ANEXO Nº 1
MODELO DE
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Señores

SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD
Carrera 6 Calle 9 y 10 Palacio de San Francisco, piso 11

Referencia: (OBJETO).

Proceso: Invitación pública número No.
Los suscritos _____ (nombre del oferente) actuando (en nombre propio o en representación – nombre persona jurídica / consorcio / unión temporal) de acuerdo con la invitación pública, presento la siguiente oferta para _____ (objeto) y, en caso de ser aceptada por el Departamento del Valle del Cauca, nos comprometemos a firmar el contrato correspondiente.

Declaramos así mismo:

- Que esta oferta 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 oferta ni en el contrato probable que de ella se derive.
- Que conocemos las condiciones del proceso y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
- Que no nos hallamos incursos en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Constitución o en la ley, y que no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.
- Que incluimos en la oferta todos los costos directos e indirectos por lo cual renunciamos a cualquier reclamación por interpretación errónea del proceso o elaboración indebida de la propuesta.
- Que en concordancia con lo anterior el valor total de la propuesta se detalla en el Anexo correspondiente.

Atentamente;

Nombre del oferente o de su representante legal.
CC Nº. _____ De _____
Número de Nit (consorcio, o unión Temporal o de la (s) firma(s) _____ (anexar copia)
Dirección de correo: _____
Dirección electrónica: _____
Telefax: _____
Ciudad: _____

Firma Del Representante Legal o del Oferente

Departamento del Valle del Cauca
Gobernación
Secretaría de Salud

paraíso de todos

ANEXO 2 PROPUESTA ECONOMICA			
Objeto: La Secretaria de Salud Departamental requiere contratar plan exequial para la prestación de los servicios funerarios que llegaren a ocurrir a los servidores públicos que laboran, y/o su grupo y los que llegaren a vincularse durante la presente vigencia, cubriendo todos los servicios que implican el evento exequial.			
LISTA DE CANTIDADES Y PRECIOS			
Descripción del servicio	Valor Unitario (Incluido IVA)	Valor Unitario Plan Anual (Incluido IVA)	Valor Total para 154 Servidores - Plan Anual (Incluido IVA)
TOTAL			

Nombre del oferente o de su representante legal.

CC Nº.
Numero de Nit (consorcio, o unión Temporal o de la (s) firma(s) (anexar copia)
Dirección de correo:
Dirección electrónica:
Telefax:
Ciudad:

Firma Del Representante Legal o del Oferente

ANEXO No. 3

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

CERTIFICACIÓN PERSONA JURÍDICA

El suscrito _____ (Use la opción que corresponda, **según certifique** el Representante Legal o *el Revisor Fiscal*), identificado con _____, en mi condición de *Representante Legal* o de Revisor Fiscal de (Razón social de la compañía) identificada con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ certifico que se encuentra a Paz y Salvo por concepto del pago de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a la Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicios Nacionales De Aprendizaje de todo el personal que se encuentra laborando dentro de la misma, durante los últimos seis (6) meses calendario.

Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

La presente se expide a los _____, ( ) del mes de _____ de 2025.

FIRMA

_____

C.C. No.
T.P. No. (Cuando certifique el Revisor Fiscal)

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, CERTIFICANDO EL PAGO EFECTUADO POR DICHOS CONCEPTOS EN LOS PERIODOS ANTES MENCIONADOS.

CERTIFICACIÓN PERSONAS NATURALES

El Suscrito _____, identificado con la cédula de ciudadanía No._____ expedida en_____, obrando en mi propio nombre y representación declaro bajo la gravedad de juramento que actualmente me encuentro vinculado al Sistema General de Seguridad Social Integral (Salud y Pensión), así como el personal a mi cargo que lo requiere.

Lo anterior en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 23 de la ley 1150 de 2007 y en la ley 828 2003.

La presente se expide a los _____, ( ) del mes de _____ de 2025

Firma _____
Nombre _____
C.C. No. _____

ANEXO Nº 4
CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Manifestó que cumplo con las especificaciones del objeto mínimas exigidas en el proceso de selección.

DESCRIPCION	GARANTIZA	NO GARANTIZA
1. Atención personalizada en la prestación del servicio.		
2. Apoyo y orientación en trámites legales.		
3. Repatriación y expatriación de cenizas de Colombia al exterior y desde el exterior a Colombia, tanto al titular del derecho como el grupo familiar primario necesario y del trámite legal que se requiera en vuelos comerciales		
4. Velación en casa o en las instalaciones de las salas de velación propias del proponente o en convenio, o velación virtual.		
5. Lotes y bóvedas en uso temporal, de acuerdo a lo estipulado en el Título IX de la Ley 9 de 1979 y el Artículo 20 de la Resolución 5194 DE 2010 y la normatividad vigente.		
6. Cremación de cuerpos y restos		
7. Servicio de exhumaciones		
8. Servicio de Inhumación		
9. Osarios y cenízaros a perpetuidad		
10. Recogida del Cuerpo		
11. Preparación y preservación (Tanaproxia) de Cuerpos para un periodo de 48 horas.		
12. Traslado Nacional del fallecido al lugar de residencia habitual, sin límite de kilometraje.		
13. Suministro como mínimo de cinco (5) opciones de cofre adjuntar certificación. **Acreditación:** Esta certificación deberá ser expedida por el representante legal de la persona jurídica o persona natural.		
14. Carroza como mínimo modelo 2017, para traslado del cofre a sala de velación y		

cementerio. **Acreditación:** Copia de la tarjeta de propiedad o registro del vehículo con el fin de verificar su modelo.		
15. Registro y trámites legales para licencias de Inhumación y Cremación.		
16. Sala de velación hasta por 24 horas.		
17. Dos (2) buses para acompañantes.		
18. Servicio de exequias, y demás consideraciones que sugiera el supervisor del contrato conforme al objeto contractual.		
19. Apoyo Emocional y Espiritual por un profesional (Psicólogo) titulado. Para brindar acompañamiento a las personas y familiares que atraviesen por experiencia de duelo, buscando por medio de terapias grupales, individuales y familiares, en aras de generar bienestar personal y social. **Acreditación:** Copia del contrato y/o certificación donde acredite la vinculación del profesional con la sociedad, presentación de la tarjeta profesional y Diploma del profesional.		
20. Una vez utilizado el servicio Exequial por parte del afiliado principal o cualquiera de sus beneficiarios, no se perderá el derecho posterior a los servicios de exhumación y osario, si en el caso el trabajador se retira del plan.		
21. Prestar sin límites, todos los servicios que se requieran en el año, sin exclusiones, salvo este activo.		
22. Los hijos de los trabajadores titular tendrán cobertura automática a partir del (6) Sexto mes de gestación.		
23. Asistencia familiar cuando se requiera.		
24. Ofrenda floral para cada evento.		
25. Trámites legales.		
26. Contar como mínimo con un (1) cementerio propio o en convenio, dentro de la ciudad de Cali o en el área metropolitana, y mínimo dos (2) convenios vigentes con cementerios en el resto del Departamento del Valle y a nivel		

Nacional. **Acreditación:** deberá presentar certificado de libertad y tradición con una expedición no superior a 30 días calendario y presentar copia de los convenios vigentes.		
27. Certificación del proponente donde acredite que es propietario, presta el servicio de horno crematorio o donde indique que existe convenio o contrato con empresa especializada que presta el servicio de manera directa. **Acreditación:** Esta certificación deberá ser expedida por el representante legal de la persona jurídica o persona natural.		
28. Compensación económica mínima en caso que el afiliado haya incurrido en gastos para la prestación del servicio con otros operadores funerarios (soporte factura). No requiere autorización, hasta por dos salarios mínimos legales vigentes		

Nombre del proponente: _____
Identificación / NIT _____
Dirección _____
Tel / Celular _____

Firma _____