

FORMATOS

FORMATO 1. FORMATO CARTA DE PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS

[Lugar y fecha]

Señores
Municipio de Timaná
Huila

Proceso de Contratación: Proceso Competitivo No. xxxx de 202x

Estimados señores:

El (los) suscrito(s): _____, de acuerdo con la convocatoria pública, presento (amos) la siguiente propuesta para _____ (indicar el objeto de la contratación) y, en caso de que me (nos) sea aceptada por el Municipio, me (nos) comprometo (emos) a ejecutar el objeto del proceso bajo los requisitos y condiciones establecidos en la invitación pública de la referencia.

Así mismo, declaro (amos):

1. Que conozco y acepto los Documentos del Proceso, tuve la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los mismos, y recibí del Municipio de Timaná respuesta oportuna a cada una de las solicitudes.
2. Que estoy autorizado para suscribir y presentar la Oferta en nombre del Proponente y estoy autorizado para suscribir el convenio si el Proponente resulta adjudicatario del Proceso de Contratación de la referencia.
3. Que la Oferta que presento cumple con la totalidad de los requisitos y especificaciones técnicas establecidas en los documentos y estudios previos del presente proceso de la referencia.
4. Que la oferta económica y la oferta técnica están adjuntas a la presente comunicación y han sido elaboradas de acuerdo con los Documentos del Proceso y hacen parte integral de la Oferta.
5. Que los documentos que presento con la Oferta son ciertos y han sido expedidos por personas autorizadas para el efecto.
6. Que la oferta económica adjunta fue elaborada teniendo en cuenta todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones que se causen con ocasión de la presentación de la Oferta, suscripción y ejecución del contrato y que, en consecuencia, de resultar adjudicatario no presentaré reclamos con ocasión del pago de tales gastos.
7. Que, en caso de resultar adjudicatario, suscribiré el convenio en la fecha prevista para el efecto en el Cronograma contenido en los Documentos del Proceso.
8. Que, en caso de resultar adjudicatario, me obligo a presentar la garantía de cumplimiento prevista en los Documentos del Proceso en la fecha prevista para el efecto en el Cronograma allí contenido.
9. Que en caso de resultar adjudicatario me comprometo a que, a la terminación de la vigencia del contrato, la obra cumplirá con la totalidad del alcance y los requerimientos y especificaciones técnicas de que trata los documentos y estudios previos del presente proceso competitivo.
10. Que manifiesto que el Proponente está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral y demás aportes relacionados con las

obligaciones laborales. 11. Adjunto la garantía de seriedad de la Oferta la cual cumple con lo establecido en los Documentos del Proceso.

12. Que me comprometo a ejecutar las obras con las especificaciones técnicas y en el plazo establecido en documentos y estudios previos del proceso en referencia.

Recibir notificaciones en la siguiente dirección en:

PERSONA DE CONTACTO	NOMBRE
Dirección	Dirección de la entidad
Teléfono y/o celular	Xxxxxx
E-mail	xxxxxxx

Firma del proponente o del representante legal

Nombre

Cédula

FORMATO 2. FORMATO DE INDICADORES ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el “Manual de Proveedores para el uso del SECOP II”.

Indicadores de eficiencia de la Entidad sin ánimo de lucro

Gastos de implementación de los proyectos en el año x
Total gastos de funcionamiento de la ESAL en el año x

Incluya la firma, nombre y documento de identificación del representante legal o el revisor fiscal. Marque con una “X” para indicar si es el representante o el revisor fiscal.

Firma: _____
Nombre: _____
Revisor fiscal _____
Representante legal_____
Documento de identificación: _____

**FORMATO 3. – FORMATO DE CERTIFICADO PARA ACREDITAR FACTORES DE
PONDERACIÓN - APORTES DE LA ESAL**

Proceso de Contratación: Proceso Competitivo No. xxxx de 202x

PROPONENTE: _____

El suscrito _____, en mi calidad de, _____ de la (Nombre ESAL) identificada con Nit. _____ de conformidad con las condiciones que se estipulan en la invitación pública, correspondientes al proceso de Selección citado en el asunto, manifiesto que el aporte de la (Nombre ESAL) al presente proceso corresponde al (%) los cuales se encuentran detallados en el documento carta de la presentación de la oferta.

Los aportes se realizarán en ESPECIE Y/O DINERO (especificar)

NOTA: Cuando el ofrecimiento de aportes sea en DINERO, los proponentes deberán acreditar dichos recursos en dinero con los instrumentos financieros, jurídicos y contables que permitan confirmar que la entidad sin ánimo de lucro ha incorporado en su patrimonio o tiene a su disposición el porcentaje de recursos en dinero propuestos.

Atentamente,

NOMBRE Y FIRMA

(Persona natural; representante legal de la sociedad; representante del consorcio o unión temporal o apoderado según el caso)

C. C. No. Expedida en

Nit.

Dirección –

Número de Teléfono –

Número de fax –

Buzón del Correo electrónico

FORMATO 4. FORMATO PARA ACREDITAR LA EXPERIENCIA HABILITANTE

Proceso de Contratación: Proceso Competitivo No. xxx de 202x

PROPONENTE: _____

CONTRATOS PRESENTADOS COMO EXPERIENCIA					
ITE M	NUMERO CONTRAT O	ENTIDAD CONTRANT E	OBJETO/ACTIVIDAD ES	% DE PARTICIPACIÓ N	VALO R
1					
2					
...					

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad que la información antes consignada es totalmente cierta, y puede ser verificada.

Firma del Proponente

Nombre:

Documento de Identidad:

FORMATO 5. FORMATO PARA ACREDITAR LA EXPERIENCIA PONDERABLE

Proceso de Contratación: Proceso Competitivo No. XXX de 202X

PROPONENTE: _____

CONTRATOS PRESENTADOS COMO EXPERIENCIA					
ITE M	NUMERO CONTRAT O	ENTIDAD CONTRANT E	OBJETO/ACTIVIDAD ES	% DE PARTICIPACIÓ N	VALO R
1					
2					
...					

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad que la información antes consignada es totalmente cierta, y puede ser verificada.

Firma del Proponente
Nombre:
Documento de Identidad:

FORMATO 6. FORMATO PARA ACREDITAR LA CAPACIDAD FINANCIERA

El suscrito contador público y representante legal de la _____, identificada con NIT, _____, con base en la información registrada en los estados financieros a 31 de diciembre de 20XX certificamos que:

1. LIQUIDEZ a 31 de diciembre de 20XX era de X.XX, conforme se describe a continuación:

ACTIVO CORRIENTE	PASIVO CORRIENTE
\$ XXXX	\$ XXXX
LIQUIDEZ = X,XX	

2. ENDEUDAMIENTO a 31 de diciembre de 2021 era de X.XX, conforme se describe a continuación:

PASIVO TOTAL	ACTIVO TOTAL
\$ XXXX	\$ XXXX
ENDEUDAMIENTO= X,XX	

3. EL CAPITAL DE TRABAJO a 31 de diciembre de 2021 era de X.XX, conforme se describe a continuación:

ACTIVO CORRIENTE	PASIVO CORRIENTE
\$ XXXX	\$ XXXX
CAPITAL DE TRABAJO= X,XX	

4. PATRIMONIO LÍQUIDO a 31 de diciembre de 2021 era de X.XX, conforme se describe a continuación

ACTIVO TOTAL	PASIVO TOTAL
\$ XXXX	\$ XXXX
PATRIMONIO LIQUIDO= X,XX	

Firmas: Representante legal contador o revisor fiscal
C.C. XXXXXXXXXXXX TP No. XXXXXXXXXXXXCR

**FORMATO 7. CERTIFICADO DE PAGO DE LOS APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PARAFISCALES CERTIFICACION DE PAGOS DE APORTES AL SISTEMA DE
SEGURIDAD SOCIAL V PARAFISCALES.**

PERSONA JURIDICA. ARTICULO 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 las montos contabilizados y pagados por la compañía durante dichos 6 meses. La 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 previstas 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 COMPENSACION 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 DEBERA PRECISAR EL VALOR Y EL PLAZO PREVISTO PARA EL ACUERDO DE PAGO, CON INDICACION DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACION.
--

En constancia se firma en __ __ a los __ __ días del mes de __ __ de 202__.

NOMBRE, C.C. No. Y FIRMA

FORMATO 8. MODELO DE CARTA CONFORMACIÓN DE UNIÓN TEMPORAL

[Lugar y fecha]

Señores
Municipio de Timaná
Huila

Proceso de Contratación: Proceso Competitivo No. xxx de 202x

Apreciados Señores:

Los representantes __ __ __ , __ __ __ , __ __ __ y __ __ __ , debidamente autorizados para actuar en nombre de __ __ __ , __ __ __ , __ __ __ y __ __ __ , hemos convenido asociarnos en UNIÓN TEMPORAL para participar en el proceso No. 4162.010.32.1.072 de 2017 y por lo tanto manifestamos lo siguiente:

A.- La duración de esta UNIÓN TEMPORAL será igual al término de la ejecución de la aceptación de la oferta (contrato) y un (1) año más.

B.- La UNIÓN TEMPORAL está integrada por las siguientes personas que desarrollarán las actividades con los porcentajes de participación que a continuación se indican:

NOMBRE – IDENTIFICACION

ACTIVIDAD A EJECUTAR *

% DE PARTICIPACIÓN

(*) Discriminar actividades por ejecutar, de parte de cada uno de los integrantes

C.- La responsabilidad de los integrantes de la UNIÓN TEMPORAL será solidaria.

D.- El representante convencional de la UNIÓN TEMPORAL es __ __ __ , identificado con cédula de ciudadanía No. __ __ __ de __ __ __ , quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y en caso de salir favorecidos con la adjudicación, para firmar la aceptación de la oferta (contrato), si es del caso y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias al respecto, con amplias y suficientes facultades.

En constancia se firma en __ __ __ a los __ __ __ días del mes de __ __ __ de 202__.

NOMBRE,
C.C. No.
FIRMA

NOMBRE,
C.C. No.

FIRMA

FORMATO 9. MODELO DE CARTA CONFORMACIÓN DE CONSORCIO

[Lugar y fecha]

Señores
Municipio de Timaná
Huila

Proceso de Contratación: Proceso Competitivo No. xxx de 202x

Apreciados Señores:

Los representantes __ __ __ , __ __ __ , y __ __ __ , debidamente autorizados para actuar en nombre de __ __ __ , __ __ __ , y __ __ __ , hemos convenido asociarnos en CONSORCIO para participar en el proceso competitivo No. 03 de 2018; y por lo tanto manifestamos lo siguiente:

A.- La duración de este consorcio será igual al término de la ejecución de la aceptación de oferta (contrato) y un (1) año más.

B.- El consorcio está integrado así: 1. NOMBRE – IDENTIFICACION 2. NOMBRE – IDENTIFICACION

C.- La responsabilidad de los integrantes del consorcio es solidaria, ilimitada y mancomunada, en relación con las obligaciones derivadas de la propuesta y de la aceptación de la oferta (contrato) si se llegará a suscribir.

D.- El representante del consorcio es __ __ __ , identificado con cédula de ciudadanía No __ __ __ de __ __ __ , quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y en caso de salir favorecidos con la adjudicación, para firmar la aceptación de la oferta (contrato), si fuere del caso y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias al respecto, con amplias y suficientes facultades.

En constancia se firma en __ __ __ a los __ __ __ días del mes de __ __ __ de 202__.

NOMBRE,
C.C. No.
FIRMA

NOMBRE,
C.C. No.
FIRMA

FORMATO 10. MANIFESTACIÓN SUSCRITA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

[Lugar y fecha]

Señores
Municipio de Timaná
Huila

Proceso de Contratación: Proceso Competitivo No. xxx de 202x

Yo _____ declaro bajo la gravedad de juramento, que revisado el estatuto de contratación pública ninguno de los miembros de la ESAL ni yo, como representante legal de la misma, se encuentra en una situación de conflicto de interés con el cumplimiento de sus funciones y del objeto del contrato y que no están inhabilitados para contratar con el Estado.

[Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural]
Nombre: [Insertar información]
Cargo: [Insertar información]
Documento de Identidad: [Insertar información]

ANEXO 11. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

[Lugar y fecha]

Señores
Municipio de Timaná
Huila

Proceso de Contratación: Proceso Competitivo No. xxx de 202x

[Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente], identificado como aparece al pie de mi firma, [obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [nombre del Proponente], manifiesto que:

1. No ofrecer, ni dar sobornos, ni ninguna otra forma de halago a ninguna persona al servicio del Municipio, en relación con su oferta, con el presente proceso, ni con la ejecución del convenio que pueda celebrarse como resultado del mismo.
2. No permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre, los ofrecimientos descritos en el numeral primero.
3. Impartir instrucciones a todos sus empleados y a cualquier otro representante suyo, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las Leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso y la relación convencional que podría derivarse de ella.
4. Que los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso, no provendrán de actividades ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.

[Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural]

Nombre: [Insertar información]

Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

**ANEXO 12. DECLARACION PARA LA DEFINICIÓN DEL AÑO BAJO EL CUAL SE
EVALUARÁ LOS REQUISITOS HABILITANTES DE CAPACIDAD FINANCIERA Y
ORGANIZACIONAL**

(Decreto 579 del 31 de enero de 2021)

El suscrito declara que: De acuerdo con el Decreto 579 del 31 de enero de 2021 y para dar cumplimiento al mismo, solicito que para efectos de la revisión de los requisitos habilitantes de capacidad financiera y organizacional la entidad tenga en cuenta los expresados en el rap correspondientes al año _____ (escribir el año). Este año señalado por cuanto soy yo como proponente el que elijo mi condición por considerarlos los indicadores más beneficiosos respecto del solicitado en el pliego de condiciones.

Declaro que conozco que este es un requisito habilitante más, que hace eficiente el proceso de evaluación de parte del contratante, igualmente conozco que la entidad solo admitirá la verificación de este requisito de acuerdo a un solo año y en un solo bloque.

Dado en el Municipio de _____ a los ____ del mes _____ del 2022

Nombre y firma del Representante del proponente

ANEXO 13. APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL
(LEY 816 DE 2003)

Para efectos de la evaluación del factor referido al apoyo a la industria nacional, me permito indicar el origen de los servicios ofrecidos, así:

PORCENTAJE DE LOS BIENES Y SERVICIOS DE ORIGEN NACIONAL	CASILLA A MARCAR
Cien por ciento 100% de los bienes y servicios de origen nacional	
Inferior al cien por ciento 100% y hasta el cincuenta por ciento 50% de los bienes y servicios de origen nacional	
Por porcentajes inferiores a los anteriormente se asignará cero (0) puntos por este criterio	

Nota: El proponente deberá indicar con una X el origen de los bienes o servicios ofrecidos para la asignación del puntaje.

[Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural]

Nombre: [Insertar información]

Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

Nombre o razón social del proponente_____

NIT_____

ANEXO No. 14
PROPUESTA ECONÓMICA

Objeto: AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS Y ECONÓMICOS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA PARA LA ATENCION Y ACOMPAÑAMIENTO DEL ADULTO MAYOR DANDO CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2020-2023 PACTO POR UN NUEVO TIMANA CON EQUIDAD PARA TODOS.

(Insertar cuadro del presupuesto e Indicar el objeto ofertado- APORTE ESAL, con ítems y valores)

ANEXO CENTRO VIDA (13 ADULTOS MAYORES).				
DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL POR 5 MESES
1. PERSONAL				
AUXILIAR DE ENFERMERA	UNIDAD	3		
DIRECCION TECNICA	UNIDAD	1		
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	UNIDAD	2		
AUXILIAR DE COCINA	UNIDAD	1		
TOTAL PERSONAL				
2. ALIMENTACION				
DESAYUNOS de acuerdo a minuta establecida por el profesional en nutrición	UNIDAD	1.950		
ALMUERZOS Ración servida, para los adultos mayores incluidos en el programa. (Proteína, Harina, verduras, sopa, ensalada y bebida) de acuerdo a minuta establecida por el profesional en nutrición	UNIDAD	1.950		
REFRIGERIO de acuerdo a minuta establecida por el profesional en nutrición	UNIDAD	1.950		

CENA de acuerdo a minuta establecida por el profesional en nutrición	UNIDAD	1.950		
TOTAL ALIMENTACIÓN				
TOTAL				

CONDICIONES TECNICAS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO:

ITEM	ACTIVIDADES	MEDIDA	CANTIDAD
1.	Brindar el complemento alimentario balanceado y acorde a los requerimientos nutricionales (desayuno, almuerzo, cena y un refrigerio) a todas las personas beneficiaria.	UNIDAD	1 ración diaria del complemento alimenticio de un desayuno, un almuerzo, un refrigerio y una cena por cada adulto mayor
2.	Atención y acompañamiento en cuidados de la salud, cuidados de aseo personal, atención en primeros auxilios y cuidados necesarios realizados por auxiliar de enfermería con resolución de inscripción, suministro de medicamentos, transporte y movilización permanente a las personas mayores, brindar atención de promoción y prevención, así como los tratamientos médicos ordenados y los procesos de rehabilitación que sean necesarios para garantizar el derecho a la salud de las personas mayores residentes en el hogar de Ancianos, a través de la red de prestadores de servicios de salud.	UNIDAD	tres auxiliares de enfermería que brinden cuidados permanentes a cada adulto mayor 24 horas al día, 7 días a la semana.
3.	Llevar a cabo la dirección técnica a través de la parte administrativa, del talento humano y planeación de actividades a los adultos mayores, tendientes a mejorar la calidad de vida, velar por el correcto funcionamiento de las instalaciones de los Adultos Mayores, a través de una persona que ejerza este rol.	UNIDAD	una persona para las labores de la dirección técnica
4.	Garantizar y brindar el servicio de aseo y de lavandería, necesarios para conservar la salud y de las instalaciones de los Adultos Mayores, con la contratación de personal que cumplan con estas funciones.	UNIDAD	dos personas idóneas para la realización constante de las labores de aseo y lavandería.

5.	Garantizar la preparación y manipulación de alimentos que reúna todas las condiciones y prácticas que preserven la calidad de estos, prevenir la contaminación y enfermedades.	UNIDA D	una persona certificada en manipulación de alimentos
----	--	------------	--

COBERTURA Y HORARIO DE ATENCIÓN:

- El servicio se prestará de forma continua, las 24 horas del día, domingo a domingo.
- La cobertura en cupo será de 13 adultos mayores en situación permanente de desprotección social y/o familiar.

La entidad sin ánimo de lucro mediante el instrumento del convenio se obliga a la ejecución de los ítems contenidos en la presente tabla, que contiene la justificación técnica de cada uno de los ítems previstos y que forma parte integral de este estudio previo.

[Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural]

Nombre: [Insertar información]

Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

Nombre o razón social del proponente_____

NIT_____