ANEXO No. 1

MODELO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, Santander, ___ (día) de _____ (mes) de 2026

Doctora
LUZ DELIA HIGUABITA REY
Secretaria General y de Gobierno
San Vicente de Chucurí, Santander

REFERENCIA: PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA No MC-SVCH-SGG-_____-2026

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

El (los) suscrito(s): _____, de acuerdo con la invitación pública, presento(amos) la siguiente propuesta _____ y, en caso de que me (nos) sea aceptada por el municipio**,** me (nos) comprometo (emos) a firmar el contrato correspondiente.

Así mismo declaro (amos):

Que conozco (cemos) la información general y demás documentos de la invitación pública y que acepto (amos) los requisitos allí contenidos.

Que he (mos) recibido las siguientes adendas a los documentos del proceso de selección _____ (indicar el número y la fecha de cada una) y que acepto (amos) su contenido.

Que he (mos) visitado el sitio del proyecto y tomado atenta nota de sus características y de las condiciones que puedan afectar su ejecución.

Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse compromete sólo al (los) firmante(s) de esta carta.

Que ninguna persona distinta al (los) firmante(s) tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato que de ella se derive.

Que no me (nos) hallo (amos) incurso(s) en causal alguna de inhabilidades o incompatibilidades señaladas en la Ley, y que no me (nos) encuentro (encontramos) en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.

Que no he (mos) sido sancionado(s) mediante acto administrativo ejecutoriado por ninguna entidad oficial dentro de los últimos dos (2) años anteriores a la fecha de cierre del proceso de selección, o en su defecto, informo (amos) que he (mos) registrado incumplimiento con las siguientes entidades:

_____(indicar el nombre de cada entidad).

Que si se me (nos) adjudica el contrato y fuere solicitada garantía, me (nos) comprometo (emos) a constituir las mismas dentro de los términos señalados para ello.

Que el valor de la propuesta es por la suma de _____ ($XXXXXXXXXXXXXXXXX)

Que la presente propuesta consta de _____ () folios, debidamente numerados.
Atentamente,

Nombre del proponente_____
Nombre del Representante Legal_____
C. C. No. _____de _____
No. del NIT [de la (s) firma (s)] _____ [anexar copia (s)]
Dirección de correo _____
Correo electrónico _____
Telefax _____
Ciudad _____

_____
(Firma del proponente o de su representante legal)

ANEXO N° 2

DECLARACIÓN JURAMENTADA SOBRE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, Santander, ___ (día) de _____ (mes) de 2026

Doctora
LUZ DELIA HIGUABITA REY
Secretaria General y de Gobierno
San Vicente de Chucurí, Santander

1. SI ES PERSONA NATURAL

Yo, _____(nombre y apellidos completos), identificado con la cédula de ciudadanía número _____, de ___, declaro bajo la gravedad del juramento, que he venido pagando los aportes a salud, pensión, riesgos laborales, caja de compensación, ICBF y SENA, y que a la fecha me encuentro a paz y salvo por todo concepto.

FRIMA Nombre C. C. Nº

2. SI ES PERSONA JURÍDICA

Yo, _____(nombres y apellidos completos del representante legal o revisor fiscal, identificado con la cédula de ciudadanía No _____, expedida en _____, declaro bajo la gravedad del juramento, que la empresa _____(nombre), ha venido pagando los aportes a salud, pensión, riesgos laborales, caja de compensación, ICBF y SENA, de los empleados durante los últimos 6 meses y que a la fecha me encuentro a paz y salvo por todo concepto.

FIRMA
Nombre
C. C. Nº
Representante legal de la empresa _____(nombre)

ANEXO N° 3

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

San Vicente de Chucurí, Santander, ___ (día) de _____ (mes) de 2026

Doctora
LUZ DELIA HIGUABITA REY
Secretaria General y de Gobierno
San Vicente de Chucurí, Santander

REFERENCIA: PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA No MC-SVCH-SGG-_____-2026

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

El suscrito declara que: Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con los artículos 8º y siguientes de la Ley 80 de 1993 y del artículo 18 de la ley 1150 de 2007, por el cual se adiciono el literal j) al numeral 1º del artículo 8º de la Ley 80 de 1993, así: Artículo 8º (…) j). Las personas naturales que hayan sido declaradas responsables judicialmente por la comisión de delitos de peculado, concusión, cohecho, prevaricato en todas sus modalidades y soborno transnacional, así como sus equivalentes en otras jurisdicciones. Esta inhabilidad se extenderá a las sociedades de que sean socias tales personas, con excepción de las sociedades anónimas abiertas. Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en el artículo 26 numeral 7º y artículo 52 y los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1º del Estatuto Contractual o inhabilidad por incumplimiento reiterado previstas en el artículo 90 de la Ley 1474 de 2011.

Declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad o incompatibilidad o prohibición, ni tampoco la empresa que represento.

FIRMA
Nombre
C. C. Nº
Representante legal de la empresa _(nombre)

ANEXO 4

PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA No MC-SVCH-SGG-_____-2026

FORMULARIO DE CANTIDADES Y PRECIOS

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

Ítem	Descripción	Cant	Vr Unitario	Vr total
1	Examen Médico ocupacional con énfasis osteomuscular	48		
2	Consulta por Optometría	48		
3	Bono gafas	44		
4	Examen de Audiometría	48		
5	Examen de Espirometría	48		
6	Glucosa en suero u otro fluido diferente a orina	48		
7	Hemograma tipo IV	48		
8	Perfil lipídico	48		
9	Titulación o Vacuna hepatitis B	8		
10	Creatinina en suero, orina y otros fluidos	48		
11	Carnet de Manipulación de Alimentos	2		
12	Electrocardiograma	6		
13	Consulta valoración por Nutrición y Dietética y Fruta	33		
14	Consulta de control por Nutrición y Dietética y Fruta	33		
15	Consulta de socialización de resultados	48		
16	Radiografía de columna lumbosacra	15		
17	Estrategia visual para prevención del riesgo biomecánico	44		
18	Estrategia orientada a la promoción de hábitos alimentarios saludables y prevención del riesgo laboral	2		
19	Incentivo semestral de bienestar físico	15		
20	Incentivo para reducción del estrés laboral	20		
				TOTAL

SON: _____

Firma _____
Nombre del proponente_____
Nombre del Representante Legal_____
Cédula No. _____de _____
NIT _____

ANEXO 5.

CONFORMACIÓN DEL PROPONENTE PLURAL

[El proponente deberá diligenciar el Formato dependiendo de la forma asociativa con la que se presente (consorcio, unión Temporal]

ANEXO 5A — DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE CONSORCIO

Señores
MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI, SANTANDER
Calle 11, 10-07
E. S. D.

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del Proceso de Contratación].

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

Estimados señores:

Los suscritos, [nombre del representante legal del integrante 1] y [nombre del representante legal del integrante 2][1] debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de [nombre o razón social del integrante 1] y [nombre o razón social del integrante 2], respectivamente, manifestamos por medio de este documento, que hemos convenido asociarnos en consorcio, para participar en el proceso de contratación y, por lo tanto, expresamos lo siguiente:

El Consorcio está integrado por:

[1] El proponente deberá replicar estos apartes al igual que las filas del cuadro que más abajo se presenta, tantas veces como integrantes hagan parte de la estructura plural.

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%.

1. El consorcio se denomina CONSORCIO _____.

2. La responsabilidad de los integrantes del consorcio es solidaria en el cumplimiento de las obligaciones que se deriven de la ejecución del contrato, al igual que frente a las sanciones contractuales que eventualmente se les impongan.

3. 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 aceptación de la oferta, tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.

4. El representante suplente 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 aceptación de la oferta, 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.]

5. El Señor[a] _____ [indicar el nombre del representante legal del consorcio] acepta su nombramiento como representante legal del CONSORCIO

[Nombre del consorcio]

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

7. [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.]

8. El domicilio del consorcio es:

   Dirección de correo _____
   Dirección electrónica _____
   Teléfono _____
   Telefax _____
   Ciudad_____

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

_____
_____

[Nombre del proponente o representante legal de cada uno de los integrantes]

[Nombre del proponente o representante legal de cada uno de los integrantes]

_____

[Nombre y firma del representante del consorcio]

_____

[Nombre y firma del Suplente del consorcio]

ANEXO 5B — DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE UNIÓN TEMPORAL

Señores
MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI, SANTANDER
Calle 11, 10-07
E. S. D.

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del Proceso de Contratación].

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

Estimados señores:

Los suscritos, [nombre del representante legal del integrante 1] y [nombre del representante legal del integrante 2][2] debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de [nombre o razón social del integrante 1]y [nombre o razón social del integrante 2], respectivamente, manifestamos por medio de este documento que hemos convenido asociarnos en unión temporal para participar en el proceso de contratación y, por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. 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]	

[2] El proponente deberá replicar estos apartes al igual que las filas del cuadro que más abajo se presenta, tantas veces como integrantes hagan parte de la estructura plural.

(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%.

2. La unión temporal se denomina UNIÓN TEMPORAL _____.

3. 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.

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 aceptación de la oferta, tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.
5. El representante suplente de la unión temporal 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 aceptación de la oferta, 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.]
6. 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]
7. [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.]
8. El domicilio de la unión temporal es:

   Dirección de correo _____
   Dirección electrónica _____
   Teléfono _____
   Telefax _____
   Ciudad _____

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

_____

_____

[Nombre del proponente o representante legal de cada uno de los integrantes]

[Nombre del proponente o representante legal de cada uno de los integrantes]

_____

[Nombre y firma del representante de la Unión Temporal]
Representante Suplente

_____

[Nombre y firma del de la Unión Temporal]

ANEXO 6

ANEXO 6 A – 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 aquí vertida contiene datos sensibles los cuales están sujetos a reserva legal y, por tanto, no podrán publicarse en el SECOP I y II para su conocimiento]

Señores
MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI, SANTANDER
Calle 11, 10-07
E. S. D.

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del Proceso de Contratación].

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

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	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

jurídica (Incluir nombre y documento de identidad)	

Sin perjuicio de lo anterior, para probar la condición de cada una de las mujeres que participan en la sociedad, aporto los documentos de cada una de ellas, de acuerdo con los incisos 1, 2 y 3 del numeral 2 del numeral 4.6 del Documento Base.

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

ANEXO 6 B – 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
MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI, SANTANDER
Calle 11, 10-07
E. S. D.

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del Proceso de Contratación].

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

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 persona natural (nombre propio), representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica (si aplica)] [identificada con el NIT (si aplica) _____], 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 -si aplica- (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 Proceso de Contratación, a mantener vinculados a los empleados en condiciones de discapacidad por un lapso igual al del plazo de ejecución del contrato.

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]

ANEXO 6 C – 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 certificará 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, en las condiciones aquí exigidas en cuanto a no ser beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o sobrevivencia.]

Señores
MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI, SANTANDER
Calle 11, 10-07
E. S. D.

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del Proceso de Contratación].

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

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 persona natural (nombre propio), representante legal o revisor fiscal o representante del Proponente Plural] de [Incluir la razón social de la persona jurídica (si aplica)] [identificada con el NIT (si aplica) _____], 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

[El Proponente persona natural o jurídica incorporará una de las siguientes dos (2) opciones para manifestar el tiempo de vinculación de las personas anteriormente descritas, que cumplen las condiciones definidas en el numeral 4 del artículo 35 de la Ley 2069 de 2020]

[**Opción 1.** Esta opción la incorporará el Proponente persona natural o el Proponente persona jurídica cuya constitución sea igual o mayor a (1) año]

Asimismo, manifiesto que las personas mayores no beneficiarias de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que han cumplido el requisito de edad de pensión, han estado vinculadas a la planta de personal con una anterioridad igual o mayor a un (1) año contado a partir de la fecha del cierre del Proceso de Contratación.

Para acreditar el tiempo de vinculación en la planta referida de que trata el inciso anterior, allego el certificado de aportes a la seguridad social del último año, en el que se demuestran los pagos realizados por el empleador,

[**Opción 2**. Esta opción la incorporará el Proponente persona jurídica cuya constitución sea inferior a un (1) año]

Asimismo, manifiesto que las personas mayores no beneficiarias de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que han cumplido el requisito de edad de pensión, han estado vinculadas a la planta de personal desde el momento de la constitución de la persona jurídica.

Para acreditar el tiempo de vinculación en la planta referida de que trata el inciso anterior, allego el certificado de aportes a la seguridad social del tiempo de constitución de la persona jurídica, en el que se demuestre los pagos realizados por el empleador.

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]

ANEXO 6 D – 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
MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI, SANTANDER
Calle 11, 10-07
E. S. D.

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del Proceso de Contratación].

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

Estimados señores:

[Incluir el nombre del trabajador vinculado en la planta de personal de 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 o CC _____], 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.
Asimismo, manifiesto me encuentro vinculado en la planta de personal [Indicar si se trata de la persona natural o de la persona jurídica o del integrante del Proponente Plural] con una anterioridad [Indicar si el tiempo de vinculación es igual o mayor a un (1) año contado a partir de la fecha del cierre del Proceso de Contratación o desde el momento de la constitución de la persona jurídica en los casos que esta tenga menos de un (1) año de constitución].
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]

ANEXO 6 E – 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
MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI, SANTANDER
Calle 11, 10-07
E. S. D.

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del Proceso de Contratación].

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

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 persona natural (nombre propio), representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica (si aplica)], [identificada con el NIT (si aplica) _____], 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 Proceso de Contratación. [Para los casos de personas jurídicas constituidas con menos de 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]

ANEXO 6 F – 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
MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI, SANTANDER
Calle 11, 10-07
E. S. D.

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del Proceso de Contratación].

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

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, del Comité Operativo para la Dejación de Armas, de la Agencia para la Reincorporación y la Normalización 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	Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su

reintegración (Incluir nombre y documento de identidad)	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]

ANEXO 6 G – PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN 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]

Señores
MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI, SANTANDER
Calle 11, 10-07
E. S. D.

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del Proceso de Contratación].

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

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, del Comité Operativo para la Dejación de Armas, de la Agencia para la Reincorporación y la Normalización 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]

ANEXO 6 H – 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 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.]

[En el evento en el que participen personas en proceso de reintegración o reincorporación, teniendo en cuenta que la información de este Formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal, no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]

Señores
MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI, SANTANDER
Calle 11, 10-07
E. S. D.

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del Proceso de Contratación].

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

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	Número de cuotas sociales, acciones que

familia o personas en proceso de reincorporación o reintegración (Incluir nombre y documento de identidad)	poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

De igual manera acredito que la condición de madre cabeza de familia y/o una persona en proceso de reincorporación o reintegración, se aporta de acuerdo con lo previsto en el inciso 1 del numeral 2 y/o el inciso 1 del numeral 6 del numeral 4.6 del Documento Base, para lo cual adjunto los documentos correspondientes.

[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]

ANEXO 6 I – PAGOS REALIZADOS A MIPYMES, COOPERATIVAS O ASOCIACIONES MUTUALES

Señores
MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI, SANTANDER
Calle 11, 10-07
E. S. D.

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del Proceso de Contratación].

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

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 persona natural (nombre propio), representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica (si aplica)], [identificada con el NIT (si aplica) _____], 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, efectuados 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]

FORMATO 6 J – ACREDITACIÓN MIPYME

Señores
MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI, SANTANDER
Calle 11, 10-07
E. S. D.

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del Proceso de Contratación].

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

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 [Indicar si es empresa o 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]

[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]

ANEXO 6 K – ACREDITACIÓN MIPYME

Señores
MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI, SANTANDER
Calle 11, 10-07
E. S. D.

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del Proceso de Contratación].

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

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.
[Para la acreditación de desempate establecida en el literal (c), literal 10, del numeral 5.1.4 del documento tipo incluir la siguiente redacción:]

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]

[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]

ANEXO 7

ANEXO 7 — AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

[El presente Formato lo diligenciará toda persona (proponente, socia o trabajador) que al momento de presentar su oferta contenga datos sensibles, para que la Entidad Estatal contratante garantice el tratamiento adecuado a estos datos]

Señores
MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI, SANTANDER
Calle 11, 10-07
E. S. D.

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del Proceso de Contratación].

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

Cumpliendo la Ley 1581 de 2012 "Por el cual se dictan disposiciones para la protección de datos personales" y conforme al Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por [Incluir el nombre de la Entidad] de lo siguiente:

1) La [Incluir el nombre de la Entidad Estatal] actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, almacenar y usar mis datos personales para hacer efectivo el factor de desempate previsto en el numeral 29 de la invitación, relacionados con la acreditación de ser víctima de violencia intrafamiliar, persona en proceso de reintegración o reincorporación, o persona perteneciente a la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rrom, o gitanas.

Finalidad	**Autoriza**	
	SÍ	**NO**
Hacer efectivo el factor de desempate para la acreditación de una mujer víctima de violencia intrafamiliar, persona perteneciente a la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rrom, o gitanas, o persona en proceso		

de reintegración o reincorporación.		

2) Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos con la salud, la vida sexual y los datos biométricos.

3) Manifiesto que me informaron que los datos sensibles que se recolectarán serán utilizados para hacer efectivo el criterio de desempate previsto en el numeral 29 de la invitación, relacionados con la acreditación de ser víctima de violencia intrafamiliar, integrante de la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rrom, o gitanas, o persona en proceso de reintegración o reincorporación.

Derechos del titular

Sus derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y en la Ley 1581 de 2012, especialmente los siguientes:

a) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento.

b) Solicitar la actualización y rectificación de su información frente a los datos parciales, inexactos, incompletos.

c) Solicitar prueba de la autorización otorgada.

d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente.

e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, a menos que exista un deber legal o contractual que haga imperativo conservar la información.

f) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles o sobre datos de las niñas y niños y adolescentes.

Estos derechos los podré ejercer mediante los canales o medios dispuestos por [Incluir nombre de la Entidad] para la atención al público, la línea de atención nacional [incluir número de atención de la Entidad], el correo electrónico [incluir el correo electrónico] y las

oficinas de atención al cliente a nivel nacional, cuya información puedo consultar en [incluir página web de la Entidad], disponibles de [lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 p.m].
Por todo lo anterior, he otorgado mi consentimiento a [Incluir nombre de la Entidad] para que trate mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales dispuesta en [Incluir el link en donde se encuentra la Política de Tratamiento de Datos Personales] y que me dio a conocer antes de recolectar mis datos personales.
Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Nombre: [Incluir nombre del titular de la autorización datos sensibles para la autorización de datos]

Firma: [Incluir firma del titular]
Identificación: [Incluir número de identificación del titular de datos sensibles]
Fecha: [Fecha en que se puso de presente la autorización y entregó sus datos]

ANEXO 8

ANEXO 8 A — ACREDITACIÓN MIPYME
(Cuando el interesado solicite la limitación de convocatoria a Mipyme)

(PERSONAS NATURALES)

[El interesado persona natural que solicita limitar la convocatoria del Proceso de Contratación a Mipyme, acreditará la condición de Mipyme con el diligenciamiento de este Formato y entregará los documentos requeridos en el artículo 2.2.1.2.4.2.4 del Decreto 1082 de 2015. En todo caso, cuando la condición de Mipyme se acredite con la presentación del RUP vigente y en firme, no será necesario diligenciar este Formato, ni aportar los mencionados documentos]

Señores
MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI, SANTANDER
Calle 11, 10-07
E. S. D.

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del Proceso de Contratación].

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

Estimados señores:

[Incluir el nombre de la persona natural y el contador público] identificados con [Incluir los números de identificación], declaramos bajo la gravedad de juramento que [Incluir el nombre del establecimiento de comercio] se encuentra clasificada como: [Indicar si es micro, pequeña y mediana empresa] de acuerdo con los criterios definidos por las normas legales vigentes.

Para acreditar dicha condición adjuntamos copia del registro mercantil.

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

_____ _____

[Nombre y firma de la persona natural] [Nombre y firma del contador]

ANEXO 8 B — ACREDITACIÓN MIPYME
(Cuando el interesado solicite la limitación de convocatoria a Mipyme)

(PERSONAS JURÍDICAS)

[El interesado persona jurídica que solicita limitar la convocatoria del Proceso de Contratación a Mipyme, acreditará la condición de Mipyme con el diligenciamiento de este Formato y entregará los documentos requeridos en el artículo 2.2.1.2.4.2.4 del Decreto 1082 de 2015. En todo caso, cuando la condición de Mipyme se acredite con la presentación del RUP vigente y en firme, no será necesario diligenciar este Formato, ni aportar los mencionados documentos]

Señores
MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI, SANTANDER
Calle 11, 10-07
E. S. D.

REFERENCIA: Proceso de contratación No. [Incluir número del Proceso de Contratación].

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURÍ VIGENCIA 2026

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal y el contador o revisor fiscal, si están obligados a tenerlo] identificados con [Incluir los números de identificación], actuando en representación de [Indicar nombre del Proponente] declaramos bajo la gravedad de juramento que [Incluir el nombre del establecimiento de comercio] se encuentra clasificada como: [Indicar si es micro, pequeña y mediana empresa] de acuerdo con los criterios definidos por las normas legales vigentes.

Para acreditar dicha condición adjuntamos copia del certificado de existencia y competente para expedir dicha certificación.

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

_____ _____

[Nombre y firma del representante legal] [Nombre y firma del contador o revisor fiscal si está obligado a tenerlo]