÓN (PERSONAS JURÍDICAS)

[*Este formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, según corresponda, del integrante del proponente plural (persona jurídica) en el que mayoritariamente participen madres cabeza de familia y/o personas en proceso de reintegración o reincorporación. Este formato lo podrá presentar el integrante o los integrantes que, cumpliendo la condición anterior, tengan una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25 %) en el consorcio o en la uniónt emporal y aporten mínimo el veinticinco por ciento (25 %) de la experiencia general acreditadaen la oferta.*
En el evento que la oferta la presente una entidad privada sin ánimo de lucro, ya sea, fundación, corporación o asociación se ajustará el formato en lo pertinente. La información de este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y, por tanto, no se podrá publicar enel SECOP I y II para su conocimiento]
Señores
METRO SABANAS SAS
Sincelejo
REFERENCIA: Proceso de Contratación Nro.

Objeto:

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica o del revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar siactúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica],[identificada con el NIT_____], certifico bajo la gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica del proponente plural está constituida por madres cabeza de familia y/o personas en proceso de reintegración o reincorporación.

En el siguiente cuadro señalo las madres cabeza de familia y/o personas en proceso de reincorporación o reintegración que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

Identificación de las madres cabeza de familia o personas en proceso de reincorporación o reintegración (Incluir nombre y documento de identidad)	Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

[Para la acreditación de desempate establecida en el literal (c), numeral 7, del numeral 4.6 del documento tipo incluir la siguiente redacción:]

Adicionalmente, los abajo firmantes, certificamos que ni la madre cabeza de familia o la personaen proceso de reincorporación o reintegración, ni la persona jurídica, ni sus accionistas, socios o representantes legales son empleados, socios o accionistas de los miembros del proponenteplural.

En constancia, se firma en_____, a los_____días del mes de_____de 20__.

_____

[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica o revisor fiscal]

FORMATO 8 G

ACREDITACIÓN MIPYME

Señores
METRO SABANAS SAS
Sincelejo.
REFERENCIA: Proceso de Contratación Nro.

Objeto:

Estimados señores:

[Incluir el nombre o integrante persona natural y contador público o del representante legal de la persona jurídica y el revisor fiscal para las personas obligadas por ley o del representante legal y contador público, según corresponda,] identificados con [Incluir el número de identificación], actuando en representación de [Indicar nombre del proponente, o integrante de proponente plural] declaramos bajo la gravedad de juramento que la sociedad se encuentra clasificada como: [Indicar si es micro, pequeña y mediana empresa] de acuerdo con los criteriosdefinidos por las normas legales vigentes.

Adicionalmente, los abajo firmantes certificamos que ni la Mipyme, cooperativa o asociación mutual ni sus accionistas, socios o representantes legales son empleados, socios o accionistas de los miembros del proponente plural.

En constancia, se firma en_____, a los_____días del mes de_____de 20__.

[En el evento que sea un proponente persona natural quien presente la oferta, incluir las firmasde la siguiente manera:]

_____

[Nombre y firma del proponente o integrante persona natural y contador público]

FORMATO 8 H

PAGOS REALIZADOS A MIPYMES, COOPERATIVAS O ASOCIACIONES MUTUALES

Señores
METRO SABANAS SAS
Sincelejo.
REFERENCIA: Proceso de Contratación Nro.

Objeto:

Estimados señores:

[Incluir el nombre del proponente persona natural y contador público, o el representante legal yrevisor fiscal para las empresas obligadas por ley, o del representante legal y contador público,según corresponda] identificados con [Incluir el número de identificación], en nuestra condiciónde [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con el NIT_____], declaramos bajo la gravedad de juramento, que de acuerdo con nuestros estados financieros o información contable con corte al 31 de diciembre del año anterior, por lo menos el veinticinco por ciento (25 %) del total de pagos fueron realizados a Mipymes, cooperativas o asociaciones mutuales por concepto de proveeduría del oferente, realizados durante el año anterior.

En constancia, se firma en_____, a los_____días del mes de_____de 20__.

[En el evento que sea un proponente persona natural quien presente la oferta, incluir las firmasde la siguiente manera:]

_____

[Nombre y firma del proponente o integrante persona natural y contador público]

[En el evento que sea un proponente persona jurídica quien presente la oferta, incluir las firmasde la siguiente manera:]

_____

[Nombre y firma del representante legal y revisor fiscal para las empresas obligadas por ley odel representante legal y contador público, según corresponda]