1. FORMATOS

FORMATO N. 1 - CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad y fecha.

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la entidad]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [**Incluir número del proceso de contratación**], y el lote [**XXX**] en adelante el "proceso de contratación"

Objeto: XXXXXXXXXXXXX

Respetados señores:

Por medio de los documentos adjuntos me permito presentar propuesta para participar en el proceso de selección tendiente a la contratación del objeto: **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

Así mismo, en el evento de resultar favorecido con la aceptación de la oferta, me comprometo a presentar los documentos requeridos para la suscripción del convenio y a efectuar los trámites para la legalización y ejecución de este, dentro de los plazos establecidos para el efecto en la INVITACIÓN PÚBLICA.

En mi calidad de proponente declaro:

1. Que conozco la INVITACIÓN PÚBLICA del proceso de selección e información sobre preguntas y respuestas, así como los demás documentos relacionados con el objeto a desarrollar y acepto cumplir todos los requisitos en ellos exigidos, para lo cual me comprometo a diligenciar todos y cada uno de los formatos exigidos.

2. Igualmente, declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aportada y contenida en mi propuesta es veraz y susceptible de comprobación.

3. Que acepto las condiciones y demás exigencias para la ejecución del convenio.

4. Que en caso de que se me adjudique el convenio me comprometo a suscribir el acta de iniciación y a CUMPLIR el convenio dentro de los plazos contractuales, de acuerdo con lo establecido en los documentos del proceso de selección.

5. Que conozco y acepto en un todo las leyes generales y especiales aplicables a este proceso contractual.

6. Que, con la firma de la presente carta bajo la gravedad del juramento, manifiesto que el proponente (o los Integrantes del proponente si el mismo es un consorcio o unión temporal) no se encuentra incurso dentro de las inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones o conflictos de intereses, establecidos en la Constitución Política, la Ley 80 de 1993 y demás normas pertinentes.

7. Que LA ENTIDAD verificará que el proponente (ni los miembros que lo integran si fuere el caso) no está (n) Reportado (s) en el último Boletín de Responsables Fiscales, expedido por la Contraloría General de la República.

8. Que leí cuidadosamente la INVITACIÓN PÚBLICA y elaboré mi propuesta ajustada a los mismos. Por tanto, conocí y tuve las oportunidades establecidas para solicitar aclaraciones, formular objeciones, efectuar preguntas y obtener respuestas a mis inquietudes.

   Por lo tanto, MI PROPUESTA se resume así:

   NOMBRE COMPLETO DEL PROPONENTE
   CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT
   REPRESENTANTE LEGAL

PAÍS DE ORIGEN DEL PROPONENTE

(En caso de Consorcio o Unión Temporal, se debe indicar el nombre de cada una de las partes que lo conforman)

PLAZO PARA EJECUTAR EL CONVENIO:

Nos comprometemos a ejecutar el convenio, en los plazos establecidos en la INVITACIÓN PÚBLICA.

VALIDEZ DE LA PROPUESTA: Para todos los efectos, se entenderá que la oferta se mantendrá vigente durante la ejecución y hasta la liquidación del convenio.

Consta de (___) folios debidamente numerados.

Declaro bajo la gravedad de juramento que el proponente SI ____o NO____ ha sido sancionado por alguna(s) de las Entidades Estatales enunciadas en el artículo 2 de la Ley 80 de 1993 con multa o cláusula penal, mediante providencia ejecutoriada dentro de los últimos DOS (2) años anteriores a la fecha definitiva de cierre del proceso de selección en referencia. (En caso afirmativo, se deben relacionar las multas, las cláusulas penales respectivas y anexar copia de las sanciones y de las constancias de ejecutoria correspondientes.)

Me permito informar que las comunicaciones relativas a este proceso de selección las recibiré en la siguiente dirección: Dirección: _____, Ciudad: _____, Teléfono(s): _____, Fax: _____, Correo Electrónico_____

Atentamente,

Nombre o Razón Social del Proponente: _____,
Nit_____,
Nombre del Representante Legal: _____,
C.C. Nº _____, de _____,
FIRMA: _____,
NOMBRE DE QUIEN FIRMA: _____,

FORMATO 2 - UNIÓN TEMPORAL

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la entidad]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [**Incluir número del proceso de contratación**], y el lote [**XXX**] en adelante el "proceso de contratación"

Objeto: XXXXXXXXXXXX

En la ciudad de_____ a los_____ días del mes de _____ del año_____, entre quienes suscriben este documento, de una parte _____, sociedad (escribir el nombre completo, incluyendo el tipo de Sociedad y en su defecto indicar si se trata de persona natural) _____, legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de_____, representada legalmente por _____, mayor de edad, domiciliado en _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____, expedida en _____, en su condición de _____, y representante legal de la misma, por una parte, y por la otra _____, sociedad de responsabilidad (escribir el nombre completo, incluyendo el tipo de Sociedad y en su defecto indicar si se trata de persona natural), legalmente constituida y con domicilio principal en _____, representada legalmente por _____, mayor, domiciliado en_____, identificado con la cédula de Ciudadanía número _____, expedida en _____, quien obra en su calidad de Gerente y representante legal de la misma. Han decidido conformar una UNIÓN TEMPORAL, la cual se denominará_____ y se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- OBJETO Y ALCANCE: El objeto de la UNIÓN TEMPORAL consiste en la presentación conjunta al MUNICIPIO DE SOCORRO, de una propuesta para la adjudicación, celebración y ejecución del convenio (transcribir el objeto y obligaciones de la contratación), del proceso de selección No_____. La UNIÓN TEMPORAL se compromete en caso de adjudicación a la realización a cabalidad de las actividades, objeto del convenio dentro de las normas exigidas por el MUNICIPIO DE SOCORRO y en general al cumplimiento de las obligaciones que se deriven de su ejecución. Las partes se encargarán de elaborar la Propuesta Técnica y Económica, suministrarán el mutuo apoyo técnico, logístico y administrativo que se requiera para dicha presentación.

SEGUNDA. NOMBRE Y DOMICILIO.- La UNIÓN TEMPORAL se denominará _____ y su domicilio será la ciudad de _____, con dirección en _____, oficina, _____, FAX _____, Teléfono _____.

TERCERA: TÉRMINOS Y EXTENSIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE ACUERDO CON LA LEY.- La participación de cada una de las partes que conforman el cien por ciento (100%), de la UNIÓN TEMPORAL no podrán ser modificados sin el consentimiento previo del MUNICIPIO DE SOCORRO, y serán distribuidas de la siguiente forma: INTEGRANTES % LABOR A DESARROLLAR EN LA PROPUESTA INTEGRANTES % LABOR A DESARROLLAR EN LA PROPUESTA

CUARTA: OBLIGACIONES Y SANCIONES. Los miembros de la UNIÓN TEMPORAL responderán solidariamente en cada uno de los compromisos que esta celebre con la EL MUNICIPIO DE SOCORRO. Las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y del convenio se impondrán de acuerdo con la participación en la ejecución de cada uno de los miembros de la Unión Temporal, (numeral 2, del artículo 7º de la Ley 80 de 1993)

QUINTA: DURACIÓN. - La duración de la UNIÓN TEMPORAL en caso de salir favorecida con la adjudicación será igual al tiempo comprendido entre el cierre de la convocatoria, la liquidación del convenio y un (1) año más. En todo caso la UNIÓN TEMPORAL durará todo el término necesario para atender las garantías prestadas.

SEXTA: CESIÓN.- Debe tenerse en cuenta que no podrá haber cesión de la participación de los integrantes del consorcio o unión temporal entre ellos. Cuando se trate de cesión a un tercero se requerirá aprobación escrita DEL MUNICIPIO DE SOCORRO. En caso de aceptarse la cesión por parte del MUNICIPIO DE SOCORRO el cesionario deberá tener las mismas o mejores calidades que el cedente.

SÉPTIMA: REPRESENTANTE LEGAL DE LA UNIÓN TEMPORAL.- La Unión Temporal designa como Representante Legal de ésta, al señor(a) _____, domiciliado en _____, identificada(o) con la cédula de ciudadanía número _____, de _____, el cual está facultado para contratar, comprometer, negociar, y representar a la Unión temporal, igualmente se nombra como suplente del Representante Legal al señor(a) _____, domiciliado en _____, con cédula de ciudadanía número _____ de _____.

OCTAVA: CLÁUSULAS OPCIONALES: El documento podrá contener las cláusulas opcionales que los asociados consideren pertinentes, siempre y cuando no contravengan lo dispuesto en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y la ley 1474 de 2011 y sus Decretos reglamentarios y concordantes. Para constancia y aprobación, el presente documento se firma en la ciudad de _____, a los _____, días del mes de _____, de 20_____, por quienes intervinieron.

Nombre
CC
Representante Legal NIT:
Dirección:
Acepto

Nombre
CC
Representante Legal NIT:
Dirección:
Acepto

FORMATO 3. DOCUMENTO CONSORCIAL

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la entidad]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [**Incluir número del proceso de contratación**], y el lote [**XXX**] en adelante el "proceso de contratación"

Objeto: XXXXXXXXXXXX

Entre los suscritos a saber: _____, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, expedida en_____, Quien obra en nombre y representación legal de_____, Escribir el nombre completo incluyendo el tipo de sociedad y en su defecto indicar que se trata de una persona natural.), legalmente constituida, con domicilio principal en_____, con NIT No_____, y debidamente facultado por la Junta de Socios, y _____, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, expedida en _____ _____quien obra en nombre y representación legal de (Escribir el nombre completo incluyendo el tipo de sociedad y en su defecto indicar que se trata de una persona natural) _____, legalmente constituida, con domicilio principal en_____, con NIT No. _____ y debidamente facultado por los estatutos sociales_____, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, expedida en _____, quien obra en su propio nombre y representación legal de _____, (Escribir el nombre completo incluyendo el tipo de sociedad y en su defecto indicar que se trata de una persona natural.),legalmente constituida, con domicilio principal en_____, con NIT No. _____, y debidamente facultado por los estatutos sociales, manifestamos que mediante el presente documento hemos acordado integrar un CONSORCIO cuya integración, conformación y reglamentación se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: OBJETO El objeto del presente documento es la integración de un CONSORCIO entre, _____ y _____, con el propósito de complementar las capacidades técnicas, operativas, administrativas y financieras de las partes que constituyen el presente CONSORCIO, para la presentación de la propuesta, adjudicación, celebración y ejecución del convenio, dentro de la convocatoria No. _____, abierta por el MUNICIPIO DE SOCORRO, cuyo objeto es _____.

SEGUNDA – RESPONSABILIDAD: Nuestra responsabilidad será solidaria, mancomunada e ilimitada en todas y cada una de las obligaciones derivadas de la propuesta y el convenio. En consecuencia las actuaciones hechos y omisiones que se presenten en desarrollo de la propuesta y del convenio, afectaran a todos los miembros que lo conforman.

TERCERA - DENOMINACIÓN: El presente CONSORCIO se denominará _____.

CUARTA - DOMICILIO: El domicilio del CONSORCIO será: (dirección, teléfono y/o No. de fax) de la ciudad de _____.

QUINTA - REPRESENTANTE DEL CONSORCIO: Se designa como Representante del presente CONSORCIO al Señor _____, identificado con cédula de ciudadanía No _____, expedida en _____, cargo este que se entiende aceptado con la firma del presente documento y quien está autorizado para contratar, comprometer, negociar y representar al CONSORCIO. Igualmente se nombra como Suplente del Representante del CONSORCIO al Señor _____, identificado con cédula de ciudadanía No _____.

SEXTA - DURACIÓN.- La duración del presente CONSORCIO en caso de salir favorecido con la adjudicación será igual al tiempo comprendido entre el cierre de la convocatoria, la liquidación del convenio y un (1) año más. En todo caso EL CONSORCIO durará todo el término necesario para atender las garantías prestadas.

SEPTIMA - PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN. Los miembros del consorcio tienen la siguiente participación: _____ % _____ % _____ % _____.

OCTAVA - CESIÓN.- Debe tenerse en cuenta que no podrá haber cesión de la participación de los integrantes del consorcio o unión temporal entre ellos. Cuando se trate de cesión a un tercero se requerirá aprobación escrita del

MUNICIPIO DE SOCORRO. En caso de aceptarse la cesión por parte del MUNICIPIO DE SOCORRO el cesionario deberá tener las mismas o mejores calidades que el cedente. El documento podrá contener las demás CLÁUSULAS OPCIONALES, que los asociados consideren pertinentes, siempre y cuando no contravengan lo dispuesto en la ley 80/93 o incluyan limitaciones o exclusiones de los Consorciados frente al MUNICIPIO DE SOCORRO Aspectos Financieros, Arbitramento, Reglas básicas que regulen las relaciones entre los integrantes del CONSORCIO, entre otros aspectos. En constancia de lo anterior, se firma por quienes intervinieron en el presente documento a los _____, días del mes _____, del año

ACEPTO: _____
C.C: _____
Representante Legal de o persona natural del Consorcio _____
NIT: _____
Dirección _____
Tel: y fax _____

ACEPTO: _____
C.C: _____
Representante Legal de o persona natural del Consorcio _____
NIT: _____
Dirección _____
Tel: y fax _____

FORMATO 4. CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES - (PERSONAS JURÍDICAS)

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la entidad]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [**Incluir número del proceso de contratación**], y el lote [**XXX**] en adelante el "proceso de contratación"

Objeto: XXXXXXXXXXXX

[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 1: Para el caso de las modalidades de asociación, este deberá ser presentado por cada integrante.

NOTA 2: 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.

NOTA 3: 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 válida dentro del proceso de selección No. _____

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

FIRMA ----------
NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA _____

FORMATO 5. RELACIÓN Y CONDICIONES DE EXPERIENCIA

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la entidad]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [**Incluir número del proceso de contratación**], y el lote [**XXX**] en adelante el "proceso de contratación"

Objeto: XXXXXXXXXXXXX

PROPONENTE:
_____

NUMERO Y FECHA DE CONTRATO O CONVENIO	VALOR EN SMMLV	OBJETO	ENTIDAD CONTRATANTE

_____
FIRMA DEL PROPONENTE
NOMBRE
C.C.

NOTA DE ADVERTENCIA AL FORMATO 6: El formato de la propuesta técnica y financiera se tendrá que realizar de acuerdo con el lote en el cual pretenda postularse.

FORMATO 6. PROPUESTA TÉCNICA Y FINANCIERA

Ciudad y fecha

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la entidad]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [**Incluir número del proceso de contratación**], y el lote [**XXX**] en adelante el "proceso de contratación"

Objeto: XXXXXXXXXXXXX

LOTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

LOTE 1 – 60 CUPOS

ÍTEM	SERVICIOS MINIMOS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		UND DE MEDIDA	CANTIDAD DE ADULTOS MAYORES	VALOR UNITARIO DIARIO POR ADULTO MAYOR	VALOR TOTAL DIARIO POR USUARIOS	DIAS A LABORAR	VALOR TOTAL SERVICIOS
1	**Alimentación**	Suministro de raciones diarias (Almuerzo y refrigerio) que asegure la ingesta necesaria, a nivel proteico-calórico y de micronutrientes que garanticen buenas condiciones de salud para el adulto mayor, de acuerdo con los menús que de manera especial para los requerimientos de esta población, elaboren los profesionales de la nutrición.	Almuerzo	USUARIO	60	$	$	70	$
			Refrigerio	USUARIO	60	$	$	70	$

2	**Orientación Psicosocial**	Ejecución de actividades diarias de manera preventiva a toda la población objetivo, la cual persigue mitigar el efecto de las patologías de comportamiento que surgen en la tercera edad y los efectos a las que ellas conducen. Estará a cargo de profesionales en psicología o trabajo social. Cuando sea necesario, los adultos mayores serán remitidos a las entidades de la seguridad social para una atención más específica.	USUARIO	60	$	$	70	$
3	**Atención Primaria en Salud**	Ejecución de actividades diarias que abarcarán la promoción de estilos de vida saludable, de acuerdo con las características de los adultos mayores, prevención de enfermedades, detección oportuna de patologías y remisión a los servicios de salud cuando ello se requiera. Se incluye la atención primaria, entre otras, de patologías relacionadas con la malnutrición, medicina general, geriatría y odontología, apoyados en los recursos y actores de la Seguridad Social en Salud vigente en Colombia, en los términos que establecen las normas correspondientes.	USUARIO	60	$	$	70	$
4	**Aseguramiento en Salud**	Será universal en todos los niveles de complejidad, incluyendo a los adultos mayores dentro de los grupos prioritarios que define la seguridad social en salud, como beneficiarios del régimen subsidiado	USUARIO	60	$ -	$ -	70	$ -
5	**Capacitación en actividades productivas**	Ejecutar actividades diarias de capacitación en actividades productivas de acuerdo con los talentos, gustos y preferencias de la población beneficiaria.	USUARIO	60	$	$	70	$
6	**Deporte, Cultura y recreación**	Desarrollar actividades diarias físicas y de interacción social que fortalezcan el desarrollo integral y la calidad de vida del adulto mayor	USUARIO	60	$	$	70	$
7	**Encuentros intergeneracionales**	Generar espacios de bienestar y esparcimiento para los adultos mayores dentro del Centro Vida realizando intercambio intergeneracional en convenio con las instituciones educativas oficiales.	ACTIVIDAD	2	$ -	$ -	70	$ -
8	**Promoción del trabajo asociativo**	Participar de actividades para la consecución de ingresos, cuando ello sea posible.	ACTIVIDAD	2	$ -	$ -	70	$ -

9	**Promoción de la constitución de redes**	Los adultos mayores se reúnen con su red de apoyo para compartir sus experiencias, aprender habilidades y recibir apoyo emocional.	ACTIVIDAD	2	$ -	$ -	70	$ -
10	**Uso de Internet**	El Centro Vida debe desarrollar actividades diarias basadas en el uso de las tecnologías, las cuales se adapten a los intereses y necesidades de los adultos mayores apoyadas de un plan de internet y demás recursos necesarios	USUARIO	60	$	$	70	$
11	**Aux. exequial**	Será minimo de 1 salario mínimo mensual vigente, de acuerdo con las posibilidades económicas del ente territorial	USUARIO	60	$	$	70	$
SUB TOTAL APORTE ALCALDIA MUNICIPAL DEL SOCORRO								$
12	**APORTES ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO DEL 10%**	El aporte del convenido, será evidenciado por medio de la presentación de informes individuales de cada actividad (6) que contemple su ejecución técnica y financiera: (2) Encuentros intergeneracionales; (2) Promoción del trabajo asociativo ;(2) actividades Promoción de la constitución de redes	ACTIVIDAD	6			70	$
VALOR TOTAL DEL PROYECTO								**$**

LOTE 2 – 60 CUPOS

ÍTEM	SERVICIOS MINIMOS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		UND DE MEDIDA	CANTIDAD DE ADULTOS MAYORES	VALOR UNITARIO DIARIO POR ADULTO MAYOR	VALOR TOTAL DIARIO POR USUARIOS	DIAS A LABORAR	VALOR TOTAL SERVICIOS
1	**Alimentación**	Suministro de raciones diarias (Almuerzo y refrigerio) que asegure la ingesta necesaria, a nivel proteico-	Almuerzo	USUARIO	60	$	$	70	$

		calórico y de micronutrientes que garanticen buenas condiciones de salud para el adulto mayor, de acuerdo con los menús que de manera especial para los requerimientos de esta población, elaboren los profesionales de la nutrición.	Refrigerio	USUARIO	60	$	$	70	$
2	**Orientación Psicosocial**	Ejecución de actividades diarias de manera preventiva a toda la población objetivo, la cual persigue mitigar el efecto de las patologías de comportamiento que surgen en la tercera edad y los efectos a las que ellas conducen. Estará a cargo de profesionales en psicología o trabajo social. Cuando sea necesario, los adultos mayores serán remitidos a las entidades de la seguridad social para una atención más específica.		USUARIO	60	$	$	70	$
3	**Atención Primaria en Salud**	Ejecución de actividades diarias que abarcarán la promoción de estilos de vida saludable, de acuerdo con las características de los adultos mayores, prevención de enfermedades, detección oportuna de patologías y remisión a los servicios de salud cuando ello se requiera. Se incluye la atención primaria, entre otras, de patologías relacionadas con la malnutrición, medicina general, geriatría y odontología, apoyados en los recursos y actores de la Seguridad Social en Salud vigente en Colombia, en los términos que establecen las normas correspondientes.		USUARIO	60	$	$	70	$
4	**Aseguramiento en Salud**	Será universal en todos los niveles de complejidad, incluyendo a los adultos mayores dentro de los grupos prioritarios que define la seguridad social en salud, como beneficiarios del régimen subsidiado		USUARIO	60	$ -	$ -	70	$ -

5	**Capacitación en actividades productivas**	Ejecutar actividades diarias de capacitación en actividades productivas de acuerdo con los talentos, gustos y preferencias de la población beneficiaria.	USUARIO	60	$	$	70	$
6	**Deporte, Cultura y recreación**	Desarrollar actividades diarias físicas y de interacción social que fortalezcan el desarrollo integral y la calidad de vida del adulto mayor	USUARIO	60	$	$	70	$
7	**Encuentros intergeneracionales**	Generar espacios de bienestar y esparcimiento para los adultos mayores dentro del Centro Vida realizando intercambio intergeneracional en convenio con las instituciones educativas oficiales.	ACTIVIDAD	2	$ -	$ -	70	$ -
8	**Promoción del trabajo asociativo**	Participar de actividades para la consecución de ingresos, cuando ello sea posible.	ACTIVIDAD	2	$ -	$ -	70	$ -
9	**Promoción de la constitución de redes**	Los adultos mayores se reúnen con su red de apoyo para compartir sus experiencias, aprender habilidades y recibir apoyo emocional.	ACTIVIDAD	2	$ -	$ -	70	$ -
10	**Uso de Internet**	El Centro Vida debe desarrollar actividades diarias basadas en el uso de las tecnologías, las cuales se adapten a los intereses y necesidades de los adultos mayores apoyadas de un plan de internet y demás recursos necesarios	USUARIO	60	$	$	70	$
11	**Aux. exequial**	Será minimo de 1 salario mínimo mensual vigente, de acuerdo con las posibilidades económicas del ente territorial	USUARIO	60	$	$	70	$
SUB TOTAL APORTE ALCALDIA MUNICIPAL DEL SOCORRO								$
12	**APORTES ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO DEL 10%**	El aporte del convenido, será evidenciado por medio de la presentación de informes individuales de cada actividad (6) que contemple su ejecución técnica y financiera: (2) Encuentros intergeneracionales; (2) Promoción del trabajo asociativo ;(2) actividades Promoción de la constitución de redes	ACTIVIDAD	6			70	$
VALOR TOTAL DEL PROYECTO								**$**

LOTE 3 – 40 CUPOS

ÍTEM	SERVICIOS MINIMOS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		UND DE MEDIDA	CANTIDAD DE ADULTOS MAYORES	VALOR UNITARIO DIARIO POR ADULTO MAYOR	VALOR TOTAL DIARIO POR USUARIOS	DIAS A LABORAR	VALOR TOTAL SERVICIOS
1	**Alimentación**	Suministro de raciones diarias (Almuerzo y refrigerio) que asegure la ingesta necesaria, a nivel proteico-calórico y de micronutrientes que garanticen buenas condiciones de salud para el adulto mayor, de acuerdo con los menús que de manera especial para los requerimientos de esta población, elaboren los profesionales de la nutrición.	Almuerzo	USUARIO	40	$	$	70	$
			Refrigerio	USUARIO	40	$	$	70	$
2	**Orientación Psicosocial**	Ejecución de actividades diarias de manera preventiva a toda la población objetivo, la cual persigue mitigar el efecto de las patologías de comportamiento que surgen en la tercera edad y los efectos a las que ellas conducen. Estará a cargo de profesionales en psicología o trabajo social. Cuando sea necesario, los adultos mayores serán remitidos a las entidades de la seguridad social para una atención más específica.		USUARIO	40	$	$	70	$
3	**Atención Primaria en Salud**	Ejecución de actividades diarias que abarcarán la promoción de estilos de vida saludable, de acuerdo con las características de los adultos mayores, prevención de enfermedades, detección oportuna de patologías y remisión a los servicios de salud cuando ello se requiera. Se incluye la atención primaria, entre otras, de patologías relacionadas con la malnutrición, medicina general, geriatría y odontología, apoyados en los recursos y actores de la Seguridad Social en Salud vigente en Colombia, en los términos		USUARIO	40	$	$	70	$

		que establecen las normas correspondientes.						
4	**Aseguramiento en Salud**	Será universal en todos los niveles de complejidad, incluyendo a los adultos mayores dentro de los grupos prioritarios que define la seguridad social en salud, como beneficiarios del régimen subsidiado	USUARIO	40	$ -	$ -	70	$ -
5	**Capacitación en actividades productivas**	Ejecutar actividades diarias de capacitación en actividades productivas de acuerdo con los talentos, gustos y preferencias de la población beneficiaria.	USUARIO	40	$	$	70	$
6	**Deporte, Cultura y recreación**	Desarrollar actividades diarias fisicas y de interacción social que fortalezcan el desarrollo integral y la calidad de vida del adulto mayor	USUARIO	40	$	$	70	$
7	**Encuentros intergeneracionales**	Generar espacios de bienestar y esparcimiento para los adultos mayores dentro del Centro Vida realizando intercambio intergeneracional en convenio con las instituciones educativas oficiales.	ACTIVIDAD	2	$ -	$ -	70	$ -
8	**Promoción del trabajo asociativo**	Participar de actividades para la consecución de ingresos, cuando ello sea posible.	ACTIVIDAD	2	$ -	$ -	70	$ -
9	**Promoción de la constitución de redes**	Los adultos mayores se reunen con su red de apoyo para compartir sus experiencias, aprender habilidades y recibir apoyo emocional .	ACTIVIDAD	2	$ -	$ -	70	$ -
10	**Uso de Internet**	El Centro Vida debe desarrollar actividades diarias basadas en el uso de las tecnologías, las cuales se adapten a los intereses y necesidades de los adultos mayores apoyadas de un plan de internet y demás recursos necesarios	USUARIO	40	$	$	70	$
11	**Aux. exequial**	Será minimo de 1 salario mínimo mensual vigente, de acuerdo con las posibilidades económicas del ente territorial	USUARIO	40	$	$	70	$
SUB TOTAL APORTE ALCALDIA MUNICIPAL DEL SOCORRO								$
12	**APORTES ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO DEL 10%**	El aporte del convenido, será evidenciado por medio de la presentación de informes individuales de cada actividad (6) que contemple su ejecución técnica y financiera: (2) Encuentros intergeneracionales; (2) Promoción del trabajo asociativo ;(2) actividades Promoción de la constitución de redes	ACTIVIDAD	6			70	$
VALOR TOTAL DEL PROYECTO								$

LOTE 4 – 40 CUPOS

ÍTEM	SERVICIOS MINIMOS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		UND DE MEDIDA	CANTIDAD DE ADULTOS MAYORES	VALOR UNITARIO DIARIO POR ADULTO MAYOR	VALOR TOTAL DIARIO POR USUARIOS	DIAS A LABORAR	VALOR TOTAL SERVICIOS
1	**Alimentación**	Suministro de raciones diarias (Almuerzo y refrigerio) que asegure la ingesta necesaria, a nivel proteico-calórico y de micronutrientes que garanticen buenas condiciones de salud para el adulto mayor, de acuerdo con los menús que de manera especial para los requerimientos de esta población, elaboren los profesionales de la nutrición.	Almuerzo	USUARIO	40	$	$	70	$
			Refrigerio	USUARIO	40	$	$	70	$
2	**Orientación Psicosocial**	Ejecución de actividades diarias de manera preventiva a toda la población objetivo, la cual persigue mitigar el efecto de las patologías de comportamiento que surgen en la tercera edad y los efectos a las que ellas conducen. Estará a cargo de profesionales en psicología o trabajo social. Cuando sea necesario, los adultos mayores serán remitidos a las entidades de la seguridad social para una atención más específica.		USUARIO	40	$	$	70	$
3	**Atención Primaria en Salud**	Ejecución de actividades diarias que abarcarán la promoción de estilos de vida saludable, de acuerdo con las características de los adultos mayores, prevención de enfermedades, detección oportuna de patologías y remisión a los servicios de salud cuando ello se requiera. Se incluye la atención primaria, entre otras, de patologías relacionadas con la malnutrición, medicina general, geriatría y		USUARIO	40	$	$	70	$

		odontología, apoyados en los recursos y actores de la Seguridad Social en Salud vigente en Colombia, en los términos que establecen las normas correspondientes.						
4	**Aseguramiento en Salud**	Será universal en todos los niveles de complejidad, incluyendo a los adultos mayores dentro de los grupos prioritarios que define la seguridad social en salud, como beneficiarios del régimen subsidiado	USUARIO	40	$ -	$ -	70	$ -
5	**Capacitación en actividades productivas**	Ejecutar actividades diarias de capacitación en actividades productivas de acuerdo con los talentos, gustos y preferencias de la población beneficiaria.	USUARIO	40	$	$	70	$
6	**Deporte, Cultura y recreación**	Desarrollar actividades diarias fisicas y de interacción social que fortalezcan el desarrollo integral y la calidad de vida del adulto mayor	USUARIO	40	$	$	70	$
7	**Encuentros intergeneracionales**	Generar espacios de bienestar y esparcimiento para los adultos mayores dentro del Centro Vida realizando intercambio intergeneracional en convenio con las instituciones educativas oficiales.	ACTIVIDAD	2	$ -	$ -	70	$ -
8	**Promoción del trabajo asociativo**	Participar de actividades para la consecución de ingresos, cuando ello sea posible.	ACTIVIDAD	2	$ -	$ -	70	$ -
9	**Promoción de la constitución de redes**	Los adultos mayores se reunen con su red de apoyo para compartir sus experiencias, aprender habilidades y recibir apoyo emocional .	ACTIVIDAD	2	$ -	$ -	70	$ -
10	**Uso de Internet**	El Centro Vida debe desarrollar actividades diarias basadas en el uso de las tecnologías, las cuales se adapten a los intereses y necesidades de los adultos mayores apoyadas de un plan de internet y demás recursos necesarios	USUARIO	40	$	$	70	$
11	**Aux. exequial**	Será minimo de 1 salario mínimo mensual vigente, de acuerdo con las posibilidades económicas del ente territorial	USUARIO	40	$	$	70	$
SUB TOTAL APORTE ALCALDIA MUNICIPAL DEL SOCORRO								$

12	**APORTES ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO DEL 10%**	El aporte del convenido, será evidenciado por medio de la presentación de informes individuales de cada actividad (6) que contemple su ejecución técnica y financiera: (2) Encuentros intergeneracionales; (2) Promoción del trabajo asociativo ;(2) actividades Promoción de la constitución de redes	ACTIVIDAD	6			70	$
VALOR TOTAL DEL PROYECTO								$

Me permito suscribir el presente documento en mi calidad de _____, a los _____, días del mes de _____, del año 2025.

_____

FIRMA DEL PROPONENTE
NOMBRE
C.C.

FORMATO 7 - PROPUESTA TÉCNICA Y FINANCIERA MAYOR APORTE EN DINERO

Ciudad y fecha

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la entidad]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [**Incluir número del proceso de contratación**], y el lote [**XXX**] en adelante el "proceso de contratación"

Objeto: XXXXXXXXXXXXX

Declaro bajo la gravedad de juramento que aportaré lo siguiente:

Porcentaje	Dinero	Certificado cuenta bancaria
xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx	

Me permito suscribir el presente documento en mi calidad de _____, a los _____, días del mes de _____, del año 2025.

NOMBRE Y FIRMA:_____, **C.C.** _____

FORMATO 8 – COMROMISO JORNADA DEPORTIVA Y/O RECREATIVA ADICIONAL

Ciudad y fecha

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la entidad]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [**Incluir número del proceso de contratación**], y el lote [**XXX**] en adelante el "proceso de contratación"

Objeto: XXXXXXXXXXXXX

Declaro bajo la gravedad de juramento que realizare una jornada deportiva y/o recreativa adicional fuera de los plazos de ejecución del convenio.

De igual forma me compromete a garantizar la hidratación y refrigerio a los adultos mayores participantes.

Me permito suscribir el presente documento en mi calidad de _____, a los _____, días del mes de _____, del año 2025.

NOMBRE Y FIRMA:_____, **C.C.** _____.

FORMATO 9 – CERTIFICACIÓN DE PERSONAL

Ciudad y fecha

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la entidad]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [**Incluir número del proceso de contratación**], y el lote [**XXX**] en adelante el "proceso de contratación"

Objeto: XXXXXXXXXXXX

Declaro bajo la gravedad de juramento que cuento con disponibilidad del talento humano requerido para los centros vida, de conformidad con la resolución 055 de 2018.

CRITERIO	PERFIL	Nombre del profesional
DIRECTOR O COORDINADOR Un (1) director o coordinador quien será responsable del cumplimiento de los servicios ofrecidos por el centro vida. Deberá certificar mínimo formación tecnológica o profesional en ciencias humanas, ciencias sociales o ciencias de la salud. En Centros con hasta 60 personas usuarias inscritas: Un director o coordinador con disponibilidad de mínimo 4 horas diarias por cada día que el centro preste servicios.	Un (1) tecnólogo o profesional en ciencias humanas y/o ciencias sociales y/o ciencias de la salud.	XXXXX
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA. Un (1) responsable de la definición de menús, con formación en nutrición y dietética, que garantice que las personas mayores reciban una alimentación variada, balanceada y acorde a sus necesidades. En Centros con hasta 60 personas usuarias inscritas: 1 responsable con disponibilidad de mínimo 8 horas mensuales, distribuidas en mínimo 2 visitas al mes, cada dos semanas, cada una de 4 horas continúas.	Perfil: Nutrición y/o dietética.	XXXXX
SERVICIOS GENERALES (ASEO Y LIMPIEZA) Mínimo 1 responsable del mantenimiento y aseo de la infraestructura física y equipamiento del Centro. En Centros con entre 16 y 60 personas usuarias inscritas: mínimo 1 responsable con disponibilidad de mínimo 4 horas diarias por cada día que el Centro preste servicios.	No se requiere de un perfil específico.	XXXXXX
MANIPULADOR DE ALIMENTOS. En Centros con entre 16 y 45 personas usuarias inscritas: mínimo 1 manipulador de alimentos con disponibilidad de mínimo 6 horas diarias por cada día que el centro preste servicios. En Centros con entre 46 y 60 personas usuarias inscritas cuentan con mínimo 2 manipuladores de alimentos: 1 con disponibilidad de mínimo 6 horas diarias por cada dia que el centro preste servicios y 1 con disponibilidad de mínimo 4 horas diarias por cada día que el Centro preste servicios.	Deberá acreditar certificado de manipulación de alimentos vigente.	XXXXXXX
AUXILIAR EN ENFERMERÍA O SALUD PÚBLICA. En Centros con hasta 60 personas usuarias inscritas: mínimo 1 persona con este perfil, con disponibilidad de mínimo el tiempo que el Centro preste servicios por cada día.	Auxiliar en enfermería o en salud pública, con registro único nacional de talento humano en salud (ReTHUS) o tarjeta profesional expedida por	XXXXXX

	la autoridad competente	
ACTIVIDADES FÍSICAS, INTERACCIÓN SOCIAL, PSICOSOCIALES Y COGNITIVAS. En Centros de 31 a 60 usuarios participantes, cuentan con mínimo 3 personas: 1 con experiencia relacionada en actividad física e interacción social. 1 en actividades cognitivas y productivas 1 en actividades recreativas y culturales. Con disponibilidad de mínimo 4 horas cada una, por cada día que el Centro esté abierto a los usuarios, para el desarrollo de los siguientes 3 servicios en dicho periodo de tiempo: 1) Actividades físicas y de interacción social. 2) Actividades cognitivas y productivas. 3) Actividades recreativas y culturales. Cada persona estará a cargo de máximo 15 usuarios participantes en cada una de las actividades. Para cada actividad se debe disponer de mínimo 1 hora y 20 minutos.	**Perfil 1**: Bachiller y/o técnico y/o tecnólogo y/o profesional en cualquier área Que acredite mínimo 1 contrato o certificación laboral en donde se evidencie que ha desarrollado actividades física e interacción social con adultos mayores.	XXXXXX
	Perfil 2. Profesional en el área de la psicología. Que acredite mínimo 1 contrato o certificación laboral en donde se evidencie que ha desarrollado actividades con adultos mayores.	XXXXXX
	Perfil 3: Bachiller y/o técnico y/o tecnólogo y/o profesional en cualquier área Que acredite mínimo 1 contrato o certificación laboral en donde se evidencie que ha desarrollado actividades recreativas y culturales con adultos mayores.	XXXXXX

Me permito suscribir el presente documento en mi calidad de _____, a los _____, días del mes de _____, del año 2025.

NOMBRE Y FIRMA:_____, **C.C.** _____.

FORMATO 10. COMPROMISO DE TRANSPARENCIA

Ciudad y fecha

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la entidad]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [**Incluir número del proceso de contratación**], y el lote [**XXX**] en adelante el "proceso de contratación"

Objeto: XXXXXXXXXXXX

Los suscritos: _____, identificado con cédula de ciudadanía No_____, de_____, domiciliado en_____, actuando en mi propio nombre (o en representación de_____)que en adelante se denominará el PROPONENTE, y los funcionarios abajo firmantes, debidamente identificados, que en adelante se denominaran LA ENTIDAD, manifestamos la voluntad de asumir el presente COMPROMISO DE TRANSPARENCIA teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Que el Municipio de SOCORRO, Santander, adelanta un proceso contractual que tiene el siguiente objeto: **"xxxxxxxxxxxxxxxxxxx"**

2. Que el proponente tiene interés en apoyar la acción del Estado Colombiano y del Municipio de SOCORRO, Santander en el implemento de mecanismos y normas para el fortalecimiento de la transparencia en los procesos contractuales y en la lucha contra la corrupción.

3. Que el proponente tiene interés en el presente proceso contractual referido en el primer considerando, y se encuentra dispuesto a suministrar la información necesaria para la transparencia del proceso, y en tal sentido realiza las siguientes manifestaciones y compromisos.

DECLARACIONES

PRIMERA: Proponente. Declaro no encontrarme incurso dentro de las inhabilidades e incompatibilidades previstas en la Constitución Política ni en el artículo 8º. De la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes, así como no tener sanción vigente por la trasgresión de alguna de ellas, para contratar con Entidades Públicas.

SEGUNDA: Proponente. Declaro que toda la información que suministré y suministraré al Municipio de SOCORRO, Santander es cierta y precisa y que no omití ni omitiré información que sea necesaria para la transparencia en la celebración y desarrollo del convenio.

TERCERA: Proponente. Declaro que no he ofrecido, ni ofreceré, no he dado, ni daré, ni directa ni indirectamente, dádiva o beneficio para obtener una decisión a mi favor, ventaja impropia o para perjudicar a alguno de los proponentes.

CUARTA: Proponente. Declaro que la propuesta presentada es seria y económicamente ajustada a la realidad, que asegura la posibilidad de ejecutar el objeto del presente convenio en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en la invitación pública.

QUINTA: Proponente. Declaro públicamente que conozco y acepto las reglas establecidas para el presente convenio, las modificaciones, adendas, así como las aclaraciones que se realizaron a la invitación pública, en condiciones de transparencia, equidad e igualdad.

SEXTA: Entidad. Declaro que no me han ofrecido, ni he recibido, ni he solicitado, ni solicitaré, ni directa ni indirectamente, dádiva o beneficio para proferir decisión a favor de algún proponente u otorgar ventaja impropia.

SEPTIMA: Entidad. Declaro que la invitación pública está ajustada a la Ley y que los procedimientos se llevarán a cabo con transparencia y publicidad.

COMPROMISOS

PRIMERO: Proponente. Si llegare a sobrevenir una inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, me comprometo a ceder el convenio, previa autorización escrita por el Municipio de SOCORRO, Santander, y si ello no fuere posible renunciaré a la ejecución del mismo, de conformidad con lo previsto en el artículo 9º.de la Ley 80 de 1993.

SEGUNDO: Proponente. Me comprometo a desarrollar todas mis actividades en el marco de principios éticos y a asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con el presente convenio.

TERCERO: Proponente. Me comprometo a suministrar al Municipio de SOCORRO, Santander, cualquier información sobre actos de corrupción, soborno, subjetividad, presión o favorecimiento en el desarrollo del proceso contractual, del que tenga o llegare a tener conocimiento.

CUARTO: Proponente. Me comprometo a cumplir todas las obligaciones, cargas y los términos en general, previstos en la invitación pública de la referencia y en el convenio.

QUINTO: Proponente -Entidad. Nos comprometemos a desarrollar todas nuestras actividades en el marco de principios éticos y a asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con el presente convenio.

SEXTO: Entidad. Me comprometo a guardar cautela y reserva absoluta en lo que corresponde a la información y trámite del proceso, incluido el periodo de ejecución.

SEPTIMO: Entidad. Me comprometo a ser objetivo, y a tratar con igualdad a todos los proponentes.

OCTAVO: Entidad. Me comprometo a responder y a publicar las respuestas a las observaciones realizadas por todos los participantes.

NOVENO: Entidad. Me comprometo a rechazar y a denunciar cualquier dádiva u ofrecimiento hecho directa o indirectamente por algún participante o persona interesada en el proceso contractual.

En constancia de lo anterior y como manifestación de aceptación de nuestros compromisos y declaraciones incorporadas en el presente documento, se suscribe en la ciudad de _____, el día_____, del mes de_____, de 20_____.

PROPONENTES

Firma _____

Firma _____

FORMATO 11 - INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El (los) suscrito (s) a saber: _____, (nombre del representante legal de la entidad proponente) identificado con la cédula de ciudadanía No. _____, expedida en _____, quien obra en calidad representante legal, quien en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta su voluntad de asumir de manera unilateral, el presente compromiso dentro de la INVITACIÓN PÚBLICA teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Que es interés y expresa voluntad del proponente apoyar la acción del municipio de SOCORRO - Santander, para fortalecer la transparencia en las modalidades de selección, mediante el cual se escoge al contratista, y la responsabilidad de rendir cuentas.

Que es mi interés en calidad de proponente participar en el presente proceso de contratación precitado, así mismo, manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidades e incompatibilidad previstas en los artículos 8º, 9º y 10° de la Ley 80 de 1993, en especial en el artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y artículo 90 de la Ley 1474 de 2011 y en las demás normas que la modifiquen o adicionen, en cuanto sean pertinentes.

Por lo anterior se presume la manifestación de no estar incurso en inhabilidades e incompatibilidades con la sola presentación de la propuesta.

La presente certificación se expide_____ a los _____ (_____), días del mes de _____, del año 202__, para efectos del proceso de selección Nº_____, y para los fines de la celebración del convenio si a este hay lugar.

El proponente

_____
FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL
NOMBRE O RAZON SOCIAL
NIT O C.C.

CIUDAD:
DIRECCIÓN:
TELÉFONO:
CELULAR:
TELEFAX:
E-MAIL:

FORMATO 12
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Lugar y fecha

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la entidad]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [**Incluir número del proceso de contratación**], y el lote [**XXX**] en adelante el "proceso de contratación"

Objeto: XXXXXXXXXXXXX

[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 [Nombre de la Entidad Estatal] para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.

2. No estamos en causal de inhabilidad alguna para celebrar el convenio 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.

FORMATO 13 - MANIFESTACIÓN DE NO UTILIZACION DE RECURSOS PROVENIENTES DE ACTIVIDADES ILICITAS

Lugar y fecha

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la entidad]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [**Incluir número del proceso de contratación**], y el lote [**XXX**] en adelante el "proceso de contratación"

Objeto: XXXXXXXXXXXXX

[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. Declaro (amos) también que los recursos o bienes que utilizaremos en desarrollo de nuestras actividades provienen de acciones lícitas, de conformidad con las leyes vigentes.
2. Que no admitiré (mos) que terceros efectúen depósitos en mis (nuestras) cuentas con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione; ni efectuaré (mos) transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
3. Que todas las actividades e ingresos que percibo (imos) provienen de negocios lícitos.
4. Que no me (nos) encuentro (encontramos) en ninguna lista de personas reportadas o bloqueados por actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual en menores de edad. Que a la fecha y según nuestro leal saber y entender, en mi (nuestra) contra no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores.
5. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras nosotros tengamos vigente el convenio con el Municipio de SOCORRO, Santander.

   Autorizo (amos) a resolver cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o convenio celebrado en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo al Municipio de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo (nosotros) hubiere (mos) proporcionado.

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

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

[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]

Ciudad y fecha

Doctor
XXXXXXXXXXXXXXXX
Alcalde Municipal
SOCORRO – Santander

REF: INVITACIÓN XXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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 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 – 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]

Ciudad y fecha

Doctor
XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Alcalde Municipal
SOCORRO – Santander

REF: XXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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 convenio.

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]

FORMATO – 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]

Ciudad y fecha

Doctor
XXXXXXXXXXXXXXX
Alcalde Municipal
SOCORRO – Santander

REF: CONVOCATORIA XXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXX

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 – 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]

Ciudad y fecha

Doctor
XXXXXXXXXXXXXX
Alcalde Municipal
SOCORRO – Santander

REF: XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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 el 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]

FORMATO– 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]

Ciudad y fecha

Doctor
XXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Alcalde Municipal
SOCORRO – Santander

REF XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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 del Proponente 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 Contratación. [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]

FORMATO – 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]

Ciudad y fecha

Doctor
XXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Alcalde Municipal
SOCORRO – Santander

REF: XXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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 – PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN (PERSONA JURÍDICA INTEGRANTE DEL PROPONENTE PLURAL)

[Este Formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, si están obligados a tenerlo, de la persona jurídica del Proponente Plural en el que mayoritariamente participan personas en proceso de 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]

Ciudad y fecha

Doctor
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Alcalde Municipal
SOCORRO – Santander

REF: XXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Estimados señores:
[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica o 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 de reincorporación. 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 que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

Identificación de las personas en proceso de reincorporación (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 XXXXXXXXXXXXXXXXX – 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]

Ciudad y fecha

Doctor
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Alcalde Municipal
SOCORRO – Santander

REF: XXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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) del 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]