ANEXO 1.

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

EL DOVIO Valle,_____ de 2026.

Señores:

MUNICIPIO DE EL DOVIO VALLE

Ciudad

Referencia: Carta de presentación de la oferta. Invitación Pública No. **MED-ESAL 002 DE 2026**

Atendiendo la invitación pública del Municipio de El Dovio, publicada en SECOP II, cuyo objeto es: "AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, OPERATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE EL MUNICIPIO DE EL DOVIO – VALLE DEL CAUCA Y UNA ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO DE RECONOCIDA IDONEIDAD, PARA EL DESARROLLO CONJUNTO DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR BENEFICIARIA DEL CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL EMMA GRAJALES CARDONA, DURANTE LA VIGENCIA 2026."

El suscrito _____, mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, actuando en calidad de representante legal de la Entidad Sin Ánimo de Lucro _____, NIT _____, somete a consideración del Municipio de El Dovio la presente propuesta para el proceso MED-ESAL 002 DE 2026.
En caso de resultar seleccionada la ESAL que represento, me comprometo a suscribir y ejecutar el convenio de asociación en los términos de la invitación pública, los estudios previos, los anexos y la propuesta presentada.

CONDICIONES TÉCNICAS Y APORTES DEL CONVENIO.

APORTE PÚBLICO DEL MUNICIPIO: $35.700.000

APORTE ADICIONAL OFRECIDO POR LA ESAL: $_____ (discriminar en el Anexo 2)

En igual sentido:

1. Que esta oferta y el convenio que llegare a celebrarse solo compromete a los aquí firmantes.

2. Que ninguna entidad o persona distinta de los firmantes tienen interés comercial en esta oferta ni en el convenio que de ella se derive.

3. Que conocemos la información general y especial y demás documentos de la invitación publica y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.

4. Que nos comprometemos a cumplir los plazos del convenio, de conformidad con lo solicitado en la invitación pública.

5. Que, si somos seleccionados, nos comprometemos a suscribir el convenio y a realizar todos los trámites necesarios para su perfeccionamiento y legalización en los plazos señalados en el mismo.

6. Que no nos hallamos incursos en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Ley y

la Constitución Política y no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.

7. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de responsables Fiscales (artículo 60 de la Ley 610 de 2000).

Atentamente,Nombre o Razón Social del oferente:_____

Nombre del Representante Legal:_____

Nit: _____

Dirección Ciudad:_____

Teléfono Fax: _____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL_____

ANEXO N° 02

PROPUESTA

ECONÓMICA.

En mi condición de proponente manifiesto que la propuesta económica es por el valor que a continuación enuncio:

OBJETO: "AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, OPERATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE EL MUNICIPIO DE EL DOVIO – VALLE DEL CAUCA Y UNA ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO DE RECONOCIDA IDONEIDAD, PARA EL DESARROLLO CONJUNTO DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR BENEFICIARIA DEL CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL EMMA GRAJALES CARDONA, DURANTE LA VIGENCIA 2026."

APORTE ADICIONAL OFRECIDO POR LA ESAL: $_____ (discriminar en el Anexo 2)
DISCRIMINACIÓN DEL APORTE OFRECIDO POR LA ESAL (diligenciar una fila por cada concepto; solo se tendrán en cuenta aportes directamente relacionados con el objeto, reales, verificables y soportados, que no correspondan a requisitos habilitantes ni a actividades financiadas con el aporte público):

ITEM	ACTIVIDADES (CONCEPTO DEL APORTE)	NATURALEZA (DINERO / ESPECIE)	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	SOPORTE DE VALORACIÓN
1					$	$	
2					$	$	
3					$	$	
4					$	$	
5					$	$	
	TOTAL APORTE EN DINERO					$	
	TOTAL APORTE EN ESPECIE					$	
	TOTAL APORTE OFRECIDO					$	

VALOR TOTAL DEL APORTE ADICIONAL OFRECIDO POR LA ESAL.

VALOR EN LETRAS:

VALOR EN NÚMEROS: $

NOMBRE DEL OFERENTE:_____

NIT:_____

Nombre y firma autógrafa del representante legal: _____

Teléfono: _____

ANEXO N°3
FORMATO DE CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES DESEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Lugar y Fecha.

Señores:

MUNICIPIO DE EL DOVIO VALLE.

Asunto: Invitación Pública No. MED-ESAL 002 DE 2026

Yo,_____, Ciudadano Colombiano, mayor de edad identificado con Cédula de Ciudadanía Número_____,expedida en_____ _____ en calidad de_____, por medio de este documento, me permito CERTIFICAR, que he cumplido con las obligaciones derivadas de afiliación y pago con los Sistemas de Seguridad Social.

Por lo anterior, de manera expresa por este escrito ACREDITO el pago de los aportes a que estoy obligado según el SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DE COLOMBIA.

Adicionalmente declaro que me encuentra al día con los aportes parafiscales correspondientes a todos los empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que me encuentro a PAZ Y SALVO, con las obligaciones a la Caja de Compensación Famili ar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA.

En constancia se firma en __, a los _____ (_) días del mes de___del año dos mil veintiséis (2026).

Atentamente,

Firma del Proponente: [firma del proponente]

Nombre del Proponente: [indicar nombre completo del proponente]

Número de Cédula: [indicar el número de cédula y el lugar de expedición]

[Si la propuesta se presenta en asociación, unión temporal o consorcio, se deberá diligenciar un formato por cada uno de los miembros, ya sea persona natural y/o jurídica que integra asociación, Unión Temporal o Consorcio]

Nota: La presente certificación deberá ser suscrita por el representante legal o por el revisor fiscal cuando la ESAL esté obligada a tenerlo, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y las normas aplicables. Si la entidad tiene menos de seis (6) meses de constituida, certificará el cumplimiento desde la fecha de su constitución.

ANEXO N°4

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El(los) suscrito(s) a saber: (Nombre de la persona natural, nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante del Consorcio o Unión Temporal proponente) domiciliado en (Domicilio de la persona firmante), identificado con (Documento de Identificación de la persona firmante y lugar de expedición), quien obra en calidad de (Representante legal de la Sociedad, del Consorcio, de la Unión Temporal, o de la Asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha Sociedad, Consorcio, Unión Temporal, o Asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la Cámara de Comercio del domicilio de la persona jurídic a), que en adelante se denominará **EL PROPONENTE**, manifiesta(n) 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 sus decretos reglamentarios, de las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 numeral 7o. y 52 de la citada ley, así como los efectos legales consagrados en el Art. 44 numeral 1o. de la misma norma y, **DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO** que se entiende prestado con la firma del presente documento, que:

"Que no me encuentro incurso en causal alguna de inhabilidad o incompatibilidad de las establecidas en la Constitución y la l ey.

Que la persona jurídica que represento legalmente, ni sus socios, se encuentran incursos en causal alguna de inhabilidad o incompatibilidad de las establecidas en la Constitución y la ley, ni en causal de disolución, o liquidación, concordato, quie bra, cesación de pagos, concurso de acreedores o embargo. (Sólo para personas jurídicas).

(Cuando el proponente sea un consorcio o una unión temporal, el representante debe manifestar que las personas naturales y/o jurídicas que lo conforman, ni los socios de las personas jurídicas que lo conforman, se encuentran incursos en causal alguna de inhabilidad o incompatibilidad de las establecidas en la Constitución y la ley).

Así mismo, reconozco que es mi responsabilidad informar de cualquier cambio en la información contenida en esta declaración o en el formulario.

Dado en la ciudad de _, a los _ ( ) del mes_ de dos mil veintiséis (2026).

_____

Nombre y firma autógrafa del PROPONENTE

(Persona natural, Representante Legal, Representante Consorcio o Unión Temporal).

ANEXO N° 5 A

DECLARACIÓN SOBRE MULTAS Y

SANCIONES.PERSONA NATURAL.

(Lugar y fecha)

Señores:

MUNICIPIO DE EL DOVIO VALLE

Palacio Municipal en la

PROCESO DE SELECCIÓN: MED-ESAL 002 DE 2026

PROCESO DE SELECCIÓN:
MED-ESAL 002 DE 2026 OBJETO:

AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, OPERATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE EL MUNICIPIO DE EL DOVIO – VALLE DEL CAUCA Y UNA ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO DE RECONOCIDA IDONEIDAD, PARA EL DESARROLLO CONJUNTO DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR BENEFICIARIA DEL CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL EMMA GRAJALES CARDONA, DURANTE LA VIGENCIA 2026.

Yo……., identificado con Cedula de Ciudadanía N°…… , bajo la gravedad de juramento
certifico que en los últimos cinco (05) años SI …. NO… , he sido objeto de multas o sanciones por incumplimiento de mis obli gaciones
contractuales frente a entidades públicas o privadas

(En caso de multas o sanciones, deberá relacionar el monto de la multa o de la sanción, número de sanciones y el nombre de la entidad que le impuso la multa o sanción

_____

Nombre y firma autógrafa del PROPONENTE

(Persona natura, Representante Legal, Representante Consorcio o Unión Temporal)

ANEXO N° 5B

DECLARACIÓN SOBRE MULTAS Y

SANCIONES.PERSONA JURÍDICA.

(Lugar y fecha)

Señores:

MUNICIPIO DE EL DOVIO VALLE

Palacio Municipal en la

PROCESO DE SELECCIÓN: MED-ESAL 002 DE 2026

PROCESO DE SELECCIÓN:
MED-ESAL 002 DE 2026 OBJETO:

AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, OPERATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE EL MUNICIPIO DE EL DOVIO – VALLE DEL CAUCA Y UNA ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO DE RECONOCIDA IDONEIDAD, PARA EL DESARROLLO CONJUNTO DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR BENEFICIARIA DEL CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL EMMA GRAJALES CARDONA, DURANTE LA VIGENCIA 2026.

Yo.....,identificado con Cedula de Ciudadanía N°……, en mi condición de ……,
según consta en el Certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de bajo la gravedad
de juramento certifico que en los últimos cinco (05) años SI …. NO… , he sido objeto de multas o sanciones por incumplimiento de
mis obligaciones contractuales frente a entidades públicas o privadas.

(En caso de multas o sanciones, deberá relacionar el monto de la multa o de la sanción, número de sanciones y el nombre de la entidad que le impuso la multa o sanción

_____

Nombre y firma autógrafa del PROPONENTE

(Persona natural, Representante Legal, Representante Consorcio o Unión Temporal)

ANEXO 9

CERTIFICACIÓN DE AUSENCIA DE LIMITACIONES PARA CONTRATAR CON EL ESTADO

El suscrito actuando como (persona natural; Representante Legal de la sociedad....; representante del Consorcio ..... o Unión Temporal ....., integrado por……; o como apoderado de … .....según poder debidamente conferido y que adjunto a la presente), de acuerdo con las condiciones que se establecen en los documentos del presente proceso de selección, cordialmente me permito **DECLARAR**, que no me encuentro **(persona natural)** o que la empresa que represento y su representante legal (**persona jurídica),** no estoy o estamos incursos en inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones para contratar con el Estado, para lo cual la Entidad Estatal puede consultar los sistemas de información de la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República.

Se firma en _ a los días del mes de del año dos mil veintiséis (2026)..

<<Espacio para firma

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPONENTE O PROPONENTE

C.C. No……de……..

RELACION DE

EXPERIENCIA

Objeto del contrato	Nombre del cliente / Contratante	Nombre de lcontratista (oferente o miembro deloferente)	¿El contratista esun proponente plural?	Porcentaje de participación	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Monto contratado (incluido adiciones)

Equipo de trabajo

1	Coordinador(a) administrativo u operativo	1	**EXPERIENCIA** **Experiencia relacionada con coordinación de servicios de atención a adulto mayor.**	Cédula, hoja de vida, soportes de formación y experiencia.
2	Auxiliar de enfermería	2	Experiencia relacionada con atención y cuidado del adulto mayor.	Cédula, hoja de vida, diploma/acta, tarjeta o registro cuando aplique y soportes de experiencia. • • • • •
3	Manipulador(a) de alimentos	1	Certificación vigente de manipulación de alimentos y experiencia relacionada.	Cédula, hoja de vida, certificado de manipulación de alimentos y soportes de experiencia.
4	Servicios generales / aseo y apoyo operativo	1	Experiencia en aseo, limpieza y apoyo operativo.	Cédula, hoja de vida y soportes de experiencia.
5	Cuidador(a)	2	Experiencia en cuidado y acompañamiento de personas adultas mayores o población vulnerable.	Cédula, hoja de vida y soportes de experiencia.

Atentamente,

<<Espacio para firma

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPONENTE

C.C. No……de……..