

 MUNICIPIO DE PIEDECUESTA	ANEXOS	Código: F-GA-026
		Versión: 1.0
		Página 1 de 9

FORMULARIO No. 1
Compromiso anticorrupción

Lugar y fecha

Señores
MUNICIPIO DE PIEDECUESTA
Proceso de Contratación [Insertar información]

[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 de EL MUNICIPIO DE Piedecuesta 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 [Insertar información].
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 Contratación [Insertar información].
5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación [Insertar información] 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 [Insertar información] días del mes de [Insertar información] de [Insertar información].

[Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural]
Nombre: [Insertar información]
Cargo: [Insertar información]
Documento de Identidad: [Insertar información]

Código: F- GA-026	Versión: 1.0	Página 1 de 9
Elaboró: Secretaría General – Área de Contratación	Revisó: Oficina Asesora Jurídica	Aprobó: SGC

FORMULARIO No. 2
MODELO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Señores
Municipio de Piedecuesta
Alcaldía Municipal
REFERENCIA: Proceso de Selección de Mínima cuantía No. _____ (escribir exactamente el número que aparece en el pliego)

El (los) suscrito (s): _____ (*nombre de la persona natural o de la persona jurídica, o del consorcio o unión temporal proponente*) de acuerdo con el Pliego de Condiciones, hacemos la siguiente propuesta para _____ (escribir el objeto del concurso idéntico como aparece en el pliego), en caso que nos sea aceptada por el **MUNICIPIO**, nos comprometemos a firmar el contrato correspondiente.

Declaramos así mismo:

1. Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a los firmantes de esta carta.
2. Que conocemos la información general y demás documentos del Pliego de Condiciones de presente proceso, como estudios previos y anexos del proceso y que aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
3. Que no nos hallamos incurso en causal alguna general o especial de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley o en el pliego de condiciones y que no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar. Cuando la inhabilidad o incompatibilidad sobrevenga en el curso de la selección se entenderá que renunciamos a la participación en el proceso y a los derechos surgidos del mismo.
4. Que si se nos adjudica el contrato, nos comprometemos a constituir las fianzas requeridas y a suscribir éstas y aquél dentro de los términos señalados para ello.
5. En virtud del Artículo 27 de la Ley 1121 de 2006 declaro que los activos y recursos informados al Municipio, así como aquellos que en caso dado se utilicen en la ejecución del presente contrato, no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano. Los recursos provienen de las siguientes fuentes.
6. La propuesta que ahora someto a su consideración tiene una validez de noventa (90) días contados desde la fecha de cierre del presente proceso de selección. No obstante, si la eventual adjudicación se me comunicare con posterioridad a esa fecha y yo aceptare suscribir el contrato de contrato, éste hecho será interpretado como prórroga del término de la validez de la propuesta.
7. Conozco todos los gravámenes legales, municipales y ordenanzaes que afectan el eventual contrato que me fuere adjudicado.
8. Declaramos expresamente que los datos que a continuación indicamos **SON LOS UNICOS VALIDOS PARA NUESTRA ACTUACION ANTE LA ENTIDAD DURANTE EL PROCESO. CUALQUIER DATO QUE PROCEDA DE PERSONA DIFERENTE O DE UNA DIRECCION DE CORREO ELECTRONICA DIFERENTE A LA EXPRESAMENTE SEÑALADA EN ESTA CARTA NO COMPROMETE NUESTRA RESPONSABILIDAD NI SE TIENE HECHA POR NOSOTROS.**
9. Con la presentación de la presente carta acepto ser notificado de los actos administrativos y demás documentos emitidos en desarrollo del presente proceso contractual a través del correo electrónico indicado en a continuación en esta carta, en los términos establecidos en la Ley 1437 de 2011, artículos 56, 67 y demás normar concordantes.
10. Que haremos los trámites necesarios para el perfeccionamiento del contrato dentro del término asignado para ello por la Entidad según lo consignado en el pliego y demás documentos del proceso.
11. Que, en caso de ser adjudicatario del contrato derivado del presente proceso, nos comprometemos a suscribir y legalizar las respectivas garantías contractuales del contrato e iniciar la ejecución del contrato, en los plazos previstos en el pliego de condiciones del presente proceso de selección

Atentamente,

Nombre del proponente _____
Nombre del Representante Legal _____
C. C. No. _____ de _____
No. del NIT [consorcio o unión temporal o de la (s) firma (s)] _____ [anexar copia (s)]
Dirección de correo físico _____
Dirección de Correo electrónico _____
Telefax _____
Ciudad _____

(Firma del proponente o de su Representante Legal)

FORMULARIO No. 3
MODELO CARTA DE PRESENTACIÓN DEL CONSORCIO

Ciudad y (fecha)

Señores
Municipio de Piedecuesta
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

REFERENCIA: PROCESO DE SELCCIÓN DE MINIMA CUANTÍA No. _____

OBJETO: _____

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 proceso 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 y liquidación del contrato. Y un año más
2.

El Consorcio se denominará:
3.

El Consorcio está integrado por:
NOMBRE
CÉDULA DE CIUDADANÍA

4.

La responsabilidad de los integrantes del Consorcio es solidaria, ilimitada y mancomunada.
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, firmar el contrato y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto a la ejecución y liquidación del contrato con amplias y suficientes facultades.
6.

En virtud del Artículo 27 de la Ley 1121 de 2006 declaro que los activos y recursos informados al Municipio, así como aquellos que en caso dado se utilicen en la ejecución del presente contrato, no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano. Los recursos provienen de las siguientes fuentes

7. La sede del Consorcio es:
Dirección _____
Teléfono _____
Telefax _____
Ciudad _____

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de ____ del 200__.

Nombre y firma del Representante de cada uno de los integrantes

Nombre y firma del Representante del Consorcio

FORMULARIO No. 4
MODELO CARTA DE PRESENTACIÓN DE UNIONES TEMPORALES

Ciudad _____, (fecha)

Señores
Municipio de Piedecuesta
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

REFERENCIA: PROCESO DE SELECCIÓN DE MINIMA CUANTIA No. _____

OBJETO: _____

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 un año más
- 2. La Unión Temporal se denominará:
La Unión Temporal está integrada por:
NOMBRE
TÉRMINOS Y EXTENSIÓN
COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN EN LA PROPUESTA (%)
EJECUCIÓN EN LA PROPUESTA (*)
(*) Discriminar las principales actividades a ejecutar en el contrato, por parte de cada uno de los integrantes.
- 3. La responsabilidad de los integrantes de la Unión Temporal es solidaria e ilimitada.
- 4. 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.
- 5. En virtud del Artículo 27 de la Ley 1121 de 2006 declaro que los activos y recursos informados al Municipio, así como aquellos que en caso dado se utilicen en la ejecución del presente contrato, no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano. Los recursos provienen de las siguientes fuentes _____.

6. La sede de la Unión Temporal es:
Dirección _____
Teléfono _____
Telefax _____
Ciudad _____

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de ____ del 200__.

Nombre y firma del Representantede cada uno de los integrantes de la Unión Temporal

 MUNICIPIO DE PIEDECUESTA	ANEXOS	Código: F-GA-026
		Versión: 1.0
		Página 5 de 9

FORMULARIO No. 5
DECLARACIÓN 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 mis aportes y el de mis empleados (esto último en caso de tener empleados a cargo) 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 calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección.

[En caso 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: 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. Así mismo, en el caso del pago correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, ICBF y SENA, 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 1670 de 2007.

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.

PRESENTADO PARA SER VALIDA DENTRO DE LA SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTIA No. _____

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

FIRMA _____

NOMBRE DE QUIEN DECLARA _____

Código: F- GA-026	Versión: 1.0	Página 5 de 9
Elaboró: Secretaría General – Área de Contratación	Revisó: Oficina Asesora Jurídica	Aprobó: SGC

COPIA CONTROLADA

FORMULARIO No. 06

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

(PERSONAS JURÍDICAS)

[Use la opción que corresponda, según certifique el Representante Legal o el Revisor Fiscal]

Yo, _____, identificado con _____, en mi condición de **Representante Legal** de (Razón social de la compañía) identificada con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ certifico el pago de

los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el 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 seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar) pagados por la compañía durante los últimos seis (6) calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta, dichos pagos corresponden a los montos contabilizados y cancelados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Nota: Para certificar 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. Así mismo, en el caso del pago correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, ICBF y SENA, se deberá tener en cuenta el plazo dispuesto para tal efecto por el artículo 10 de la ley 21 de 1982, reglamentado por el Decreto 1464 de 2005 y por el Decreto 1670 de 2007.

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.

PRESENTADO PARA SER VALIDA DENTRO DE LA SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTIA No. _____

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

FIRMA _____

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA _____

FORMULARIO No. 7 DE EXPERIENCIA

No. DE CONTRATO	VALOR EN SMMLV	OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATANTE

1. PARA CADA CONTRATO SE DEBE INDICAR SI SE EJECUTÓ EN FORMA INDIVIDUAL (I), EN CONSORCIO (C) O EN UNION TEMPORAL (UT)
OBSERVACIONES: ESTE ANEXO DEBERA DILIGENCIARSE EN TODAS LAS COLUMNAS. LA INFORMACION INCLUIDA EN EL SERA RESPONSABILIDAD DEL PROPONENTE , SO PENA DE LAS ACCIONES LEGALES PERTINENTES

Atentamente,

Nombre del proponente _____

(Firma del proponente o de su Representante Legal)

FORMULARIO No. 8
PROPUESTA ECONOMICA

ITEM	CARGO	EXAMEN MÉDICO INGRESO EXAMEN MÉDICO DE INGRESO (vacancia temporal, comisión o provisionalidad)	EXAMEN MÉDICO PERIODICO	EXAMEN MÉDICO POR CAMBIO DE OCUPACIÓN	EXAMEN MÉDICO DE EGRESO (Retiro) EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EGRESO (vacancia temporal, comisión o provisionalidad)
1	ALCALDE MUNICIPAL	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular Visiometría Nota: Electrocardiograma para mayores de 45 años	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular Visiometría Nota: Electrocardiograma para mayores de 45 años	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular
	SECRETARIO DE DESPACHO				
	GERENTE				
	JEFES DE OFICINA				
	DIRECTOR TÉCNICO				
	ASESORES				
	COMISARIO DE FAMILIA				
	PROFESIONAL UNIVERSITARIO				
	TÉCNICO ADMINISTRATIVO				
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO				
	SECRETARIO EJECUTIVA DEL DESPACHO DEL ALCALDE				
	SECRETARIO				
	VALOR PARA MENORES DE 45 AÑOS	\$	\$	\$	\$
	VALOR PARA MAYORES DE 45 AÑOS	\$	\$	\$	\$
2	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES - INSTITUCIONES EDUCATIVAS	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular Visiometría Nota: Con audiometría si se requiere	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular Visiometría Nota: Con audiometría si se requiere	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular
	OPERARIO – INSTITUCIONES EDUCATIVAS				
	CELADOR – INSTITUCIONES EDUCATIVAS				
	AUXILIAR ÁREA DE SALUD – INSTITUCIONES EDUCATIVAS				
	SECRETARIO – INSTITUCIONES EDUCATIVAS				
	AUXILIAR ADMINSITRATIVO – INSTITUCIONES EDUCATIVAS				
	TÉCNICO OPERATIVO –				

ITEM	CARGO	EXAMEN MÉDICO INGRESO EXAMEN MÉDICO DE INGRESO (vacancia temporal, comisión o provisionalidad)	EXAMEN MÉDICO PERIODICO	EXAMEN MÉDICO POR CAMBIO DE OCUPACIÓN	EXAMEN MÉDICO DE EGRESO (Retiro) EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EGRESO (vacancia temporal, comisión o provisionalidad)
	INSTITUCIONES EDUCATIVAS				
	TÉCNICO ADMINISTRATIVO – INSTITUCIONES EDUCATIVAS				
	VALOR CON AUDIOMETRÍA	\$	\$	\$	\$
	VALOR SIN AUDIOMETRÍA	\$	\$	\$	\$
3	INSPECTOR DE POLICÍA	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular Visiometría Audiometría Nota: Electrocardiograma para mayores de 45 años	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular Visiometría Audiometría Nota: Electrocardiograma para mayores de 45 años	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular
	VALOR PARA MENORES DE 45 AÑOS	\$	\$	\$	\$
	VALOR PARA MAYORES DE 45 AÑOS	\$	\$	\$	\$
4	TÉCNICO OPERATIVO DE TRÁNSITO	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular Examen Psicosensométrico Visiometría Audiometría Psicología Examen de coordinación Motriz Nota: Electrocardiograma para mayores de 45 años Certificación Tareas Especiales Curso de Manejo Defensivo Pruebas Paraclínicas Glicemia Perfil lipídico Hemograma	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular Examen Psicosensométrico Visiometría Audiometría Psicología Examen de coordinación Motriz Nota: Electrocardiograma para mayores de 45 años Certificación Tareas Especiales Curso de Manejo Defensivo Pruebas Paraclínicas Glicemia Perfil lipídico Hemograma	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular
	AGENTE DE TRÁNSITO				
	CONDUCTOR				
	VALOR PARA MENORES DE 45 AÑOS	\$	\$	\$	\$
	VALOR PARA MAYORES DE 45 AÑOS	\$	\$	\$	\$

ITEM	CARGO	EXAMEN MÉDICO INGRESO	EXAMEN MÉDICO PERIODICO	EXAMEN MÉDICO POR CAMBIO DE OCUPACIÓN	EXAMEN MÉDICO DE EGRESO (Retiro)
		EXAMEN MÉDICO DE INGRESO (vacancia temporal, comisión o provisionalidad)			EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EGRESO (vacancia temporal, comisión o provisionalidad)
5	BRIGADISTAS DE EMERGENCIA	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular Examen Visiometría Examen Audiometría Examen Espirometría Electrocardiograma Pruebas Paraclínicas Glicemia Perfil lipídico (HDL, LDL, Colesterol y Triglicéridos)	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular Examen Visiometría Examen Audiometría Examen Espirometría Electrocardiograma Pruebas Paraclínicas Glicemia Perfil lipídico (HDL, LDL, Colesterol y Triglicéridos)	N/A	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular
	VALOR	\$	\$		\$
6	PERSONAL TRABAJO EN ALTURAS	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular Test de vértigo Visiometría Audiometría Pruebas Paraclínicas Glicemia Perfil lipídico (HDL, LDL, Colesterol y Triglicéridos) Nota: Electrocardiograma para mayores de 45 años	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular Test de vértigo Visiometría Audiometría Pruebas Paraclínicas Glicemia Perfil lipídico (HDL, LDL, Colesterol y Triglicéridos) Nota: Electrocardiograma para mayores de 45 años	N/A	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular
	VALOR PARA MENORES DE 45 AÑOS	\$	\$		\$
	VALOR PARA MAYORES DE 45 AÑOS	\$	\$		\$

ITEM	TIPO DE EXAMEN	DETALLE DEL EXAMEN	CANTIDAD	VALOR
7	EXAMEN MÉDICO POST INCAPACIDAD	Examen Médico Ocupacional con énfasis Osteomuscular	1	\$

ITEM	DOCUMENTACIÓN TÉCNICA Y OTROS ANÁLISIS	CANTIDAD	VALOR
8	Informe de Diagnóstico de Condición de Salud El informe deberá incluir apartado que contenga un informe de los resultados generales de las pruebas clínicas o paraclínicas complementarias a los exámenes físicos realizados.	1	\$
9	Elaboración, actualización y aprobación del profesigramas	1	\$
10	Aplicación de la encuesta de Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial	1	\$
11	Informe de aplicación de batería de riesgo psicosocial, que contenga el informe de la aplicación de prueba de tipos de afrontamiento y 16 PF.	1	\$
12	Análisis de Puesto de Trabajo con énfasis osteomuscular	1	\$
13	Análisis de Puesto de Trabajo con énfasis Psicolaboral	1	\$
14	Análisis de Puesto de Trabajo con énfasis auditivo	1	\$
15	Análisis de Puesto de Trabajo según lo requiera la EPS o ARL	1	\$
16	Investigación de Accidente de Trabajo graves y/o mortales y enfermedades diagnosticadas como laborales	1	\$

ITEM	DOCUMENTACIÓN TÉCNICA Y OTROS ANÁLISIS	CANTIDAD	VALOR
17	Asesorías, capacitación, intervención y seguimiento en temas relacionado al SG-SST, en Medicina Preventiva y del Trabajo, SVE para la prevención del Riesgo Psicosocial.	1	\$
18	Asesorías, capacitación, intervención y seguimiento en temas relacionado al SG-SST, en Medicina Preventiva y del Trabajo, SVE para la prevención de trastorno y lesiones osteomusculares.	1	\$

ITEM	CURSO CERTIFICADOS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CANTIDAD	VALOR
19	Coordinador de alturas	1	\$
20	Reentrenamiento sectorial	1	\$
21	Curso trabajador autorizado	1	\$

ITEM	TIPO DE EXAMEN	CANTIDAD	VALOR
22	Examen médicos complementarios: Son evaluaciones o exámenes clínicos o paraclínicos realizados para complementar un determinado estudio en la búsqueda o comprobación de un diagnóstico. Depende de las solicitudes realizadas por parte de las administradoras (EPS, ARL, AFP), por entidades de control o autoridades.	1	N. A
23	Pila de exámenes para detección de sustancias psicoactivas	1	\$
24	Examen alcoholemia en sangre	1	\$

Nombre del proponente _____

(Firma del proponente o de su Representante Legal)

Código: F- GA-026	Versión: 1.0	Página 8 de 9
Elaboró: Secretaría General – Área de Contratación	Revisó: Oficina Asesora Jurídica	Aprobó: SGC

 MUNICIPIO DE PIEDECUESTA	ANEXOS	Código: F-GA-026
		Versión: 1.0
		Página 9 de 9

ANEXO 9

FICHA TECNICA

LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS SE ENCUENTRAN ANEXAS AL PROCESO

Código: F- GA-026	Versión: 1.0	Página 9 de 9
Elaboró: Secretaría General – Área de Contratación	Revisó: Oficina Asesora Jurídica	Aprobó: SGC