

FORMATO 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Señores:
FONDO NACIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES- FNGRD
Ciudad

Referencia: Objeto: "xxxxxxxxxxxxxx"

El suscrito _____, identificado con la CC No. _____ de _____, de acuerdo con lo establecido en el proceso de selección de Concurso de Méritos Abierto No. **FNGRD-CMA-005-2019**, y en caso de ser aceptada por EL FNGRD nos comprometemos a cumplir con la oferta presentada de acuerdo con las especificaciones establecidas en la invitación pública.

1. Que conocemos la información general y demás documentos de la selección de Concurso de Méritos Abierto No. **FNGRD-CMA-005-2019** y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
2. Que hemos conocido las adendas ____ a los documentos de la selección de Concurso de Méritos Abierto No. **FNGRD-CMA-005-2019** que aceptamos su contenido.
3. Que si se nos adjudica la invitación se dará estricto cumplimiento del objeto de la invitación y a las características técnicas señaladas en las especificaciones técnicas.
4. Que nos comprometemos a ejecutar totalmente la oferta, en el plazo establecido en la invitación pública.
5. Que si se nos adjudica la invitación, nos comprometemos a constituir las garantías requeridas y a suscribir éstas y aquél dentro de los términos señalados para ello
6. Que el Valor de nuestra Oferta es el indicado en el campo **OFERTA ECONÓMICA** de la plataforma SECOP II y el anexo denominado oferta económica.
7. Así mismo, declaramos **BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**, sujeto a las sanciones establecidas en el Código Penal:
 - Que la información contenida en la propuesta es verídica y que asumimos total responsabilidad frente a la UNGRD y FNGRD cuando los datos suministrados sean falsos o contrarios a la realidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el Código Penal y demás normas concordantes.
 - Que no nos hallamos incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y en la Ley y no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar. En especial, manifestamos que no nos hallamos reportados en el Boletín de **Responsables Fiscales vigente, publicado por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el numeral 4 del Artículo 38 de la Ley 734 de 2002 (Código Único Disciplinario), en concordancia con el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000.** (Se recuerda al oferente

que si está incurso en alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad, no puede participar en el proceso de selección de contratistas y debe abstenerse de formular propuesta.)

Atentamente,

Nombre o Razón Social del Oferente: _____

Nit _____

Nombre del Representante Legal: _____

C. C. No. _____ de _____

Dirección _____

Teléfonos _____ Fax _____

Ciudad _____

FIRMA: _____

NOMBRE DE QUIEN FIRMA:

NOMBRE DE INGENIERO O ARQUITECTO QUE AVALA LA OFERTA

FIRMA

CC

TP

(Con fundamento en el artículo 20 de la Ley 842 de 2003 la propuesta debe estar avalada cuando menos por un INGENIERO CIVIL o ARQUITECTO inscrito y con tarjeta de matrícula profesional. Así mismo, deberá aportar copia de su matrícula profesional y certificado de vigencia expedido por la Autoridad competente según corresponda.)

FORMATO 2 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Señores

FONDO NACIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES- UNGRD

Proceso de Contratación FNGRD-CMA-005-2019

La Ciudad

[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. Apoyamos la acción del Estado colombiano y del **FONDO NACIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES** 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 a través del proceso de Concurso de Méritos Abierto No. **FNGRD-CMA-005-2019**.
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 Concurso de Méritos Abierto No. **FNGRD-CMA-005-2019**.
5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el proceso de Concurso de Méritos Abierto No. **FNGRD-CMA-005-2019** 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.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los

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

Nombre: [Insertar información]

Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

FORMATO NO. 3
COMPROMISO DE PERMANENCIA

Señores:

FONDO NACIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES- FNGRD

Calle 26 No. 90 – 32 Edificio Gold 4 Piso 2 Bogotá D.C.

Ciudad.

REF.: CONCURSO DE MERITOS ABIERTO FNGRD-CMA-005-2019

OBJETO: “INTERVENTORÍA INTEGRAL PARA LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE VIVIENDA RURAL DISPERSA EN EL MUNICIPIO DE PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA”.

El (la) suscrito (a) xxxxxx identificado (a) con cédula de ciudadanía No. xxxxxxxx expedida en la ciudad de xxxxx, manifiesto mi compromiso de permanencia durante el término de ejecución del contrato derivado del proceso de selección de la referencia realizando las actividades propias del perfil denominado “xxxxxxx”.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los [Insertar información] días del mes de [Insertar información] de [Insertar información].

Atentamente:

Nombre: _____

C.C. No.: _____ **de** _____

Dirección: _____

E-mail: _____

FAX: _____

Firma: _____

FORMATO 4. MODELO DE CARTA DE INFORMACIÓN DE UNIÓN TEMPORAL

Señores

FONDO NACIONAL DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES – FIDUPREVISORA S.A.

Calle 26 N°92-32 Edificio Gold Piso 2.

Bogotá, D.C.

REFERENCIA: Proceso No _____

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 UNIÓN TEMPORAL para participar en el Proceso de la referencia, cuyo objeto es _____, y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. La duración de la Unión Temporal será igual al término de ejecución y liquidación del contrato y dos (2) años más.
2. La Unión Temporal está integrada por:

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

- (1) Discriminar en función de los ítems establecidos en el presupuesto oficial, 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%.

3. La Unión Temporal o Consorcio se denomina UNIÓN TEMPORAL _____.

4. La responsabilidad de los integrantes de la Unión Temporal es solidaria.

5. El representante de la Unión Temporal es _____ (indicar 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 con la adjudicación, para firmar el contrato y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto a la ejecución y liquidación del mismo, con amplias y suficientes facultades.

6. La sede 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 y firma del Representante Legal
de cada uno de los integrantes)

(Nombre y firma del Representante Legal de la Unión Temporal)

FORMATO 5 MODELO DE LA CARTA DE INFORMACIÓN DE CONSORCIO

Señores

FONDO NACIONAL DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES – FIDUPREVISORA S.A.

Calle 26 N°92-32 Edificio Gold Piso 2.

Bogotá, D.C.

REFERENCIA: Proceso No _____

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 Consorcio, para participar en el presente proceso de selección de la referencia cuyo objeto es _____, y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. La duración de este Consorcio será igual al término de la ejecución, liquidación del contrato y dos (2) años más.
2. El Consorcio está integrado por:

NOMBRE

PARTICIPACION
(%) (1)

(1) El total de la columna, es decir la suma de los porcentajes de participación de los integrantes, debe ser igual al 100%.

3. El Consorcio se denomina CONSORCIO _____.
4. La responsabilidad de los integrantes del Consorcio es solidaria.
5. 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 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.

6. La sede 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 y firma del Representante Legal de cada uno de los integrantes)

(Nombre y firma del Representante Legal del Consorcio)

FORMATO 6A
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTÍCULO 50 LEY 789
DE 2002

(PERSONAS JURÍDICAS)

Yo, _____, 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, Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello hubiere lugar, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses, contados a partir del mes anterior a 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.

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) 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, Servicio Nacional de Aprendizaje y CREE, (Artículo 25 Ley 1607 de 2012), cuando a ello hubiere lugar, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses, contados a partir del mes anterior a 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 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 INDICACION DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACION.

EN CASO DE NO REQUERIRSE DE REVISOR FISCAL, ESTE ANEXO DEBERA DILIGENCIARSE Y SUSCRIBIRSE POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA, CERTIFICANDO EL PAGO EFECTUADO POR DICHOS CONCEPTOS EN LOS PERIODOS ANTES MENCIONADOS.

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

FIRMA _____

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA _____

FORMATO 6B

**DECLARACION JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 9 LEY 828 DE 2003
(PERSONAS NATURALES)**

Yo _____ 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, Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar (Artículo 25 Ley 1607 de 2012), correspondientes a mis aportes y/o al de mis empleados en los últimos seis (6) meses, contados a partir del mes anterior a la fecha de cierre, en los cuales se haya causado la obligación de efectuar dichos pagos.

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 del mismo. 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.

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

FIRMA _____

NOMBRE DE QUIEN DECLARA _____

FORMATO N° 9

EXPERIENCIA HABILITANTE DEL RECURSO HUMANO PERFILES REQUERIDOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO CONCURSO DE MERITOS ABIERTO FNGRD-CMA-005-2019

Señores:

FONDO NACIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES- FNGRD

Calle 26 No. 90 – 32 Edificio Gold 4 Piso 2 Bogotá D.C.

Ciudad.

OBJETO: “INTERVENTORÍA INTEGRAL PARA LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE VIVIENDA RURAL DISPERSA EN EL MUNICIPIO DE PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA”.

NOMBRES Y APELLIDOS:

IDENTIFICACIÓN:

- FORMACIÓN ACADÉMICA**

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR	TÍTULO	FECHA DE GRADUACIÓN	TARJETA PROFESIONAL

- EXPERIENCIA**

CARGO U OBJETO CONTRACTUAL	EMPRESA O ENTIDAD	PERIODO LABORADO		TOTAL MESES LABORADOS
		FECHA INICIO	FECHA FINAL	

NOTA: Se deberá presentar junto con la propuesta, la hoja de vida con los soportes académicos y de experiencia de los perfiles establecidos en el pliego de condiciones. En constancia de lo anterior firmo este documento a los [Insertar información] días del mes de [Insertar información] de [Insertar información].
Atentamente:

Nombre: _____

C.C. No.: _____ de _____

Dirección: _____

E-mail: _____

Firma: _____

ANEXO - PRESUPUESTO OFICIAL-OFERTA ECONÓMICA

VER FORMATO EN EXCEL – FORMULARIO

FORMATO - MODELO APOYO INDUSTRIA NACIONAL

Señores

FONDO NACIONAL DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES – FIDUPREVISORA S.A.

Calle 26 N°92-32 Edificio Gold Piso 2.

Bogotá, D.C.

REFERENCIA: Proceso No _____

Por medio de este documento _____ (nombre o razón social del proponente) en adelante el “Proponente”, manifiesto que en virtud de lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley 816 de 2003, el personal que será puesto al servicio para la ejecución del contrato en caso de que se me adjudique será de origen nacional (en caso de tener componente extranjero lo deberá manifestar)

Dirección de correo _____

Dirección electrónica _____

Teléfono _____

Telefax _____

Ciudad _____

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de ____ de 20__.

(Nombre y firma del Representante Legal del Consorcio)

FORMATO CALIDAD DE MIPYME

(Este formato debe ser diligenciado por el proponente individual (natural o jurídica) y por cada uno de los integrantes de la estructura plural)

Señores

FONDO NACIONAL DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES – FIDUPREVISORA S.A.

Calle 26 N°92-32 Edificio Gold Piso 2.

Bogotá, D.C.

Proceso No. _____

Yo XXXXXXXXXXXX Identificado con cedula de ciudadanía No xxx de xxx y tarjeta profesional No xxxxx En calidad de Contador Público o Revisor Fiscal, certifico que la firma o persona natural identificada con Nit No xxxx y se encuentra clasificada en el grupo empresarial de (MYPE o MIPYME), según lo establecido en el artículo 2 de la ley 905 de 2004, modificado por el Artículo 2 de la Ley 905 de 2004.

El suscrito Revisor Fiscal (de la persona jurídica que lo necesita de acuerdo con los requisitos legales) o el Contador Público (de la persona jurídica que no requiere de revisor fiscal y/o de la persona natural) identificado con cedula de ciudadanía No.xxxxx y tarjeta profesional No.xxxx BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO certifico que la mencionada sociedad tiene la calidad de (MIPYME o MYPE) por cumplir los requisitos del artículo 2 de la Ley 590 de 2000, modificado por la ley 905 de 2004.

FIRMA

FORMATO – FORMULARIO DE CAPACIDAD FINANCIERA PARA PERSONAS NATURALES O JURIDICAS EXTRANJERAS SIN DOMICILIO O SUCURSAL EN COLOMBIA

FECHA DE DILINGECIAMIENTO: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

NIT DEL PROPONENTE: _____ D.V. _____

1. CAPACIDAD FINANCIERA

La información financiera se debe presentar en pesos, utilice punto para miles y coma para decimales. Indique la fecha de corte de la información, teniendo en cuenta que los estados financieros deben corresponder al cierre fiscal (31 de diciembre del año inmediatamente anterior), si no tiene antigüedad suficiente para tener estados financieros al cierre, deben inscribirse con estados financieros de corte trimestral o de apertura. Las sucursales de sociedad extranjera deben presentar para registro la información contable y financiera de su casa matriz.

$$\text{ÍNDICE DE LÍQUIDEZ} = \frac{\text{ACTIVO CORRIENTE}}{\text{PASIVO CORRIENTE}} = \frac{\text{ }}{\text{ }} \text{ (Indique la cifra con mínimo 2 decimales)}$$

$$\text{ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO} = \frac{\text{PASIVO TOTAL}}{\text{ACTIVO TOTAL}} = \frac{\text{ }}{\text{ }} \text{ (Indique la cifra con mínimo 2 decimales)} \times 100$$

$$\text{Razón de COBERTURA DEL PATRIMONIO} = \frac{\text{UTILIDAD O PÉRDIDA OPERACIONAL}}{\text{GASTOS DE INTERESES}} = \frac{\$}{\$}$$

2. CAPACIDAD ORGANIZACIONAL

$$RENTABILIDAD\ DEL\ PATRIMONIO = \frac{UTILIDAD\ O\ PÉRDIDA\ OPERACIONAL}{PATRIMONIO} = \frac{\quad}{\quad} \quad (Indique\ la\ cifra\ con\ mínimo\ 2\ decimales)$$

$$RENTABILIDAD\ DEL\ ACTIVO = \frac{UTILIDAD\ O\ PÉRDIDA\ OPERACIONAL}{ACTIVO\ TOTAL} = \frac{\quad}{\quad} \quad (Indique\ la\ cifra\ con\ mínimo\ 2\ decimales)$$

El (los) suscrito(s) declara(n) bajo la gravedad de juramento que la información reportada en este formulario y la documentación anexa al mismo, es veraz, completa, exacta y se encuentran firmados por cada una de las personas de las cuales pertenecen las firmas.

Nombre del proponente persona natural o representante legal de la persona jurídica: FIRMA:

Documento de Identificación No. _____ C.C. ____ C.E. ____ T.I. ____ PASAPORTE

Nombre del Revisor Fiscal:

FIRMA: