ANEXOS

ANEXO No 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Señores:
(SECRETARÍA)
(Dirección)

REFERENCIA: (número del proceso de selección)

El suscrito _____, identificado con la C.C. No. _____ en nombre de _____, de acuerdo con las reglas que se estipulan en la invitación pública y demás documentos de la Mínima Cuantía No. ____ de 2020, cuyo objeto es _____, me permito presentar la siguiente propuesta.

En caso de que me sea adjudicada, me comprometo a firmar el contrato correspondiente y a cumplir todas las obligaciones señaladas en la invitación y en mi propuesta.

Declaro así mismo:
- Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a los firmantes de esta carta.
- Que hemos tomado cuidadosa nota de las especificaciones y condiciones de la presente Mínima Cuantía y aceptamos todos los requisitos contenidos en la invitación pública.
- Que los documentos aportados en el presente proceso son auténticos y de contenido exacto.
- Que ni el suscrito ni la sociedad que represento se hallan incursos en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia.
- Que conocemos y aceptamos las especificaciones técnicas de las actividades a ejecutar.
- Que conocemos el lugar y las condiciones del lugar donde se van a ejecutar las actividades de la presente contratación.
- Que conocemos las leyes de la República de Colombia que rigen la presente Mínima Cuantía.
- Que la presente oferta no tiene información reservada (*)
- Que autorizo expresamente al Municipio para verificar toda la información incluida en la propuesta.
- Que autorizo expresamente al Municipio a establecer comunicación en el proceso mediante el uso de los medios electrónicos a los que se refiere la ley 1437 de 2011, y que para tal fin informo: _____.
- Que el tiempo de ejecución para la ejecución de las actividades será de _____

Proponente: _____ Nit: _____
Correo electrónico: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Fax: _____
Nombre Representante legal del proponente: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Documento de identificación: _____
Firma del Representante legal: _____

ANEXO No 2
ESPECIFICACIONES TECNICAS

El proponente debe garantizar la prestación del servicio servicios con las siguientes especificaciones técnicas:

FICHA TÉCNICA
ADQUISICIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA PARA EL ALCALDE CONCEJALES Y PERSONERO DEL MUNICIPIO DE PUERTO COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO VIGENCIA 2026

2.1 INFORMACION ASEGURADOS
2.1.1-UN ALCALDE
2.1.2-UN PERSONERO
2.1.3-TRECE CONCEJALES

2.2. AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS DE LA POLIZA

La póliza debe cubrir desde el inicio de vigencia el amparo básico de fallecimiento por cualquier causa incluido homicidio, suicidio, Además de las siguientes: auxilio funerario, incapacidad total y permanente, desmembración e inhabilitación accidental, enfermedades graves al 60%, renta diaria por hospitalización y gastos por accidentes. Sé deberá expedir póliza sin diligenciamiento de declaración de asegurabilidad.

COBERTURA	VALOR ASEGURADO
BASICO	$ 199.283.760
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	$ 199.283.760
ENFERMEDADES GRAVES	$ 114.170.256
MUERTE ACCIDENTAL	$ 199.283.760
AUXILIO FUNERARIO	$ 5.000.000
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION	$ 2.250.000
GASTOS MEDICOS	$ 5.000.000
DESMEMBRACION	$ 199.283.760

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

AMPARO	**MINIMA DE INGRESO**	**MAXIMA DE INGRESO**	**MAXIMA DE PERMANENCIA**
BÁSICO (MUERTE)	18 Años	70 Años mas 364 días	INDEFINIDA mas 364 días
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	18 Años	64 Años mas 364 días	65 Años mas 364 días
INDEMNIZACION ADICIONAL	18 Años	64 Años mas364 días	65 Años mas 364 días
BENEFICIOS POR DESMEMBRACION	18 Años	64 Años mas364 días	65 Años mas 364 días
ENFERMEDADES GRAVES	18 Años	59 Años mas 364 días	65 Años mas 364 días
RENTA DIARIA POR ACCCIDENTE	18 Años	64 Años mas 364 días	65 Años mas 364 días
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	18 Años	59 Años mas 364 días	65 Años mas 364 días
AUXILIO FUNERARIO	18 Años	70 Años mas364 días	INDEFINIDA

También podrá hacerse de acuerdo con las condiciones de la compañía seleccionada.

BÁSICO DE VIDA – MUERTE
Amparar contra el riesgo de muerte a cada uno de los miembros del grupo asegurado, incluye homicidio y suicidio desde el primer día de vigencia del seguro.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:
Cubre la Incapacidad Total y Permanente que al ser calificada de acuerdo con lo estipulado por la ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios, sea igual o superior al 50%, siempre y cuando el evento generador dentro de la vigencia de la Póliza.
La cobertura y por consiguiente la responsabilidad de la Compañía se va a establecer con base en la fecha de estructuración de la incapacidad, es decir que se amparan las incapacidades totales y permanentes cuyo evento generador y fecha de estructuración se haya dado a partir del inicio de vigencia del seguro., igual que la fecha de estructuración. No tendrá cobertura incapacidades causadas intencionalmente por el asegurado.
Una vez afectado este amparo cesara la responsabilidad de la compañía.

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL
Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por la presente póliza, el Asegurado fallece de forma accidental, la Compañía pagará la suma asegurada establecida para este amparo, siempre y cuando el fallecimiento ocurra dentro de los (365) trescientos sesenta y cinco días siguientes a la fecha del accidente.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE
Para los efectos de esta póliza se entenderá por accidente el suceso imprevisto, repentino, violento de origen externo que, en forma directa y exclusiva, produzca la muerte, lesiones corporales o alteraciones funcionales permanentes, que no hayan sido provocadas deliberadamente por el asegurado, o con su culpa grave y que ser establecidas por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, siempre que no estén expresamente relacionadas como exclusiones en el contenido de las condiciones generales y particulares de la póliza.

BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN
Cubre la pérdida funcional o anatómica que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente amparado por la póliza, siempre y cuando esta ocurra dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente, Los Beneficios por Desmembración se indemnizarán de acuerdo con el porcentaje de pérdida según la tabla de indemnizaciones que se menciona a continuación:

TABLA DE INDEMNIZACIONES

CLASE DE PERDIDA % INDEMNIZACION

Ceguera completa en ambos ojos 100%
Pérdida Total e Irreparable de ambas manos o ambos pies 100% Sordera Total Bilateral 100%
Perdida del Habla 100%
Perdida del brazo o de la mano derecha 60% Perdida Completa de la visión de un ojo 50% Sordera Total unilateral 50%
Perdida del Brazo o de la mano izquierda 50% Perdida de una pierna por encima de la rodilla 50% Perdida de un pie 40%
Perdida completa del uso de la cadera 40% Perdida del dedo pulgar derecho 25%
Pérdida total de tres dedos de la mano derecha o el Pulgar y otro dedo que no sea el índice 20%
Perdida del dedo pulgar izquierdo 20%
Pérdida Total de tres dedos de la mano izquierda o el pulgar y otro dedo que no sea el índice 20%
Perdida completa del uso de la muñeca o del codo derecho 20% Perdida completa del uso de alguna Rodilla 20%
Fractura no consolidada de una rodilla 20% Perdida del dedo índice derecho 15%

Perdida completa del uso de la muñeca del codo izquierdo 15% Perdida completa del uso del tobillo 15%
Perdida del dedo índice izquierdo 12% Perdida del dedo anular derecho 10% Perdida del dedo medio derecho 10% Perdida del dedo anular izquierdo 8% Perdida del dedo medio izquierdo 8%
Perdida del dedo gordo en alguno de los pies 8% Perdida del dedo meñique Derecho 7%
Perdida del dedo meñique Izquierdo 5%
Las pérdidas no enunciadas en la tabla anterior, aunque sean de menor impacto, serán indemnizadas en relación con su gravedad, comparándolas con las aquí indicadas.

ENFERMEDADES GRAVES COMO ANTICIPO AL 60%

Se pagará al asegurado el valor contratado en caso de que durante la vigencia de este amparo le sea diagnosticada por primera vez y durante la vigencia de la póliza cualquiera de las siguientes enfermedades.
Cáncer (incluye: leucemia, linfomas, enfermedad de Hodgkin, melanoma maligno)
Infarto al miocardio
Insuficiencia renal crónica Accidente Cerebro Vascular
Afección de arteria coronaria que exija cirugía
Trasplante de Órganos Vitales (corazón, pulmón, hígado, riñón, medula ósea y páncreas)
Enfermedad de Alzheimer
Quemaduras Graves o gran quemado
Anemia Aplásica
Esclerosis Múltiple
Trauma mayor de la cabeza
Enfermedad de Parkinson
Estado de coma

Nombre del Representante Legal: C.C. N° de FIRMA:
NOMBRE DE QUIEN FIRMA:

ANEXO 3 OFRECIMIENTO ECONOMICO

ITEM	DESCRIPCION	VALOR
1	PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA PARA EL ALCALDE CONCEJALES Y PERSONERO DEL MUNICIPIO DE PUERTO COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO	

Dentro del precio establecido en la presente propuesta están comprendidos todos los costos directos e indirectos necesarios para la ejecución del contrato, entre otros, gastos salariales y prestacionales, aportes a seguridad social y parafiscales, gastos administrativos, impuestos, tasas, contribuciones, imprevistos, utilidades, etc.

Dirección: _____
Teléfono(s): __ _____ Fax :_____
Correo Electrónico: _____
Atentamente,

Nombre o Razón Social del Proponente:
Nit:
Nombre del Representante Legal:
C.C. N°_____ de _____

FIRMA:
NOMBRE DE QUIEN FIRMA:

ANEXO No 4
MODELO DE LA CARTA DE INFORMACIÓN DE CONSORCIO.

Señores
(SECRETARÍA)
(Dirección)

REFERENCIA: (NUMÉRO DEL PROCESO)
OBJETO:

Los suscritos, _____ (*nombre del Representante Legal*) y _____(*nombre del Representante Legal*), debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de (*nombre o razón social del integrante*) y (*nombre o razón social del integrante*), respectivamente, manifestamos por este documento, que hemos convenido asociarnos en Consorcio, para participar en el **PROCESO DE SELECCIÓN DE MINIMA CUANTÍA N°** _____ cuyo objeto es _____(objeto), y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. La duración de este Consorcio será igual al término de la ejecución y liquidación del contrato y un año más.

2. El Consorcio está integrado por:

NOMBRE	PARTICIPACIÓN (%)(1)

(1) El total de la columna, es decir la suma de los porcentajes de participación de los integrantes, debe ser igual al 100%.

3. El Consorcio se denomina CONSORCIO_____

4. La responsabilidad de los integrantes del Consorcio es solidaria.

5. El representante del Consorcio es (nombre representante), identificado con C. C. No._____ de _____, quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación del contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.

6. La sede del Consorcio es:

Dirección de correo_____
Dirección electrónica _____
Teléfono_____
Telefax _____
Ciudad _____
En constancia, se firma en _____, a los ___ días del mes de _____de 201__.

(*Nombre y firma del Representante Legal de cada uno de los integrantes*)

(*Nombre y firma del Representante del Consorcio*)

ANEXO No 5
MODELO DE LA CARTA DE INFORMACIÓN DE UNIÓN TEMPORAL.

Señores
(SECRETARÍA)
(Dirección)

REFERENCIA: (número del proceso)
OBJETO:

Los suscritos, _____ (*nombre del Representante Legal*) y _____(*nombre del Representante Legal*), debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de (*nombre o razón social del integrante*) y (*nombre o razón social del integrante*), respectivamente, manifestamos por este documento, que hemos convenido asociarnos en Consorcio, para participar en el **PROCESO DE SELECCIÓN DE MINIMA CUANTÍA N°** _____ cuyo objeto es _____(objeto), y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. La duración de la Unión Temporal será igual al término de ejecución y liquidación del contrato y un año más.

2. La Unión Temporal está integrada por:

NOMBRE	TÉRMINOS Y EXTENSIÓN DE LA PARTICIPACION EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO(1)	COMPROMISO (%)2	ITEM

(1) Discriminar en función de los ítems establecidos en el presupuesto oficial, para cada uno de los integrantes. (2) El total de la columna, es decir la suma de los porcentajes de compromiso de los integrantes, debe ser igual al 100%.

3. La Unión Temporal se denomina UNIÓN TEMPORAL _____.

4. La responsabilidad de los integrantes de la Unión Temporal es hasta el monto de su porcentaje de participación.

5. El representante de la Unión Temporal es _____ (*indicar el nombre*), identificado con la cédula de ciudadanía No. _____, de _____, quien está expresamente facultado para firmar y presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación del contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.

6. La sede 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 201__.

(*Nombre y firma del Representante Legal de cada uno de los integrantes*)

(*Nombre y firma del Representante de la Unión Temporal*)

ANEXO No 6
EXPERIENCIA HABILITANTE DEL PROPONENTE

N° DE ORDEN	RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE	CONTRATO		FORMA DE EJECUCIÓN		PLAZO DE EJECUCIÓN (MESES) (1)	FECHA CONTRACTUAL DE			VALOR DEL CONTRATO (1)	VALOR DEL CONTRATO TOTAL EN SMMLV
		NÚMERO	OBJETO	I, C, UT	%		INICIO (DD-MMAA)	SUSPENSIÓN (DDMM-AA)	TERMINACIÓN (DDMM-AA)		
EXPERIENCIA											

La información incluida en este formulario es de responsabilidad del proponente.
Nota no. 1: para cada contrato se debe indicar la razón social del contratante, el número y objeto y si se ha ejecutado en forma individual (i), en consorcio (c) o en unión temporal (ut) y el porcentaje de participación del integrante.
Nota no. 2: en el caso de contratos suscritos en consorcio o unión Temporal indicar únicamente el valor que corresponde según la participación.
Nota no. 3: el valor consignado debe expresarse en pesos colombianos.
Nota no. 4: para el caso de los contratos adjudicados o suscritos que aún no tienen orden de iniciación diligenciar solo la información referente al número de la orden, el número y el objeto contrato.
Nota no.5: la columna correspondiente a la suspensión solo se debe diligenciar, cuando el contrato se haya suspendido.
Nota no 6: los valores en SMMLV consignados en la última columna deben corresponder al año de facturación del contrato.

Razón social del proponente o del integrante del consorcio o
Unión temporal: _____

FIRMA _____

ANEXO No 7
COMPROMISO ANTICORRUPCION

Lugar y fecha
Señores
[Nombre de la Entidad Estatal]
Proceso de Contratación [Insertar información]

[Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente], identificado como aparece al pie de mi firma, [obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [nombre del Proponente], manifiesto que:

Apoyamos la acción del Estado colombiano y de [Nombre de la Entidad Estatal] para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.

No estamos en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación [Insertar información].

Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación [Insertar información].

Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación [Insertar información] nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.
En constancia de lo anterior firmo este documento a los [Insertar información] días del mes de [Insertar información] de [Insertar información].
Nombre:
Cargo:
Documento de Identidad:
Firma: