FORMATO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad y fecha

Señores
Alcaldía Municipal
Calarcá, Quindío

Referencia: Proceso de selección de mínima cuantía No. ___ de 2025.

El suscrito _____, identificado con la cédula de ciudadanía No. _____, expedida en _____, de acuerdo con lo establecido en la invitación pública del proceso de la referencia, ponemos a consideración del Municipio de Calarcá, Quindío, la presente propuesta para participar en el proceso contractual de la referencia, la cual se regirá por los términos aquí contenidos y sus anexos, a saber:

1. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO CONTRATUAL PARA EL QUE SE PRESENTA LA OFERTA: EXÁMENES MÉDICOS DE SALUD OCUPACIONAL DE INGRESO, RETIRO Y PERIÓDICOS A PERSONAS DE PLANTA DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE CALARCÁ SEGÚN SEAN REQUERIDOS.

2.1. LUGAR DE EJECUCIÓN DEL OBJETO: El lugar de ejecución será en el Municipio de Calarcá Quindío, en la Carrera 24 número 38 -57 Piso 2 (Centro Administrativo Municipal) y en los lugares señalados por el supervisor designado y para todos los efectos se fija como domicilio contractual el Municipio de Calarcá Quindío.

3. DECLARACION DE OBLIGACION DE CUMPLIMIENTO:

En mi calidad de oferente, declaro con la suscripción de esta oferta que en caso que sea aceptada, cumpliré a cabalidad con el objeto y obligaciones del contrato que se suscriba, me obligo a cumplir con las características técnicas establecidas en la invitación pública, como también a mantener los precios de los valores unitarios y globales que se describen en mi oferta económica: Formato Nro. 2 (Oferta Económica).

De igual manera declaro que conozco y acepto que están a mi cargo todos los impuestos, tasas y contribuciones establecidos por las diferentes autoridades nacionales, departamentales o municipales, los cuales se encuentran comprendidos dentro del valor ofertado. Así mismo, están incluidos todos los costos que genere el cumplimiento del objeto y obligaciones, de acuerdo con las especificaciones técnicas y demás condiciones requeridas en la invitación pública

2. VIGENCIA E IRREVOCABILIDAD:

Con la suscripción del presente documento y mi oferta económica, declaro que la misma permanecerá vigente desde: el día de presentación o entrega de la oferta, extendiéndose por treinta (30) días más a partir de dicha entrega. De igual forma declaro que mi oferta económica será irrevocable en los términos del Artículo 846 del Código de Comercio Colombiano.

3. TÉRMINO PARA ACEPTAR LA OFERTA:

El plazo para aceptar la presente oferta corresponderá al término fijado en el cronograma del proceso de Selección de Mínima Cuantía y sus adendas, contados a partir de la fecha y horario en la cual se radique la oferta.. Se entenderá aceptada mediante comunicación de aceptación, de conformidad con lo establecido en el artículo 94 de la Ley 1474 de 2011 y el numeral 6 del artículo 2.2.1.2.1.5.2. del Decreto Único Reglamentario 1082 del año 2015.

4. TERMINACIÓN DE LA OFERTA:

La presente oferta terminará por cualquiera de las siguientes causas:

A) Por aceptación de la oferta a un proponente diferente.
B) Por declaratoria de desierta de la invitación pública.

C) Por el rechazo de la oferta por no cumplir con los requisitos habilitantes o no subsanar los mismos en el tiempo establecido.
D) El cumplimiento del plazo de ejecución pactado.
E) Por acuerdo mutuo entre las partes.
F) Cuando incurra en incumplimiento injustificado de mis obligaciones y se haya comunicado la declaratoria expresa del mismo.

Declaro así mismo:

A) Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a los firmantes de esta carta.
B) Que conozco la información general del presente proceso y demás documentos de la invitación pública del presente proceso y que aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
C) Que conozco todo lo concerniente a la naturaleza del objeto contractual que estamos ofertando, así como las condiciones generales y locales; la situación tributaria, calidad, cantidad de los servicios que se deben prestar, y demás requeridos para la ejecución del servicio y en general, todos los demás aspectos sobre los cuales obtuvimos información y que en alguna forma afecten la ejecución del objeto contractual.
D) Que tengo la responsabilidad de verificar las condiciones reales para ofertar y ejecutar a cabalidad el contrato. Con lo anterior, renunciamos expresamente a cualquier reclamación futura por falta de información o información parcial en este aspecto, declaramos expresamente que con la presentación de esta oferta calculamos todos y cada uno de los costos para cumplir a cabalidad con la propuesta presentada.
E) Que hemos conocido las adendas a los documentos del presente proceso de selección y que aceptamos su contenido.
F) Que la presente propuesta consta de _____ (__) folios debidamente numerados.
G) Que no me hallo incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Constitución o la Ley para contratar, ni en conflicto de intereses, para lo cual autorizo a la entidad para que verifique los antecedentes disciplinarios y fiscales.
H) Acepto que a la presente oferta y al negocio jurídico que de ella se derive le son aplicables las cláusulas excepcionales, contenidas en los Artículos 14 al 18 de la Ley 80 del año 1.993.
I) Que el suscrito proponente, la sociedad que represento declara - bajo la gravedad del juramento que SI ____ No ____ (marcar con una X) hemos sido sancionados por entidades estatales con la declaratoria de incumplimiento contractual o la imposición de multas por incumplimiento de contratos estatales dentro de una misma vigencia fiscal. En caso afirmativo relacionar a continuación las respectivas sanciones:

Entidad contratante	Número o identificación del contrato	Tipo de sanción	Fecha de ejecutoria de la sanción dd/mm/aa

Alcaldía de Calarcá

_____
Nombre del proponente
NIT. o C.C. No.
Dirección
Correo electrónico
Celular
Ciudad

FORMATO No. 2
OFERTA TÉCNICA Y ECONÓMICA

Ciudad y fecha

Señores
Alcaldía Municipal
Calarcá, Quindío

Referencia: Proceso de selección de mínima cuantía No. MC ____de 2025.

1) Los suscritos, _____ debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de _____, en calidad de proponente, de conformidad con las condiciones y requisitos descritos en la invitación pública del proceso de selección mínima cuantía No. _____, me permito presentar la siguiente oferta técnica y económica para el contrato, que tendrá el siguiente objeto contractual: EXÁMENES MÉDICOS DE SALUD OCUPACIONAL DE INGRESO, RETIRO Y PERIÓDICOS A PERSONAS DE PLANTA DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE CALARCÁ SEGÚN SEAN REQUERIDOS."

2) **Ofrecimiento técnico y económico:** En mi calidad de proponente u oferente, me obligo con el municipio de Calarcá Quindío, a poner a disposición de la entidad los equipos conforme a las siguientes especificaciones técnicas y económicas o valores:

ITEMS	ASPECTO TECNICO **Practica de Exámenes Médicos - Evaluación médica ocupacional (ingreso-control-retiro)**	CANTIDAD DE EXAMENES	VALOR UNITARIO IVA INCLUIDO
1	**Examen médico con énfasis osteomuscular:** El examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular es un examen físico que evalúa la salud de un trabajador y su capacidad para realizar un trabajo. Se realiza a personas que realizan actividades laborales que implican esfuerzos físicos o movimientos repetitivos, el objetivo de este examen es detectar enfermedades musculo esqueléticas y asegurar el bienestar del trabajador. Este examen se puede realizar en diferentes momentos, como al ingreso a la entidad, de forma periódica, al momento del egreso. **Evaluación Médica Pre-ocupacionales o de Ingreso:** Se realizarán para determinar las condiciones de salud Física, Mental y social del trabajador antes de su vinculación, en función de las condiciones de trabajo a las que estarla expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil de su cargo. El objetivo es determinar la aptitud del trabajador para desempeñar en forma eficiente las labores sin perjuicio de su salud o la de terceros, comparando las demandas del cargo para el cual se desea vincular con sus capacidades físicas y mentales; establecer la existencia de restricciones que ameriten alguna condición sujeta a modificación, e identificar condiciones de salud que estando Presentes en el trabajador, puedan agravarse en desarrollo del trabajo.	1	

	El examen de ingreso debe certificar si el nuevo funcionario es apto, apto con restricciones o no apto. **Evaluaciones médicas ocupacionales periódicas:** Las evaluaciones se realizan al personal que ha trabajado durante un tiempo determinado, en este caso, cuando han laborado durante un año o menos, siguiendo las recomendaciones médicas previas sobre la periodicidad de los controles. Se realizan con el fin de monitorear la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo. Así mismo, para detectar enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. Dichas evaluaciones deben ser realizadas de acuerdo con el tipo, magnitud y frecuencia de la exposición a cada factor de riesgo así como el estado de salud del trabajador. **Practica de exámenes médicos ocupacionales de egreso:** Es la valoración que se debe realizar al trabajador cuando se termina la relación laboral. Su objetivo es valorar y registrar las condiciones de salud en las que el trabajador se retira de las tareas o funciones asignadas.		
2	**Evaluaciones médicas ocupacionales post incapacidad o por reintegro:** Son las valoraciones médicas que se realizan con el fin de identificar condiciones de salud que pueda haberse agravado o que puedan interferir con el desempeño laboral. Estas evaluaciones también son esenciales para garantizar que no exista un riesgo para la salud del trabajador ni para la de sus compañeros, considerando cualquier situación particular que pueda influir en su capacidad para realizar sus funciones de manera segura, igualmente conocer las recomendaciones o restricciones que se deben tener en cuenta para procurar el bienestar del trabajador.	1	

Alcaldía de Calarcá

3	**Evaluaciones médicas complementarias según factores de riesgo.** Las evaluaciones médicas ocupacionales complementarias son las que se realizan a los trabajadores de acuerdo a los factores de riesgo específico al que se exponen durante la labor. Estas valoraciones son fundamentales, ya que permiten identificar posibles condiciones de salud que puedan comprometer su capacidad para realizar sus tareas de manera segura y eficiente. Además, garantizan la protección de la salud del trabajador, sus compañeros y la comunidad en general, al prevenir riesgos que podrían afectar tanto su bienestar como la seguridad en el entorno laboral. Teniendo en cuenta que en la planta del municipio de Calarcá tiene cargos operativos, se requiere realizar evaluaciones completarías, especialmente a las personas que están expuestas al factor de riesgo publico asociado con el tránsito. Evaluaciones complementarias para conductores y agentes de tránsito: Son importantes porque garantizan que el trabajador es apto para realizar su labor ya que evalúan la aptitud física y mental de los conductores, y pueden detectar problemas de salud que afecten su capacidad de conducción y así evitar accidentes de tránsito. Para ello se solicitan los siguientes • Optometría: Es la medición de la agudeza visual, la verificación de los correctos movimientos oculares para el enfoque en las diferentes distancias y la detección de defectos visuales tales como Hipermetropía, Miopía, Astigmatismo, presbicia, entre otros. • Audiometría: Este examen evalúa su capacidad para escuchar sonidos. Los sonidos varían de acuerdo con el volumen o fuerza (intensidad) y con la velocidad de vibración de las ondas sonoras (tono). • Prueba psicosensométrica para conductores: Este examen es realizado por el psicólogo quien evalúa las aptitudes perceptivo-motoras (estimación del movimiento, coordinación viso motora, tiempo de reacción múltiple e inteligencia práctica) que se necesitan para una conducción segura. • Glucemia: Examen de azúcar en sangre mide la cantidad de un azúcar llamado glucosa en una muestra de sangre • Perfil lípido: Examen de sangre que mide los niveles de colesterol y triglicéridos en la sangre.	1	

Alcaldía de Calarcá

	• Examen de sustancias y drogas: Examen que evalúa la presencia de drogas o de otras sustancias químicas en la sangre.		
4	**El examen médico osteomuscular con énfasis en altura** Es una evaluación física que se realiza a trabajadores que realizan labores en alturas. Este examen busca determinar si el trabajador tiene alguna afección musculoesquelética que pueda afectar su desempeño laboral, con examenes medicos complementarios Pruebas Vestibulares Electrocardiograma (ECG) Audiometría Perfil lipídico Glicemia Optometría/visiometría	1	
TOTAL			

VALOR TOTAL DE LA OFERTA: (En letra y números)

_____
Nombre del proponente
NIT. o C.C. No.
Dirección
Correo electrónico
Celular
Ciudad

Alcaldía de Calarcá

Alcaldía de Calarcá

FORMATO No. 3

COMPROMISO DE CONSTITUCIÓN DE PROPONENTE PLURAL: CONSORCIO

Ciudad y fecha

Señores
Alcaldía Municipal
Calarcá, Quindío

PROCESO: INVITACION PUBLICA DE MINIMA CUANTIA No MC_____.

Saludo cordial.

Los suscritos [Nombre del representante legal o de la persona natural integrante No. 1], y [Nombre del representante legal o de la persona natural integrante No. 2],debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de [nombre o razón social del integrante], respectivamente manifestamos por este documento, que hemos convenido asociarnos en **CONSORCIO**, para participar en el concurso público de la referencia cuyo objeto es [colocar objeto del proceso de selección], y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

Nombre del integrante	Compromiso (%) [2]
[Indicar los nombres de los integrantes del consorcio]	[Indicar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes

1) El Consorcio se denomina CONSORCIO _____.
2) El objeto del consorcio es _____.
3) La duración del consorcio es _____.
4) La responsabilidad de los integrantes del Consorcio es solidaria en el cumplimiento de las obligaciones y de las sanciones que se deriven de la ejecución del contrato.

5) El representante legal del consorcio es [indicar el nombre], 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 del contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.

6) El representante suplente del consorcio es [indicar el nombre], 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 del contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.

   [Definir los eventos en los cuales puede intervenir el representante suplente del consorcio.]

7) El Señor[a] [indicar el nombre del representante legal del consorcio] acepta su nombramiento como representante legal del CONSORCIO [Nombre del Consorcio]

8) En caso de resultar adjudicatario, la facturación del proponente la realizará: [Nombre del integrante o nombre de todos los integrantes].

9) El Domicilio del consorcio es:
   Dirección física: _____
   Dirección electrónica: _____

Teléfono _____
Telefax _____
Ciudad _____

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 2025.

_____
(Nombre del integrante 1)
C.C – Nit.

_____
(Nombre del integrante 2)
C.C – Nit.

_____
(Nombre del integrante No. …)
C.C – Nit.

_____
(Nombre y firma del Representante Legal del Consorcio)
C.C

Atentamente,

_____
Nombre del Proponente o Representante Legal
C.C No.
Dirección
Correo Electrónico
Ciudad

1856
VALOR, TRABAJO, CULTURA
Alcaldía de Calarcá

FORMATO No. 4

COMPROMISO DE CONSTITUCIÓN DE PROPONENTE PLURAL: UNIÓN TEMPORAL:

Ciudad y fecha

Señores
Alcaldía Municipal
Calarcá, Quindío

PROCESO: Invitación pública de Mínima Cuantía No. MC _____.

Saludo cordial.

Los suscritos, [nombre del representante legal del integrante 1] y [nombre del representante legal del integrante 2] debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de [nombre o razón social del integrante], respectivamente manifestamos por este documento, que hemos convenido asociarnos en **UNIÓN TEMPORAL**, para participar en el concurso público de la referencia cuyo objeto es [colocar objeto del proceso de selección], y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

La unión temporal está integrada por los siguientes miembros, los cuales ejecutaran las actividades que se describen a continuación:

Actividades y términos en la ejecución del Contrato (1)	Compromiso (%) (2)	Nombre del integrante a cargo de la actividad
[El integrante debe describir pormenorizadamente las actividades que ejecutará en desarrollo del contrato.]	[Indicar el porcentaje de cada actividad que se compromete a ejecutar] [En el evento que la actividad sea realizada por dos (2) o más miembros se indicará el porcentaje de compromiso en relación con cada miembro]	

1) La extensión de la participación se indicará en función de las actividades a ejecutar en el proyecto.
2) El total de la columna, es decir la suma de los porcentajes de compromiso de los integrantes, debe ser igual al 100%.
3) La unión temporal se denomina UNIÓN TEMPORAL _____.
4) El objeto de la unión temporal es _____.
5) La duración de la unión temporal es de _____.
6) La responsabilidad de los integrantes de la unión temporal es solidaria en el cumplimiento de las obligaciones que se deriven de la ejecución del contrato, pero las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato se impondrán de acuerdo con la participación de ejecución de cada uno de los miembros de la unión temporal.
7) 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 del contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.
8) El representante suplente de la unión temporal es [indicar el nombre], identificado con la cédula de ciudadanía 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.
[Definir los eventos en los cuales puede intervenir el representante suplente de la unión temporal.]

9) El Señor [a] [indicar el nombre del representante legal de la unión temporal] acepta su nombramiento como representante legal de la UNIÓN TEMPORAL [Nombre de la unión temporal]
10) [Las entidades y los proponentes podrán incluir cláusulas adicionales que no contradigan lo dispuesto en los Documentos Tipo para regular la relación negocial entre los integrantes.]

11) El domicilio de la unión temporal es:

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 2025.

_____
(Nombre del integrante 1)
C.C – Nit.

_____
(Nombre del integrante 2)
C.C – Nit.

_____
(Nombre del integrante No. …)
C.C – Nit.

_____
(Nombre y firma del Representante Legal de la Union Temporal)
C.C

Atentamente,

_____
Nombre del Proponente o Representante Legal
C.C No.
Dirección
Correo
Electrónico
Ciudad

Alcaldía de Calarcá

Alcaldía de Calarcá

FORMATO No. 5
PERSONA JURÍDICA
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

Ciudad y fecha,

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 auditoria 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 laborales, 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 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 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 2025.

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

TARJETA PROFESIONAL
(Para el Revisor Fiscal)_____

EN CASO QUE EL OFERENTE 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 el oferente no tiene obligaciones con el sistema general de seguridad social en pensiones, salud y aportes parafiscales:

FIRMA: _____
Nombre:
Identificación:

ANEXO No. 5A

PERSONAS NATURALES
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTICULO 9 LEY 828 DE 2003

Ciudad y fecha,

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 el de mis empleados (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), durante los últimos seis (6) meses.

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.

Dada en _____ a los ( ) _____ del mes de _____ de 2025

FIRMA_____

NOMBRE DE QUIEN DECLARA _____

NOTA 1: EN CASO QUE EL OFERENTE NO ESTE OBLIGADO A EFECTUAR EL PAGO DE APORTES PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL (salud y pensiones) 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: _____

NOTA 2: CUANDO SI EXISTA OBLIGACIÓN DE COTIZAR AL SISTEMA DE SALUD Y PENSIONES, PERO NO DE PARAFISCALES SE DEBERÁ MANIFESTAR EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

De conformidad con lo estipulado en la invitación publica, manifiesto bajo la gravedad de juramento que me encuentro a paz y salvo en relación CON MIS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SALUD Y PENSIONES, en los últimos seis (6) meses.

FIRMA: _____
Nombre:
Identificación:

FORMATO PARA CRITERIOS DE DESEMPATE

FORMATO 6A

PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O MUJERES VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (PERSONA JURÍDICA)

NOTA: *[Este formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, según corresponda, de la persona jurídica en el que mayoritariamente participen mujeres cabeza de familia y mujeres víctima de violencia intrafamiliar. En el evento que la oferta la presente una entidad privada sin ánimo de lucro, ya sea, fundación, corporación o asociación se ajustará el formato en lo pertinente. La información vertida en este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y, por tanto, no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]*

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REF: Proceso de Contratación Nro.___ de _____

Objeto: _____

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica o del revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] identificada con el NIT [Incluir el NIT], certifico bajo la gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica está constituida por mujeres cabeza de familia y/o mujeres víctima de violencia intrafamiliar. Esta información está soportada de acuerdo con los libros de comercio de la sociedad, los cuales gozan de reserva legal en los términos del artículo 61 del Código de Comercio.

En el siguiente cuadro señalo las mujeres cabeza de familia o mujeres víctima de violencia intrafamiliar que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

Identificación de las mujeres cabeza de familia o mujeres víctima de violencia intrafamiliar que participan en la persona jurídica (Incluir nombre y documento de identidad)	Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

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

_____
[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda

FORMATO 6B

VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

[Tratándose de proponentes plurales, este formato lo presentará el integrante o los integrantes que tengan una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25 %) en el consorcio o en la unión temporal y aporten mínimo el veinticinco por ciento (25 %) de la experiencia general habilitante]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación Nro._____ de _____

Objeto: _____

Estimados señores:

[Incluir el nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] [identificada con el NIT _____], certifico que tengo vinculado en la planta de personal un mínimo del diez por ciento (10 %) de empleados en las condiciones de discapacidad enunciadas en la Ley 361 de 1997, contratados [con una anterioridad no inferior a un año o desde la constitución de la sociedad (para sociedades con menos de un año de constitución)], para lo cual adjunto el certificado expedido por el Ministerio del Trabajo.

De igual manera me comprometo en caso de resultar adjudicatario del presente proceso de contratación, a mantener vinculados a los empleados en condiciones de discapacidad por un lapso igual al del plazo de ejecución del contrato.

Alcaldía de Calarcá

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

_____

[Nombre y firma de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda]

VINCULACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y NO BENEFICIARIAS DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA (EMPLEADOR – PROPONENTE)

[*Este formato lo diligencia la persona natural, el representante legal o el revisor fiscal de la persona jurídica que tiene en su personal trabajadores mayores de edad vinculados en la planta del personal que no sean beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido la edad de pensión. En el caso de los proponentes plurales, este formato lo diligenciará el representante del proponente plural en el cual certifica la totalidad de los trabajadores vinculados en la planta de personal de cada uno de los integrantes y la totalidad de personas mayores de edad vinculados de cada uno de sus integrantes*]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación Nro._____ de _____

Objeto: _____

Estimados señores:

[Incluir el nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del proponente plural] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal o representante del proponente plural] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] [identificada con el NIT _____], certifico que el número total de trabajadores personas mayores de edad vinculados en la planta del personal que no son beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de edad de pensión establecido en la ley es el que se relaciona a continuación:

Número total de trabajadores vinculados a la planta de personal	Número de personas mayores no beneficiarias a la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de pensión

[Incluir el siguiente cuadro para los proponentes plurales]

Número total de trabajadores vinculados a la planta de personal de los integrantes del proponente plural	Número de personas mayores, no beneficiarias a la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de pensión de los integrantes del proponente plural

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

_____

[Nombre y firma de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del proponente plural]

FORMATO 6C2

VINCULACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y NO BENEFICIARIAS DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA
(TRABAJADOR)

[*Este formato lo diligencia el trabajador vinculado en la planta de personal del proponente que presenta la oferta, que no es beneficiario de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que haya cumplido la edad de pensión*]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación Nro._____ de _____

Objeto: _____

Estimados señores:

[Incluir el nombre del trabajador vinculado en la planta de personal la persona natural o de la persona jurídica] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de trabajador vinculado a [Indicar el nombre de la persona jurídica o persona natural], [identificada con NIT _____], certifico bajo la gravedad de juramento que no soy beneficiario de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y ya cumplí la edad de pensión.

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

_____
[Nombre y firma del trabajador vinculado a la persona natural o jurídica]

Alcaldía de Calarcá

FORMATO 6D

VINCULACIÓN DE POBLACIÓN INDÍGENA, NEGRA, AFROCOLOMBIANA, RAIZAL, PALENQUERA, RROM O GITANA

[*La información de este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y por tanto no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento*]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación Nro.____ de _____

Objeto: _____

Estimados señores:

[Incluir el nombre del proponente persona natural o del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del proponente plural] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con el NIT _____], certifico bajo la gravedad de juramento que:

i) El número total de trabajadores vinculados a la nómina corresponden a [Diligenciar el número de trabajadores vinculados a la nómina]

ii) En la nómina están vinculadas las siguientes personas: [Indicar a continuación el nombre y número de cédula de las personas que se encuentran vinculadas al proponente o integrante de la estructura plural según corresponda y respecto de las cuales se aportan las pruebas correspondientes, para acreditar la pertenencia a población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palanquera, Rrom o gitanas]

Nombre completo	Número de identificación

iii) Así mismo declaramos que las personas señaladas anteriormente se encuentran vinculadas con una antigüedad igual o mayor a un año contado a partir de la fecha del cierre del presente proceso de selección. [Para los casos de constitución inferior a un año se tendrá que indicar que las personas señaladas se encuentran vinculadas desde el momento de constitución de la misma].

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

_____

[Nombre y firma de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del proponente plural]

PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/O REINTEGRACIÓN (PERSONAS JURÍDICAS)

Este formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, si están obligados a tenerlo, de la persona jurídica en el que mayoritariamente participan personas en proceso de reintegración o reincorporación de la persona jurídica. En el evento que la oferta la presente una entidad privada sin ánimo de lucro, ya sea, fundación, corporación o asociación se ajustará el formato en lo pertinente. La información de este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y, por tanto, no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación Nro._____ de _____

Objeto: _____

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica y el revisor fiscal, si están obligados a tenerlo] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal o ambos] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con el NIT _____], certifico bajo gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica está constituida por personas en proceso reincorporación y/o reintegración. Esta información está soportada de acuerdo con los respectivos certificados de la Oficina del Alto Comisionado para la Paz, o del Comité Operativo para la Dejación de Armas y el documento de identificación de cada una de dichas personas.

En el siguiente cuadro señalo las personas en proceso de reincorporación o reintegración que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

Identificación de las personas en proceso de reincorporación o reintegración (Incluir nombre y documento de identidad)	Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

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

_____
[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica o revisor fiscal]

FORMATO 6F

PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/O REINTEGRACIÓN (PERSONAS JURÍDICAS)

[*Este formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, según corresponda, del integrante del proponente plural (persona jurídica) en el que mayoritariamente participen madres cabeza de familia y/o personas en proceso de reintegración o reincorporación. Este formato lo podrá presentar el integrante o los integrantes que, cumpliendo la condición anterior, tengan una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25 %) en el consorcio o en la unión temporal y aporten mínimo el veinticinco por ciento (25 %) de la experiencia general acreditada en la oferta.*

En el evento que la oferta la presente una entidad privada sin ánimo de lucro, ya sea, fundación, corporación o asociación se ajustará el formato en lo pertinente. La información de este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y, por tanto, no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación Nro.____ de _____

Objeto: _____

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica o del revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con el NIT _____], certifico bajo la gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica del proponente plural está constituida por madres cabeza de familia y/o personas en proceso de reintegración o reincorporación.

En el siguiente cuadro señalo las madres cabeza de familia y/o personas en proceso de reincorporación o reintegración que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

Identificación de las madres cabeza de familia o personas en proceso de reincorporación o reintegración (Incluir nombre y documento de identidad)	Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

[Para la acreditación de desempate establecida en el literal (c), numeral 7, del numeral 4.6 del documento tipo incluir la siguiente redacción:]

Adicionalmente, los abajo firmantes, certificamos que ni la madre cabeza de familia o la persona en proceso de reincorporación o reintegración, ni la persona jurídica, ni sus accionistas, socios o representantes legales son empleados, socios o accionistas de los

miembros del proponente plural.

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

_____

[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica o revisor fiscal]

1886
VALOR TRABAJO CULTURA
Alcaldía de Calarcá

Alcaldía de Calarcá

FORMATO 6G

ACREDITACIÓN MIPYME

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación Nro._____ de _____

Objeto: _____

Estimados señores:

[Incluir el nombre o integrante persona natural y contador público o del representante legal de la persona jurídica y el revisor fiscal para las personas obligadas por ley o del representante legal y contador público, según corresponda,] identificados con [Incluir el número de identificación], actuando en representación de [Indicar nombre del proponente, o integrante de proponente plural] declaramos bajo la gravedad de juramento que la sociedad se encuentra clasificada como: [Indicar si es micro, pequeña y mediana empresa] de acuerdo con los criterios definidos por las normas legales vigentes.

Adicionalmente, los abajo firmantes certificamos que ni la Mipyme, cooperativa o asociación mutual ni sus accionistas, socios o representantes legales son empleados, socios o accionistas de los miembros del proponente plural.

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

[En el evento que sea un proponente persona natural quien presente la oferta, incluir las firmas de la siguiente manera:]

_____

[Nombre y firma del proponente o integrante persona natural y contador público]

VALOR TRABAJO CULTURA
Alcaldía de Calarcá

Alcaldía de Calarcá

FORMATO 6H

PAGOS REALIZADOS A MIPYMES, COOPERATIVAS O ASOCIACIONES MUTUALES

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación Nro. ____ de _____

Objeto: _____

Estimados señores:

[Incluir el nombre del proponente persona natural y contador público, o el representante legal y revisor fiscal para las empresas obligadas por ley, o del representante legal y contador público, según corresponda] identificados con [Incluir el número de identificación], en nuestra condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con el NIT _____], declaramos bajo la gravedad de juramento, que de acuerdo con nuestros estados financieros o información contable con corte al 31 de diciembre del año anterior, por lo menos el veinticinco por ciento (25 %) del total de pagos fueron realizados a Mipymes, cooperativas o asociaciones mutuales por concepto de proveeduría del oferente, realizados durante el año anterior.

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

[En el evento que sea un proponente persona natural quien presente la oferta, incluir las firmas de la siguiente manera:]

_____

[Nombre y firma del proponente o integrante persona natural y contador público]

[En el evento que sea un proponente persona jurídica quien presente la oferta, incluir las firmas de la siguiente manera:]

_____

[Nombre y firma del representante legal y revisor fiscal para las empresas obligadas por ley o del representante legal y contador público, según corresponda]