[Número del Proceso de Contratación]

FORMULARIO 1 – PROPUESTA ECONOMICA

Señores
[**NOMBRE DE LA ENTIDAD**]
[Dirección de la Entidad]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el proceso es estructurado por lotes o grupos] **Lote:** [Indicar el lote/grupo o lotes/grupos a los cuales se presenta oferta.]

INTERVENTORIA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR 2026							
1. INTERVENTORIA PAE MAYORITARIO							
ITEM	**CONCEPTO**	**CANTIDAD**	**COSTO MES**	**DEDICACION**	**COSTO TOTAL MENSUAL**	**TIEMPO/ MESES**	**VALOR TOTAL**
COSTO DE PERSONAL INTERVENTORIA PAE MAYORITARIO							
1.1	**PERSONAL**						
1.1.1	Director general de Interventoría	1	$	50%	$	2	$
1.1.2	Coordinador técnico.	1	$	50%	$	2	$
1.1.3	Asesor Jurídico	1	$	50%	$	2	$
1.1.4	Asesor Administrativo y Financiero	1	$	50%	$	2	$
1.1.5	Auditores de Campo	8	$	100%	$	2	$
1.1.6	Profesional de Apoyo social y/o nutricionista	1	$	50%	$	2	$
					SUBTOTAL COSTOS DE PERSONAL INTERVENTORIA PAE MAYORITARIO		$
					FACTOR MULTIPLICADOR		
					TOTAL COSTOS DE PERSONAL INTERVENTORIA PAE MAYORITARIO		**$**
ITEM	**OTROS COSTOS**	**CANTIDAD**	**COSTO MES**	**COSTO TOTAL MENSUAL**		**TIEMPO/ MESES**	**VALOR TOTAL**
1.2.	**TRANSPORTE POBLACIÓN MAYORITARIA**						
1.2.1	Vehículo tipo camioneta servicio de transporte especial doble cabina 4 x 4 full equipo, a todo costo incluye: conductor, combustibles y peajes (viaje todo el departamento de córdoba). disposición de tiempo: 6 días a la semana, según requerimiento. Seguros: seguro obligatorio de daños a terceros, de	2	$	$		2	**$**

	responsabilidad civil extracontractual vigente.					
1.2.2	Arriendo de Oficina	1	$	$	2	**$**

ITEM	NOMENCLATURA	NÚMERO DE MUESTRAS MES	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL MENSUAL	TIEMPO/ MESES	VALOR TOTAL
1.3.	**ANALISIS DE LABORATORIO COMPLEMENTO ALMUERZO**					
1.3.1.	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAA-01	2	$	$	2	$
1.3.2.	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAA-02	2	$	$	2	$
1.3.3.	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAA-03	2	$	$	2	$
1.3.4.	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAA-04	2	$	$	2	$
1.3.5.	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAA-05	2	$	$	2	$
1.3.6.	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAA-06	2	$	$	2	$
1.3.7.	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAA-07	2	$	$	2	$
1.4.	**ANALISIS DE LABORATORIO COMPLEMENTO ALIMENTARIO JORNADA MAÑANA/ JORNADA TARDE**					
1.4.1.	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAJM/JT-01	2	$	$	2	$
1.4.2.	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAJM/JT-02	2	$	$	2	$
1.4.3.	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAJM/JT-03	2	$	$	2	$
1.4.4.	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAJM/JT-04	2	$	$	2	$
				SUBTOTAL ANALISIS MICROBIOLOGICOS PAE MAYORITARIO		**$**
				IVA 19%		**$**
				VALOR TOTAL COSTOS DE INTERVENTORIA PAE MAYORITARIO		**$**

2. INTERVENTORIA PAE POBLACIONES DIFERENCIALES, INDIGENA, NEGROS, AFROS, RAIZALES, PALENQUERAS Y RURAL DISPERSA

ITEM	CONCEPTO	CANTIDAD	COSTO MES	DEDICACION	COSTO TOTAL MENSUAL	TIEMPO/ MESES	V/ TOTAL
COSTO DE PERSONAL INTERVENTORIA PAE POBLACIÓN DIFERENCIAL							
1.5	**PERSONAL POBLACIÓN DIFERENCIAL**						
1.5.1	Director general de Interventoría	1	$	50%	$	8	$
1.5.2	Coordinador técnico.	1	$	50%	$	8	$
1.5.3	Asesor Jurídico	1	$	50%	$	8	$
1.5.4	Asesor Administrativo y Financiero	1	$	50%	$	8	$
1.5.5	Auditores de Campo	3	$	100%	$	8	$
1.5.6	Profesional de Apoyo social y/o nutricionista	1	$	50%	$	8	$

SUBTOTAL COSTOS DE PERSONAL INTERVENTORIA PAE POBLACIÓN DIFERENCIAL	**$**
FACTOR MULTIPLICADOR	
TOTAL COSTOS DE PERSONAL INTERVENTORIA PAE POBLACIÓN DIFERENCIAL	**$**

ITEM	CONCEPTO	CANTIDAD	COSTO MES	COSTO TOTAL MENSUAL	TIEMPO/ MESES	V/ TOTAL
1.6.	**TRANSPORTE POBLACIÓN DIFERENCIAL**					
1.6.1	Vehículo tipo camioneta servicio de transporte especial doble cabina 4 x 4 full equipo, a todo costo incluye: conductor, combustibles y peajes (viaje todo el departamento de córdoba). disposición de tiempo: 6 días a la semana, según requerimiento. Seguros: seguro obligatorio de daños a terceros, de responsabilidad civil extracontractual vigente.	1	$	$	8	**$**
1.6.2.	Arriendo de Oficina - destinada al desarrollo de las actividades administrativas, técnicas y de coordinación del equipo de interventoría del contrato. considerando espacios de oficina con características adecuadas para actividades administrativas, ubicación en zonas comerciales o de fácil acceso y con disponibilidad de servicios básicos.	1	$	$	8	**$**

ITEM	NOMENCLATURA	NÚMERO DE MUESTRAS MES	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL MENSUAL	TIEMPO/ MESES	VALOR TOTAL
1.7.	**ANALISIS DE LABORATORIO COMPLEMENTO ALIMENTARIO JORNADA MAÑANA/ JORNADA TARDE PAIP**					
1.7.1	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAJM/JT PAIP -01	2	$	$	8	$
1.7.2	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAJM/JT PAIP -02	2	$	$	8	$
1.7.3	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAJM/JT PAIP -03	2	$	$	8	$
1.7.4	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAJM/JT PAIP -04	2	$	$	8	$
1.8.	**ANALISIS DE LABORATORIO COMPLEMENTO ALIMENTARIO JORNADA MAÑANA/ JORNADA TARDE NARP**					
1.8.1	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAJM/JT NARP -01	2	$	$	8	$
1.8.2	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAJM/JT NARP -02	2	$	$	8	$
1.8.3	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAJM/JT NARP -03	2	$	$	8	$

1.8.4	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAJM/JT NARP -04	2	$	$	8	$
1.9.	**ANALISIS DE LABORATORIO COMPLEMENTO ALIMENTARIO JORNADA MAÑANA/ JORNADA TARDE RURAL DISPERSO**					
1.9.1	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAJM/JT RD -01	2	$	$	8	$
1.9.2	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAJM/JT RD -02	2	$	$	8	$
1.9.3	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAJM/JT RD -03	2	$	$	8	$
1.9.4	ANALISIS MICROBIOLOGICO CAJM/JT RD -04	2	$	$	8	$
SUBTOTAL ANALISIS MICROBIOLOGICOS PAE POBLACIONES DIFERENCIALES						**$**
IVA 19%						**$**
VALOR TOTAL COSTOS DE INTERVENTORIA PAE POBLACIÓN DIFERENCIAL						**$**
VALOR TOTAL DE LA INTERVENTORIA POBLACIÓN DIFERENCIAL Y MAYORITARIA						**$**

Atentamente,

Nombre del Proponente _____
Nombre del representante legal _____
Cedula de ciudadanía _____ de _____
Dirección de correo _____
Correo electrónico _____
Ciudad _____

_____
[Firma del Proponente o de su representante legal]