INVITACIÓN A ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO (ESAL) PARA PARTICIPAR EN CONVENIO DE ASOCIACION CON EL MUNICIPIO DE FONSECA

ANEXOS

ANEXO NRO.1:	Carta de Presentación de la Propuesta.
ANEXOS NRO. 2 Y 2A:	Certificación de Pagos a Seguridad Social.
ANEXO NRO. 3:	Formato de Capacidad Financiera y Organizacional.
ANEXO NRO. 4:	Propuesta Económica.
ANEXO NRO. 5:	Relación de Experiencia del Proponente.
ANEXO NRO. 6:	Relación Personal Ofertado

ANEXO N°. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Propuesta presentada al MUNICIPIO DE DIBULLA para **PARTICIPAR EN UN CONVENIO DE ASOCIACION**.

N°. DE INVITACIÓN XXXXXXX

Ciudad y Fecha

El suscrito: _____ de acuerdo con la invitación pública hago la siguiente oferta para el proceso antedicho y en caso de aceptada por el MUNICIPIO me comprometo a firmar el convenio correspondiente.

Declaramos así mismo:

Que conocemos la información general y demás documentos de la presente **INVITACIÓN** y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.

1. Que nos comprometemos a ejecutar totalmente las actividades descritas en la invitación, en el plazo allí establecido.

2. 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.

3. Que el **Valor Total** de nuestra Propuesta, es el consignado en el SECOP 2 o en la propuesta presentada. En caso que el MUNICIPIO entregue a los proponentes formato o anexo para la presentación de la propuesta económica, la información consignada en éste prevalecerá y será la tenida en cuenta para efectos de la presentación y adjudicación del contrato.

4. Así mismo, declaramos **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, sujeto a las sanciones establecidas en el Código Penal:

   Que la información contenida en la oferta es verídica y que asumimos total responsabilidad frente al MUNICIPIO 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 incursos 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 2010 (Código Único Disciplinario), en concordancia con el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000**. *(Se recuerda a la ESAL 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.***

NOTIFICACIONES O COMUNICACIONES. LA ESAL manifiesta y acepta en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 3 de la ley 1150 de 2007 en concordancia con las leyes 527 de 1999 y la ley 962 de 2005, que las Notificaciones, Requerimientos, Comunicaciones, Avisos, Citaciones y demás Actuaciones a que haya lugar en razón o con ocasión del presente proceso, sean realizadas a través del correo electrónico

_____, sin perjuicio de la responsabilidad que lo asiste de hacer seguimiento al presente proceso personalmente o a través de la página web

Autorizo al MUNICIPIO DE DIBULLA para realizar notificaciones de cualquier índole al correo electrónico indicado en este documento, el cual se entiende registrado de conformidad con el artículo 67 del CPACA.

Atentamente,

Nombre o Razón Social del Proponente: _____
Nit _____
Nombre del Representante Legal: _____
C. C. No. _____ de _____
Dirección _____
Teléfonos _____ Fax _____
Ciudad _____

ANEXO N°. 2

ESAL
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2010

En mi condición de Representante Legal o Revisor Fiscal (si lo requiere), de (Razón social de la compañía), identificada con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ me permito certificar o auditar (En caso del Revisor Fiscal) que de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía se ha efectuado el pago por concepto de los aportes correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2010.

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.

EN CASO DE NO REQUERIRSE DE REVISOR FISCAL, ESTE ANEXO DEBERÁ DILIGENCIARSE Y SUSCRIBIRSE POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA.

Dada en _____ a los ( ) _____ del mes de _____ de 20xx

FIRMA_____

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA (REPRESENTANTE LEGAL Y/O REVISOR FISCAL)

TARJETA PROFESIONAL
(Para el Revisor Fiscal)_____

ANEXO 2-A

EN CASO QUE EL PROPONENTE NO TENGA PERSONAL A CARGO Y POR ENDE NO ESTE OBLIGADO A EFECTUAR EL PAGO DE APORTES PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL DEBERÁ INDICARLO EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que no tengo obligaciones con el sistema general de seguridad social en pensiones, salud y aportes parafiscales:

FIRMA: _____

ANEXO 3

FORMATO DE INDICADORES DE EFICIENCIA DE LA ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO

Diligencie este formato, y adjúntelo a su propuesta:

Gastos de implementación de los proyectos en el año 2023	$	=
Total gastos de funcionamiento de la ESAL en el año 2023	$	

FIRMA:_____
NOMBRE:
REVISOR FISCAL __ REPRESENTANTE LEGAL__
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:

ANEXO N°4 - PROPUESTA ECONOMICA
ESAL N° XXXX DE 2024

OBJETO: XXXX

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	NUMERO	CANT	VR UNITARIO	TOTAL
Gastos Operacionales						
1.1	COORDINADOR GENERAL	MES	2	1		
1.2	AUXILIAR DE ENFERMERIA	MES	2	3		
1.3	NUTRICIONISTA	MES	2	2		
1.4	FISIOTERAPEUTA	MES	2	2		
1.5	PSICOLOGÍA	MES	2	2		
1.6	TRABAJADORA SOCIAL	MES	2	2		
1.7	EDUCADOR ESPECIAL	MES	2	2		
1.8	FONOAUDIOLOGIA	MES	2	2		
1.9	TERAPEUTA OCUPACIONAL	MES	2	1		
1.10	ARTESANOS	MES	2	1		
Realizar actividades de Difusión y Socialización						
2.1	SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO MEDIOS DE DIFUSIÓN (RADIO) - MENCIÓN RADIAL	UND	1	18		
REALIZACION DE ACTIVIDADES DE INSUMOS						
3.1	PLANILLEROS	UND	N/A	5		
3.2	RESMA PAPEL TAMAÑO OFICIO	UND	N/A	7		
3.3	RESALTADORES	UND	N/A	3		
3.4	LAPICEROS (CAJA)	UND	N/A	7		
3.5	CARTULINA	UND	N/A	250		
3.6	MARCADOR	UND	N/A	50		
3.7	BLOCK DE COLORES	UND	N/A	250		
3.8	TEMPERAS	UND	N/A	250		
3.9	CAJA DE COLORES	UND	N/A	250		
3.10	INSUMO DIDACTICO (ARMATODO, ROMPECABEZAS, LOTERIA, CUENTOS INFANTILES, ULA ULA, ETC)	UND	N/A	150		
3.11	INSUMOS FISIOTERAPIA GEL, BANDAS FRIAS, BARRAS, VELAS AROMATIZADAS, ACEITES, ETC	UND	N/A	500		

3.12	INSUMOS (REGLETAS, BLOQUES LÓGICOS, ETC)	UND	N/A	500		
3.13	INSUMOS PARA EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN (BAJA LENGUAS, PITILLOS, GLOBOS, PITOS, BURBUJEROS, MASAJEADORES LINGUALES, ETC)	UND	N/A	500		
3.14	INSUMOS PARA EJERCICIOS DE MASTICACIÓN (GELATINA, LECHE CONDENSADA, MERMELADA, CHUPETAS	UND	N/A	500		
3.18	PAQUETE DE AYUDA ALIMENTARIA (INCLUYE ARROZ (2 KL), LENTEJA (1 LB), FRIJOL(1 LB) , ACEITE (3LTS), PANELA(2), SAL (1LB), AZUCAR (1KL), PASTAS (1 KL), AVENA (1 LB), LECHE EN POLVO (1 KL), HARINA (1 LB), ATUN (2), CARTON DE HUEVO (24 UNIDADES)	UND	2	150		
SUMINISTRO DE BIENES Y SERVICIOS						
4.1	ALQUILER DE VEHICULOS (INCLUYE GASOLINA Y CONDUCTOR)	MESES	2	4		
4.2	REFRIGERIOS O MERIENDAS	MESES	2	2000		
4.3	ARRIENDOS	MESES	2	2		
TOTAL						

SON:
Atentamente,

Nombre o Razón Social del Proponente: _____
Nit _____
Nombre del Representante Legal: _____
C. C. No. _____ de _____
Dirección _____
Teléfonos _____ Fax _____
Ciudad _____

ANEXO N°5- RELACIÓN DE EXPERIENCIA DEL PROPONENTE
ESAL N° XXXX DE 2024

Ítem	Número Del Contrato	Objeto	Valor	Fecha De Inicio	Fecha De Terminación	Entidad Contratante

Atentamente,

Nombre o Razón Social del Proponente: _____
Nit _____
Nombre del Representante Legal: _____
C. C. No. _____ de _____
Dirección _____
Teléfonos _____ Fax _____
Ciudad _____

ANEXO N°6- RELACIÓN DEL PERSONAL OFERTADO
ESAL N° XXXX DE 2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	CC	TITULO Y TARJETA PROFESIONAL (SI APLICA)	CARGO PARA EL QUE SE OFERTA	NUMERO DE AÑOS EXPERIENCIA GENERAL