FORMATO N. 1 - CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad y fecha

Doctora
MARISOL PINZÓN SIERRA
Secretaria Desarrollo Social
Departamento de Santander

REF: CONVOCATORIA DS-MC-26-04

OBJETO: FOMENTAR LA FORMACIÓN TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A CUIDADORES Y/O ASISTENTE PERSONAL DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO "APOYO INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES FAMILIARES, FORTALECIENDO COMUNIDADES Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".

Respetada doctora:

Por medio de los documentos adjuntos me permito presentar propuesta para participar en el proceso de selección tendiente a la contratación del objeto: **FOMENTAR LA FORMACIÓN TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A CUIDADORES Y/O ASISTENTE PERSONAL DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO "APOYO INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES FAMILIARES, FORTALECIENDO COMUNIDADES Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".**

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 contrato y a efectuar los trámites para la legalización y ejecución del mismo, dentro de los plazos establecidos para el efecto en la INVITACIÓN PÚBLICA. Igualmente, me comprometo a ejecutar el objeto contractual de acuerdo con los documentos que hacen parte del proceso de selección, así como los del contrato, la oferta económica y las demás estipulaciones de la misma.

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 contrato.

4. Que en caso de que se me adjudique el contrato me comprometo a suscribir el acta de iniciación u orden de Ejecución y a CUMPLIR el contrato 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 ni el Representante legal, ni la persona jurídica, se encuentran incursos 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 autorizo a LA ENTIDAD para que verifique que ni el Representante legal, ni la persona jurídica (ni los miembros que lo integran si fuere el caso) se encuentras Reportados 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 O RAZÓN SOCIAL
NIT
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL
C.C. Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

PLAZO PARA EJECUTAR EL CONTRATO: XXXXXXXXXX

Nos comprometemos a ejecutar el contrato, 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 contrato.

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.)

10. Que, en el caso en que me sea adjudicado el contrato me comprometo a aportar, previo a la suscripción del mismo, el NIT y el RUT.

11. Que el Valor total de mi propuesta es de $ _____, incluido el valor de retención, gastos de Legalización, impuestos, tasas, etc.

12. 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 N. 2 - COMPROMISO DE TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCIÓN

Ciudad y fecha

Doctora
MARISOL PINZÓN SIERRA
Secretaria Desarrollo Social
Departamento de Santander

REF: CONVOCATORIA DS-MC-26-04

OBJETO: FOMENTAR LA FORMACIÓN TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A CUIDADORES Y/O ASISTENTE PERSONAL DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO "APOYO INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES FAMILIARES, FORTALECIENDO COMUNIDADES Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".

El suscrito: _____, identificado con cédula de ciudadanía No_____, de_____, domiciliado en_____, actuando en representación legal de _____ manifiesto la voluntad de asumir el presente COMPROMISO DE TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCIÓN teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Que el DEPARTAMENTO DE SANTANDER, adelanta un proceso contractual que tiene el siguiente objeto: FOMENTAR LA FORMACIÓN TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A CUIDADORES Y/O ASISTENTE PERSONAL DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO "APOYO INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES FAMILIARES, FORTALECIENDO COMUNIDADES Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".

2. Que me comprometo en apoyar la acción del Estado Colombiano y del DEPARTAMENTO DE 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 tengo interés en el presente proceso contractual, y me encuentro dispuesto a suministrar la información necesaria para la transparencia del proceso, para lo cual realizo las siguientes declaraciones y compromisos.

DECLARACIONES

PRIMERA: 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: Declaro que toda la información que suministré y suministraré al DEPARTAMENTO DE SANTANDER, es cierta y precisa y que no omití ni omitiré información que sea necesaria para la transparencia en la celebración y desarrollo del contrato.

TERCERA: 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: Declaro que la propuesta presentada es seria y económicamente ajustada a la realidad, que asegura la posibilidad de ejecutar el objeto del presente contrato en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en la INVITACIÓN PÚBLICA.

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

COMPROMISOS

PRIMERO: Si llegare a sobrevenir una inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, me comprometo a ceder el contrato, previa autorización escrita por el DEPARTAMENTO DE 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: 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 contrato.

TERCERO: Me comprometo a suministrar al DEPARTAMENTO DE 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: Me comprometo a cumplir todas las obligaciones, cargas y los términos en general, previstos en la INVITACIÓN PÚBLICA de la referencia y en el contrato.

QUINTO: Me comprometo a desarrollar todas las actividades en el marco de principios éticos y a asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con el presente contrato.

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

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

Firma _____
C.C No. _____
Representante Legal _____
Razón social o NIT _____

FORMATO 3 - UNIÓN TEMPORAL

Ciudad y fecha

Doctora
MARISOL PINZÓN SIERRA
Secretaria Desarrollo Social
Departamento de Santander

REF: CONVOCATORIA DS-MC-26-04

OBJETO: FOMENTAR LA FORMACIÓN TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A CUIDADORES Y/O ASISTENTE PERSONAL DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO "APOYO INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES FAMILIARES, FORTALECIENDO COMUNIDADES Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".

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 DEPARTAMENTO DE SANTANDER, de una propuesta para la adjudicación, celebración y ejecución del contrato (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 contrato dentro de las normas exigidas por la el DEPARTAMENTO DE SANTANDER 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 DEPARTAMENTO DE SANTANDER, 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 DEPARTAMENTO DE SANTANDER. Las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato se impondrán de acuerdo con la participación en la ejecución de cada uno de los miembros de la Unión Temporal, (numeral 2, del artículo 7° 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 contrato 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 DEPARTAMENTO DE SANTANDER. En caso de aceptarse la cesión por parte del DEPARTAMENTO DE SANTANDER 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:
Teléfono:
Acepto

Nombre
CC
Representante Legal NIT:
Dirección:
Teléfono:
Acepto

FORMATO 4 - DOCUMENTO CONSORCIAL

Ciudad y fecha

Doctora
MARISOL PINZÓN SIERRA
Secretaria Desarrollo Social
Departamento de Santander

REF: CONVOCATORIA DS-MC-26-04

OBJETO: FOMENTAR LA FORMACIÓN TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A CUIDADORES Y/O ASISTENTE PERSONAL DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO "APOYO INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES FAMILIARES, FORTALECIENDO COMUNIDADES Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".

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 contrato, dentro de la convocatoria No. _____, abierta por el DEPARTAMENTO DE SANTANDER, 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 contrato. En consecuencia, las actuaciones hechos y omisiones que se presenten en desarrollo de la propuesta y del contrato, 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 contrato 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 DEPARTAMENTO DE SANTANDER. En caso de aceptarse la cesión por parte del DEPARTAMENTO DE SANTANDER 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 DEPARTAMENTO DE SANTANDER, 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 5 - CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES - (PERSONAS JURÍDICAS)

Ciudad y fecha

Doctora
MARISOL PINZÓN SIERRA
Secretaria Desarrollo Social
Departamento de Santander

REF: CONVOCATORIA DS-MC-26-04

OBJETO: FOMENTAR LA FORMACIÓN TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A CUIDADORES Y/O ASISTENTE PERSONAL DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO "APOYO INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES FAMILIARES, FORTALECIENDO COMUNIDADES Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".

[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 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 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.

Presentado para ser válida dentro del proceso de selección No. _____

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

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

FORMATO 6 – PROPUESTA CUADRO RESUMEN

Ciudad y fecha

Doctora
MARISOL PINZÓN SIERRA
Secretaria Desarrollo Social
Departamento de Santander

REF: CONVOCATORIA DS-MC-26-04

OBJETO: FOMENTAR LA FORMACIÓN TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A CUIDADORES Y/O ASISTENTE PERSONAL DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO "APOYO INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES FAMILIARES, FORTALECIENDO COMUNIDADES Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".

Los precios se indicarán de acuerdo con el siguiente formato:

NOMBRE PROYECTO: Apoyo Integral a la población con Discapacidad y sus cuidadores familiares, Fortaleciendo Comunidades y calidad de Vida en el Departamento de Santander					
Actividad 3: Desarrollar estrategias que promuevan la cohesión social de las personas con discapacidad en el Departamento de Santander.					
3.3. Implementación de proceso de formación para el emprendimiento y desarrollo humano a cuidadores familiares o asistentes personales de personas con discapacidad en Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería en el Área Metropolitana de Bucaramanga.					
3.3.1. Costo Derechos Académicos Primer Semestre Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería en el AMB.					
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	**Unidad de medida**	**CANTIDAD**	**TIEMPO (Mes/Día/Hora)**	**VR. UNITARIO**	**APORTES**
					Aporte Gobernación
Derechos académicos primer semestre en Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería. Incluye ceremonia de iniciación del programa de formación.	Semestre	20	N/A		
Reconocimiento de desplazamiento interno incluye transporte dentro del área metropolitana del municipio si se requiere (terminal - hotel- lugar del evento – hotel - terminal.	Trayecto	460	N/A		
Refrigerio Opción 1: debe contener: un farináceo con proteína (flauta de jamón y queso o flauta de pollo o empanada de carne y huevo o empanada de pollo, o pastel hojaldrado, entre otros), con peso aproximado de 150 grs y una bebida natural (jugo de fruta, bebida gasificada, avena, yogurt, entre otros) de 9 onz. el servicio deberá realizarse a la mesa o empacado en recipiente biodegradable, con preparación del mismo día del evento a realizar	Unidad	460	N/A		

Almuerzo o cena Opción 1: una proteína de 250 gr (carne o pollo o cerdo) acompañado de 100 gr de un cereal (arroz o pasta), 100 gr de una legumbre (frijol o lenteja o garbanzos), 80 gr de un carbohidrato (yuca o papa o plátano), bebida (jugo, limonada, bebida gasificante, entre otros) x 9 onz.el servicio deberá realizarse a la mesa o empacado en recipiente biodegradable con sus cubiertos ecológicos según la necesidad (samovares en caso de requerirse)	Unidad	460	N/A		
Aplicación de vacuna: Taxoide tetánico x 2 dosis, por entidad certificada.	Esquema	20	N/A		
Aplicación de 2 dosis HEPATITS B, por entidad certificada.	Esquema	20	N/A		
Uniforme institucional de enfermero que consta de Camisa, Pantalón y Bata Manga Larga Puño RIB en tela blanca antifluidos con información institucional bordada, en tallas desde xs hasta xxl.	Unidad	20	N/A		
Zapatos tipo enfermero en cuero color blanco en tallas desde 34 hasta 42.	Unidad	20	N/A		
				Subtotal 3.3.1.	

3.3.2. Kit de insumos y elementos necesarios para laboratorios y prácticas formativas primer semestre Técnico en Auxiliar de Enfermería

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	Unidad de medida	CANTIDAD	TIEMPO (Mes/Día/Hora)	VR. UNITARIO	APORTES
					Aporte Gobernación
Guantes examen látex tallas XS-XL. Por par.	Unidad	200	N/A		
Tapabocas mascarilla medica desechable tres capas por unidad.	Unidad	200	N/A		
Termómetro digital con batería.	Unidad	20	N/A		
Reloj de enfermería con prendedor forro de silicona.	Unidad	20	N/A		
Cinta métrica clásica retráctil.	Unidad	20	N/A		
Toallas Z paquete por 150 unidades.	Unidad	20	N/A		
Alcohol antiséptico x 700 ml.	Unidad	20	N/A		
Kit tensiómetro y fonendoscopio doble manguera colores surtidos.	Unidad	20	N/A		
Gorros quirúrgicos desechable unidad.	Unidad	20	N/A		
Equipo buretrol por 150 ml unidad.	Unidad	20	N/A		
Catéter intravenoso estéril de 20 g x 1 1/4 unidad.	Unidad	20	N/A		
Catéter intravenoso estéril de 22 g x 1 unidad.	Unidad	20	N/A		
Aguja hipodérmica estéril de 20 g 1 1/2	Unidad	20	N/A		
Aguja hipodérmica estéril de 22g x 1 1/2.	Unidad	20	N/A		
Camisa holder venoject porta tubos vacutainer unidad.	Unidad	20	N/A		
Agujas vacutainer 21g x 1 1/2.	Unidad	20	N/A		
Tubo para muestras vacutainer rojo 5 ml unidad.	Unidad	20	N/A		

Jeringa estéril desechable 10 ml 21g x 1 1/2 c/a unidad.	Unidad	20	N/A		
Jeringa estéril desechable 5 ml 21g x 1 1/2 c/a unidad.	Unidad	20	N/A		
Jeringa estéril desechable 3 ml 21g x 1 1/2 c/a unidad.	Unidad	20	N/A		
Jeringa estéril desechable 1 ml 27g x 1/2 c/a unidad.	Unidad	20	N/A		
Jeringa estéril desechable 1 ml insulina.	Unidad	20	N/A		
Jeringa punta catéter s/a unidad.	Unidad	20	N/A		
Sonda nasogástrica levin #10 estéril unidad.	Unidad	20	N/A		
Equipo macrogoteo estéril s/a unidad.	Unidad	20	N/A		
Torniquete elástico.	Unidad	20	N/A		
Esparadrapo microporoso 2" x 10 yds unidad.	Unidad	20	N/A		
Algodón blanco puro motas por 100 unidades.	Unidad	20	N/A		
Baja lengua de madera empaque x 20unds	Unidad	20	N/A		
Tapón heparinizado bioseguro unidad.	Unidad	20	N/A		
Equipo catéter pericraneal 20g 3/4.	Unidad	20	N/A		
Gasas estériles 7.5 x 7.5 sobre por 5 unidades.	Unidad	20	N/A		
Tijera de traumahospitalaria 5 1/2" hoja de acero inoxidable.	Unidad	20	N/A		
Cloruro de sodio inyectable 0,9% de 100 ml.	Unidad	20	N/A		
Paquete de gasas no estériles por 200 unidades.	Unidad	20	N/A		
Venda elástica 5x5 yardas unidad.	Unidad	20	N/A		
Venda algodón 5x5 yardas unidad.	Unidad	20	N/A		
Venda yeso 5x5 yardas unidad.	Unidad	20	N/A		
Bata quirúrgica desechable color azul unidad.	Unidad	20	N/A		
Bolsa para empaque de insumos en tela ecológica con logos de participantes estampados full color.	Unidad	20	N/A		
				Subtotal 3.3.2.	
				Total Componente 3.3	

VALOR TOTAL DEL CONTRATO A CELEBRAR ES DE (SUMA DE TODOS LOS SERVICIOS Y/O ITEMS COLOCAR VALOR EN LETRAS O NÚMEROS): $$$$$.

REPRESENTANTE LEGAL
CC

FORMATOS PARA CRITERIO DE DESEMPATE – EN CASO DE APLICAR

FORMATO 7 – PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O MUJERES VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (PERSONA JURÍDICA)

Ciudad y fecha

Doctora
MARISOL PINZÓN SIERRA
Secretaria Desarrollo Social
Departamento de Santander

REF: CONVOCATORIA DS-MC-26-04

OBJETO: FOMENTAR LA FORMACIÓN TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A CUIDADORES Y/O ASISTENTE PERSONAL DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO "APOYO INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES FAMILIARES, FORTALECIENDO COMUNIDADES Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".

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 8 – VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

Ciudad y fecha

Doctora
MARISOL PINZÓN SIERRA
Secretaria Desarrollo Social
Departamento de Santander

REF: CONVOCATORIA DS-MC-26-04

OBJETO: FOMENTAR LA FORMACIÓN TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A CUIDADORES Y/O ASISTENTE PERSONAL DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO "APOYO INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES FAMILIARES, FORTALECIENDO COMUNIDADES Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".

Estimados señores:

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

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

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

Ciudad y fecha

Doctora
MARISOL PINZÓN SIERRA
Secretaria Desarrollo Social
Departamento de Santander

REF: CONVOCATORIA DS-MC-26-04

OBJETO: FOMENTAR LA FORMACIÓN TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A CUIDADORES Y/O ASISTENTE PERSONAL DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO "APOYO INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES FAMILIARES, FORTALECIENDO COMUNIDADES Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".

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

Ciudad y fecha

Doctora
MARISOL PINZÓN SIERRA
Secretaria Desarrollo Social
Departamento de Santander

REF: CONVOCATORIA DS-MC-26-04

OBJETO: FOMENTAR LA FORMACIÓN TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A CUIDADORES Y/O ASISTENTE PERSONAL DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO "APOYO INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES FAMILIARES, FORTALECIENDO COMUNIDADES Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".

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

Ciudad y fecha

Doctora
MARISOL PINZÓN SIERRA
Secretaria Desarrollo Social
Departamento de Santander

REF: CONVOCATORIA DS-MC-26-04

OBJETO: FOMENTAR LA FORMACIÓN TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A CUIDADORES Y/O ASISTENTE PERSONAL DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO "APOYO INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES FAMILIARES, FORTALECIENDO COMUNIDADES Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".

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

Ciudad y fecha

Doctora
MARISOL PINZÓN SIERRA
Secretaria Desarrollo Social
Departamento de Santander

REF: CONVOCATORIA DS-MC-26-04

OBJETO: FOMENTAR LA FORMACIÓN TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A CUIDADORES Y/O ASISTENTE PERSONAL DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO "APOYO INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES FAMILIARES, FORTALECIENDO COMUNIDADES Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".

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

Ciudad y fecha

Doctora
MARISOL PINZÓN SIERRA
Secretaria Desarrollo Social
Departamento de Santander

REF: CONVOCATORIA DS-MC-26-04

OBJETO: FOMENTAR LA FORMACIÓN TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A CUIDADORES Y/O ASISTENTE PERSONAL DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO "APOYO INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES FAMILIARES, FORTALECIENDO COMUNIDADES Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".

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

Ciudad y fecha

Doctora
MARISOL PINZÓN SIERRA
Secretaria Desarrollo Social
Departamento de Santander

REF: CONVOCATORIA DS-MC-26-04

OBJETO: FOMENTAR LA FORMACIÓN TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A CUIDADORES Y/O ASISTENTE PERSONAL DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO "APOYO INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES FAMILIARES, FORTALECIENDO COMUNIDADES Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".

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]

FORMATO 15 – ACREDITACIÓN MIPYME

Ciudad y fecha

Doctora
MARISOL PINZÓN SIERRA
Secretaria Desarrollo Social
Departamento de Santander

REF: CONVOCATORIA DS-MC-26-04

OBJETO: FOMENTAR LA FORMACIÓN TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A CUIDADORES Y/O ASISTENTE PERSONAL DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO "APOYO INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES FAMILIARES, FORTALECIENDO COMUNIDADES Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".

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) del literal 10 del numeral 4.6 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

FORMATO 16 – PAGOS REALIZADOS A MIPYMES, COOPERATIVAS O ASOCIACIONES MUTUALES

Ciudad y fecha

Doctora
MARISOL PINZÓN SIERRA
Secretaria Desarrollo Social
Departamento de Santander

REF: CONVOCATORIA DS-MC-26-04

OBJETO: FOMENTAR LA FORMACIÓN TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A CUIDADORES Y/O ASISTENTE PERSONAL DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO "APOYO INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES FAMILIARES, FORTALECIENDO COMUNIDADES Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".

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

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

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

_____

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

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

_____

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