ANEXO 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Ciudad y fecha,

Señores
INDEPORTES-CAUCA
Popayán

REFERENCIA: Invitación No. _____

Nosotros, el, (los) suscrito(s): _____ (nombre del proponente(s)) de acuerdo con la bases de la invitación pública hacemos la siguiente propuesta para _____ (objeto de la presente Invitación) y, en caso que nos sea aceptada nos comprometemos a firmar el contrato correspondiente.

Declaramos así mismo:

- Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse solo compromete a los firmantes de esta carta.
- Que ninguna entidad o persona distinta a los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.
- Que conocemos la información general y demás documentos de la presente INVITACIÓN y que aceptamos incondicionalmente los requisitos, condiciones y cláusulas de la misma.
- Que no nos hallamos incursos en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley y que no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.

Atentamente,

Nombre del proponente_____
Nombre del Representante Legal_____
C. C. No. _____ expedida en _____
Dirección de correspondencia_____
Correo electrónico_____
Celular _____

_____
Firma del proponente o representante legal

ANEXO No 2

PROPUESTA ECONÓMICA

Señores:
INDEPORTES-CAUCA
(Ciudad y fecha)

REFERENCIA: Proceso de mínima cuantía _____ - 2024

A continuación, se presenta la oferta económica consistente en:

No	DESCRIPCIÓN	VR MENSUAL	VR X 4 MESES
1	**Áreas de trabajo físico que comprende:** **Zona de calentamiento, estiramiento.** Zona libre para trabajo con y sin colchonetas, sin bancos ni mancuernas ni barras, con piso antideslizante y espejo para realizar movilidad, calentamiento, estiramientos. **Zona de ejercicios con peso corporal.** (Espacio para ejercicios funcionales). Espacio para trabajo dotado mínimamente con balones de estabilidad balones medicinales, espalderas, bancos, conos, cajones de pliometría, cuerdas de salto a la comba, TRX, soportes para flexiones, soporte para fondos, balones para pilates, entre otros. **Zona de ejercicio cardiovascular** Espacio para trabajo dotado mínimamente con caminadoras, elípticas, bicicletas para spinning y escaladoras. **Zona de musculatura con máquinas y pesos libres.** Salón con un área mínima de 250 M_2 dotado mínimamente con máquinas de fuerza (con o sin soporte), barras, bancos de leva, de palanca, de cinturón, de cable, con discos libres, de peso seleccionable, de tipo isocinético, barras olímpicas, pesos asistidos, rack de mancuernas (desde 5 lb hasta las 40 lb), Kettlebells (pesas rusas), soportes para pesas, máquina de poleas.		

	Zona Administrativa Espacios adecuados tipo consultorio con camillas y mesas auxiliares para la valoración física y atención de los deportistas por parte de profesionales en fisioterapia (con un área mínima de 12 Mt_2), con barra de recepción a pacientes tipo escritorio Espacios adecuados tipo consultorio, con zona de recepción tipo escritorio para la atención y valoración de los deportistas (con un área mínima de 9 Mt_2), por parte de médico general y/o nutricionista Espacio adecuado tipo consultorio, con zona de recepción tipo escritorio para atención de profesionales en psicología, fonoaudiología y coordinación de unidad biomédica. (con un área mínima de 9 Mt_2), **Zona de baños:** El área de baños debe estar equipada con duchas, lavabos, espejos, bancos o asientos, taquillas o casilleros, toallas, jabón y demás artículos de aseo. **NOTA 1:** los espacios libres deben garantizar el acceso a 90 atletas de las ligas deportivas convencionales y paraolímpicas, representativos del departamento del Cauca **NOTA 2:** Todos los espacios deben estar adecuados con rampa de acceso para personal con discapacidad		

Valor total de la propuesta: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX ($00.000.00) IVA INCLUIDO

Atentamente,

Nombre del proponente_____
Nombre del Representante Legal_____
C. C. No. _____ expedida en _____
Dirección de correspondencia_____
Correo electrónico_____
Celular _____

_____
Firma del proponente o representante legal

ANEXO No. 3
CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y/O CONSULTAS

El suscrito _____ declara que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con las Leyes: 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia.

Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 numeral 7o. y 52 y los efectos legales consagrados en el Art. 44 numeral. 1o. del Estatuto Contractual. Declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni mis socios, ni tampoco la sociedad que represento, y que, consultados los antecedentes disciplinarios, judiciales y el boletín de responsables fiscales, no se registra ningún antecedente respecto de las personas aquí señaladas.

Dado en Popayán – Cauca, a los_____del mes_____del 2024

Atentamente,

Nombre del proponente_____
Nombre del Representante Legal_____
C. C. No. _____ expedida en _____
Dirección de correspondencia_____
Correo electrónico_____
Celular _____

_____
Firma del proponente o representante legal

Anexo 4

FORMATO CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES DE PERSONA NATURAL

_____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 mis aportes y el de mis empleados (esto último en caso de tener empleados a cargo) a los sistemas de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), cuando a ello hubiere lugar, durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección. Certifico que me encuentro a Paz y Salvo por concepto del pago de mis obligaciones derivadas de mi afiliación con el Sistemas de Seguridad Social Integral, así como del personal a mi cargo que lo requiera.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el art. 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

La presente se expide a los ___ días del me de _____ de 2024

Atentamente,

Nombre del proponente_____
Nombre del Representante Legal_____
C. C. No. _____ expedida en _____
Dirección de correspondencia_____
Correo electrónico_____
Celular _____

_____
Firma del proponente o representante legal

Nota 1: En caso de que el proponente no tenga personal a cargo y por ende no esté obligado a efectuar el pago de aportes parafiscales y seguridad social, debe también bajo la gravedad de juramento indicar esta circunstancia en el presente anexo.

Nota 2: En caso de que el proponente se encuentre exceptuado de realizar aportes SENA e ICBF, debe también bajo la gravedad de juramento indicar esta circunstancia en el presente anexo.

Nota 3: 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. Asimismo, en el caso del pago correspondiente a los aportes parafiscales se deberá tener en cuenta el plazo dispuesto para tal efecto, en el artículo 10 de la Ley 21 de 1982, reglamentado por el Decreto 1464 de 2005 y por el Decreto 1670 de 2007.

El Proponente persona natural deberá acreditar la afiliación a los sistemas de seguridad social en salud y pensiones aportando los certificados de afiliación respectivos. El proponente podrá acreditar la afiliación entregando el certificado de pago de planilla. Los certificados de afiliación se presentan con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días calendario, anteriores a la fecha del cierre del proceso de contratación. En caso de modificarse la fecha de cierre del proceso, se tendrá como referencia para establecer el plazo de vigencia de los certificados de afiliación la fecha originalmente establecida en el pliego de condiciones definitivo.

La persona natural que reúna los requisitos para acceder a la pensión de vejez, o se pensione por invalidez o anticipadamente, presentará el certificado que lo acredite y, además la afiliación al sistema de salud.

Nota 4: Para los Proponentes Plurales cada uno de los integrantes debe acreditar por separado los requisitos señalados. Adicionalmente, el proponente adjudicatario debe presentar, para la suscripción del respectivo contrato, ante la dependencia respectiva, la declaración donde acredite el pago correspondiente a seguridad social y aportes legales cuando a ello haya lugar.

ANEXO 6

FORMATO CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES DE PERSONA JURÍDICA

El Suscrito (Revisor Fiscal o Representante legal, según sea el caso) identificado con cédula de ciudadanía y tarjeta profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia (Para el revisor Fiscal), certifica que la sociedad _____ , identificada con NIT. _____ , en mi condición de Revisor Fiscal, 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 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 la Ley 789 de 2002.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el art. 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

La presente se expide a los ___ días del me de _____ de 2024

Atentamente,

_____
Revisor Fiscal
Tarjeta No._____

Firma Representante Legal _____
C.C. No.