ANEXO No. 1

FORMATO No. 1 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad y fecha,

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA: SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTIA
PROCESO: AD-SA-26-18
OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

[xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente], identificado como aparece al pie de mi firma, [xxxxxxxxxxx obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [xxxxxxxxxxxxxxx nombre del Proponente], presento Oferta para el Proceso de Contratación de la referencia y hago las siguientes manifestaciones:

1. Que conozco y acepto todos los Documentos del Proceso, tuve la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los mismos, y recibí del Departamento de Santander respuesta oportuna a cada una de las solicitudes.
2. Que de conformidad con los documentos de esta contratación, me comprometo a ejecutar el siguiente objeto: XXXXXXXXX.
3. Que estoy autorizado para suscribir y presentar la Oferta en nombre del xxxxxProponente y estoy autorizado para suscribir el contrato si el Proponente resulta adjudicatario del Proceso de Contratación de la referencia.
4. Que la Oferta que presento cumple con la totalidad de los requisitos del estudio previo que hace parte de este proceso..
5. Que la oferta económica y la oferta técnica están adjuntas a la presente comunicación y han sido elaboradas de acuerdo con los Documentos del Proceso y hacen parte integral de la Oferta.
6. Que los documentos que presento con la Oferta son ciertos y han sido expedidos por personas autorizadas para el efecto.
7. Que la oferta económica adjunta fue elaborada teniendo en cuenta todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones que se causen con ocasión de la presentación de la Oferta, suscripción y ejecución del contrato y que en consecuencia, de resultar adjudicatario no presentaré reclamos con ocasión del pago de tales gastos.
8. Que en caso de resultar adjudicatario, suscribiré el contrato en la fecha prevista para el efecto en el Cronograma contenido en los Documentos del Proceso, y ejecutaré el contrato en el plazo establecido por la Entidad para ello.
9. Que en caso de resultar adjudicatario, me obligo a presentar la garantía de cumplimiento prevista en los Documentos del Proceso en la fecha prevista para el efecto en el Cronograma allí contenido.
10. Que en caso de resultar adjudicatario me comprometo a que a la terminación de la vigencia del Contrato, el servicio cumplirá con la totalidad del alcance y los requerimientos del estudio previo, documento que forma parte de este proceso.
11. Manifiesto que el Proponente (xxxxxxx) está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral y demás aportes relacionados con las obligaciones laborales.
12. Adjunto la garantía de seriedad de la Oferta la cual cumple con lo establecido en los Documentos del Proceso.
13. Manifiesto bajo gravedad de juramento, que no me encuentro (ni la firma que represento) incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad o prohibiciones previstas en la Constitución Política o en la Ley, especialmente en el artículo 8º. de la Ley 80 de 1993, Ley 190 de 1995, Ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes, que impidan la participación del proponente en el presente proceso contractual y en la celebración y ejecución del respectivo contrato.

Recibiré notificaciones en la siguiente dirección en:

Persona de contacto:	(xxxxxxxxxxx nombre)
C.C. número:	xxxxxxxxxxxxx
Dirección:	(xxxxxxxxxxx)
Ciudad:	(xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)
Teléfono:	(xxxxxxxxxx)
Celular:	(xxxxxxxxxxxx)
Telefax:	(xxxxxxxxxx)
e-mail:	(xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)

Firma proponente (representante legal – persona natural)
Nombre: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Matricula profesional No. xxxxxxxxxxxxxxx

FORMATO 2 - CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES - (PERSONAS NATURALES)

Ciudad y fecha

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA: SELECCION ABREVIADA - MENOR CUANTIA
PROCESO: AD-SA-26-18
OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

Yo XXXXXXXXXXXXX, identificado (a) con C.C. No. XXXXXXXXXXXX de XXXXXXX, de acuerdo con lo señalado en el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, que he efectuado el pago por concepto de mis aportes y el de mis empleados a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección.
[En caso que el proponente no tenga personal a cargo y por ende no esté obligado a efectuar el pago de aportes parafiscales y seguridad social, debe también bajo la gravedad de juramento indicar esta circunstancia en el presente anexo.]

NOTA 1: Para el caso de las modalidades de asociación, este deberá ser presentado por cada integrante.

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.

NOTA 3: En caso de presentar acuerdo de pago con alguna de las entidades anteriormente mencionadas, se deberá precisar el valor y el plazo previsto para el acuerdo de pago, con indicación del cumplimiento de esta obligación.

Presentado para ser válida dentro del proceso de selección No. _____
Dada en _____ a los ( )_____ del mes de _____ de _____

FIRMA :XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
NOMBRE DE QUIEN DECLARA : XXXXXXXXXXXXXXXX

FORMATO 3 - CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES - (PERSONAS JURÍDICAS)

Ciudad y fecha

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA: SELECCION ABREVIADA - MENOR CUANTIA
PROCESO: AD-SA-26-18
OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL 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 el caso de las modalidades de asociación, este deberá ser presentado por cada integrante.

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.

NOTA 3: En caso de presentar acuerdo de pago con alguna de las entidades anteriormente mencionadas, se deberá precisar el valor y el plazo previsto para el acuerdo de pago, con indicación del cumplimiento de esta obligación.
Presentado para ser válida dentro del proceso de selección No. _____

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

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

FORMATO 4 - DOCUMENTO DE CONSTITUCION - UNIÓN TEMPORAL

Ciudad y fecha

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA: SELECCION ABREVIADA - MENOR CUANTIA
PROCESO: AD-SA-26-18
OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

Entre los suscritos a saber: _____, mayor de edad, residente en _____(dirección) de la ciudad de _____, 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 o de la persona natural, según el caso.), legalmente constituida, con domicilio principal en_____, con NIT No_____, y debidamente facultado por la Junta de Socios y/o estatutos sociales, y _____, mayor de edad, residente en _____(dirección) de la ciudad de _____, 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 o de la persona natural, según el caso.) _____, legalmente constituida, con domicilio principal en_____, con NIT No. _____; manifestamos que mediante el presente documento hemos acordado integrar UNION TEMPORAL cuya integración, conformación y reglamentación se regirá por las siguientes cláusulas:
PRIMERA: OBJETO El objeto del presente documento es la integración de UNION TEMPORAL entre, _____ y _____, con el propósito de **complementar o reunir** los requisitos de participación, habilitantes y de evaluación exigidos, de las partes que constituyen la presente UNION TEMPORAL, para la preparación y 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 respectivo 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 UNION TEMPORAL se denominará _____. **CUARTA - DOMICILIO**: El domicilio del UNION TEMPORAL será: (dirección _____ de la ciudad de _____
QUINTA - REPRESENTANTE UNION TEMPORAL: Se designa como Representante del presente UNION TEMPORAL a _____, 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 UNION TEMPORAL.
SEXTA - DURACIÓN.- La duración del presente UNION TEMPORAL en caso de salir favorecido con la adjudicación será igual al tiempo comprendido entre el momento del acuerdo de modalidad de selección como exigencia de actuación legal en la etapa precontractual, la contractual y la liquidación del contrato y un (1) año más. En todo caso UNION TEMPORAL durará todo el término necesario para atender las garantías prestadas. **SÉPTIMA - PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN**. Los miembros del UNION TEMPORAL tienen la siguiente participación: _____ % _____ % _____ % _____que corresponde a las obligaciones contenidas en el formulario de la propuesta a saber:

No	INTEGRANTE	ITEMS o ACTIVIDADES A EJECUTAR POR CADA INTEGRANTE	PORCENTAJE DE LAS ACTIVIDADES RESPECTO DEL TOTAL
1	COLOCAR NOMBRE INTEGRANTE 1		

2	COLOCAR NOMBRE INTEGRANTE 2		
….	COLOCAR NOMBRE INTEGRANTE 3		

OCTAVA - CESIÓN.- Debe tenerse en cuenta que no podrá haber cesión de la participación de los integrantes de la modalidad de asociación 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 integrantes frente al DEPARTAMENTO DE SANTANDER, Aspectos Financieros, Arbitramento, Reglas básicas que regulen las relaciones entre los integrantes, 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:

FIRMA REPRESENTANTE DE LA UT _____
NOMBRE _____
CC.: _____
Dirección: (xxxxxxxxxxxx)
Ciudad: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)
Teléfono: (xxxxxxxxxxx)
Celular: (xxxxxxxxxxxxx)
Telefax: (xxxxxxxxxxx)
e-mail: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)

Firma Integrante 1 de la UT:_____
Nombre Integrante 1_____
NIT o C.C. _____
C.C. número: xxxxxxxxxxxxxx
Dirección: (xxxxxxxxxxxx)
Ciudad: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)
Teléfono: (xxxxxxxxxxx)
Celular: (xxxxxxxxxxxxx)
e-mail: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)

Firma Integrante 2 de la UT:_____
Nombre Integrante 2_____
NIT o C.C. _____
C.C. número: xxxxxxxxxxxxxx
Dirección: (xxxxxxxxxxxx)
Ciudad: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)
Teléfono: (xxxxxxxxxxx)
Celular: (xxxxxxxxxxxxx)
e-mail: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)

FORMATO 5 – DOCUMENTO DE CONSTITUCION – CONSORCIO

Ciudad y fecha

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA: SELECCION ABREVIADA - MENOR CUANTIA
PROCESO: AD-SA-26-18
OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

Entre los suscritos a saber: xxxxxxxxxxxxxxxxxx, mayor de edad, (dirección) de la ciudad de _____, 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 o de la persona natural, según el caso.), legalmente constituida, con domicilio principal en_____, con NIT No_____, debidamente facultado por la Junta de Socios o estatutos sociales, y xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, mayor de edad, (dirección) de la ciudad de _____, 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 o de la persona natural, según el caso.) _____, legalmente constituida, con domicilio principal en_____, con NIT No. _____ debidamente facultado por los estatutos sociales o Junta de socios, 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 y reunir** los requisitos de participación, habilitantes y de evaluación exigidos, de las partes que constituyen el presente CONSORCIO, para la preparación y 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 xxxxxx) de la ciudad de _____.

QUINTA - REPRESENTANTE DEL CONSORCIO: Se designa como Representante del presente CONSORCIO a _____, 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.

SEXTA - DURACIÓN.- La duración del presente UNION TEMPORAL en caso de salir favorecido con la adjudicación será igual al tiempo comprendido entre el momento del acuerdo de modalidad de selección como exigencia de actuación legal en la etapa precontractual, la contractual y la liquidación del contrato y un (1) año más. En todo caso la modalidad de asociación durará todo el término necesario para atender las garantías prestadas.

SÉPTIMA - 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:

FIRMA REPRESENTANTE DEL CONSORCIO _____
NOMBRE _____
CC.: _____
Dirección: (xxxxxxxxxxxx)
Ciudad: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)
Teléfono: (xxxxxxxxxxx)
Celular: (xxxxxxxxxxxxx)
Telefax: (xxxxxxxxxxx)
e-mail: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)

Firma Integrante 1 del Consorcio:_____
Nombre Integrante 1_____
NIT o C.C. _____
C.C. número: xxxxxxxxxxxxxx
Dirección: (xxxxxxxxxxxx)
Ciudad: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)
Teléfono: (xxxxxxxxxxx)
Celular: (xxxxxxxxxxxxx)
e-mail: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)

Firma Integrante 2 del consorcio:_____
Nombre Integrante 2_____
NIT o C.C. _____
C.C. número: xxxxxxxxxxxxxx
Dirección: (xxxxxxxxxxxx)
Ciudad: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)
Teléfono: (xxxxxxxxxxx)
Celular: (xxxxxxxxxxxxx)
e-mail: (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)

FORMATO 6 - COMPROMISO DE TRANSPARENCIA

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA: SELECCION ABREVIADA - MENOR CUANTIA
PROCESO: AD-SA-26-18
OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

Los suscritos: ....., identificado con cédula de ciudadanía No..... de....., domiciliado en....., actuando en mi propio nombre (o en representación de.....) que en adelante se denominará el PROPONENTE, y los funcionarios abajo firmantes, debidamente identificados, que en adelante se denominaran LA ENTIDAD, manifestamos la voluntad de asumir el presente COMPROMISO DE TRANSPARENCIA teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1.) Que el DEPARTAMENTO DE SANTANDER, adelanta un proceso contractual que tiene el siguiente objeto: **XXXX

TERCERO: Proponente. 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: Proponente. Me comprometo a cumplir todas las obligaciones, cargas y los términos en general, previstos en el Pliego de Condiciones de la referencia y en el contrato.
QUINTO: Proponente -Entidad. Nos comprometemos a desarrollar todas nuestras actividades en el marco de principios éticos y a asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con el presente contrato.
SEXTO: Entidad. Me comprometo a guardar cautela y reserva absoluta en lo que corresponde a la información y trámite del proceso, incluido el periodo de ejecución.
SEPTIMO: Entidad. Me comprometo a ser objetivo, y a tratar con igualdad a todos los proponentes.
OCTAVO: Entidad. Me comprometo a responder y a publicar las respuestas a las observaciones realizadas por todos los participantes.
NOVENO: Entidad. Me comprometo a rechazar y a denunciar cualquier dádiva u ofrecimiento hecho directa o indirectamente por algún participante o persona interesada en el proceso contractual.

En constancia de lo anterior y como manifestación de aceptación de nuestros compromisos y declaraciones incorporadas en el presente documento, se suscribe en la ciudad de _____ el día_____ del mes de_____ de 2026.

EL PROPONENTE,

_____
Firma
Nombre
C.C No.

FORMATO 7 - COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Ciudad y fecha

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA: SELECCION ABREVIADA - MENOR CUANTIA
PROCESO: AD-SA-26-18
OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

[xxxxxxxxxxxxxxxx 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:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y del Departamento de Santander para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.

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

3. 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.

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

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

6. 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.

7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción. En constancia de lo anterior firmo este documento a los xxxxxxx días del mes de xxxxxxxxxxxxxx de xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

_____

[Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural]
Nombre: [Insertar información]
Cargo: [Insertar información]
Documento de Identidad: [Insertar información

FORMATO 8 – PERSONAL MINIMO REQUERIDO

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA: SELECCION ABREVIADA - MENOR CUANTIA
PROCESO: AD-SA-26-18
OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

PERFIL	NOMBRE	

_____

FIRMA DEL PROPONENTE
NOMBRE
C.C.

FORMATO No. 10
ACREDITACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA: SELECCION ABREVIADA - MENOR CUANTIA
PROCESO: AD-SA-26-18
OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

PROPONENTE: _____

CONTRATO No.	NOMBRE DEL CONTRATANTE	VALOR CONTRATO	OBJETO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	FECHA DE TERMINACIÓN

_____
FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPONENTE
Nombre:
Documento Identidad:

Nota: La información reflejada en el siguiente formulario debe estar registrada en el RUP o soportarse en las respectivas certificaciones allegadas con la propuesta.

FORMATO 11 – PROPUESTA ECONOMICA

Ciudad y fecha

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso – edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA: SELECCIÓN ABREVIADA – SUBASTA INVERSA PRESENCIAL
PROCESO: AD-SA-26-18
OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

Conforme a la convocatoria pública del proceso de referencia, se presenta propuesta para desarrollar el siguiente objeto: "PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER."

ITEMS	RECURSOS	CANT	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL, IVA Y DEMÁS GRAVÁMENES INCLUIDOS.
1.1	REFRIGERIO GALA DE EXALTACIÓN: TABLA DE QUESOS, EN DONDE SE INCLUYE FRUTOS SECOS, UVAS, UCHUVAS, PEPERONI, SALAMI, QUESO, GOUDA, QUESO PROVOLON, MASMELO, CHOCOLATE ACOMPAÑADO DE UNA BEBIDA REFRESCANTE SIN ALCOHOL. (ENTREGADO EN EMPAQUE DE LUJO)	1			
1.2	ARTICULO INSTITICIONAL: ARTICULO INSTITUCIONAL PARA SER ENTREGADO EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES A REALIZARSE POR UN VALOR HASTA DE CINCUENTA MIL PESOS ($50.000), (EL VALOR NO INCLUYE IVA, ESTAMPILLAS Y DEMAS); MERCADERÍA ALUSIVA AL EVENTO CON PUBLICIDAD A CONVENIR POR EL SUPERVISOR.	1			
1.3	ARTICULO INSTITICIONAL: ARTICULO INSTITUCIONAL PARA SER ENTREGADO EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES A REALIZARSE POR UN VALOR HASTA DE CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($40.000), (EL VALOR NO INCLUYE IVA, ESTAMPILLAS Y DEMAS); MERCADERÍA ALUSIVA AL EVENTO CON PUBLICIDAD A CONVENIR POR EL SUPERVISOR.	1			
1.4	ARTICULO INSTITUCIONAL PARA ENTREGAR EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES: ARTICULO INSTITUCIONAL PARA SER ENTREGADO EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES A REALIZARSE POR UN VALOR HASTA DE OCHENTA MIL PESOS M/CTE ($80.000), (EL VALOR NO INCLUYE IVA, ESTAMPILLAS Y OTROS) MERCADERÍA ALUSIVA AL EVENTO CON PUBLICIDAD A CONVENIR POR EL SUPERVISOR	1			
1.5	SET DE GRABACIÓN PARA UNA JORNADA NO MAYOR A 12 HORAS: SET DE GRABACIÓN CON SU AMBIENTACIÓN (PARA DOS PRESENTADORES).TRANSMISIÓN DEL EVENTO ESTUDIO DE TRANSMISIÓN MOBILIARIO PARA EQUIPO DE TRABAJO	1			

	PERSONAL CAPACITADO EN EVENTOS VIRTUALES PANTALLAS LED SONIDO E INTERNET BANDA ANCHA O FIBRA ÓPTICA. ORGANIZACIÓN, PRODUCCIÓN Y MONTAJE DE LA ACTIVIDAD.				
1.6	CINEMA Y COMBO COMIDA DE CINEMA: CINEMA QUE ESTÉ UBICADO EN EL AREA METROPOLITANA, DONDE SE REALICE PROYECCIÓN DE LARGOMETRAJES EN MODALIDAD 2D. - COMBO CONFORMADO POR CRISPETAS 100 GR, GASEOSA 16 ONZ Y PERRO CALIENTE	1			
1.7	FOTO CABINA PARA UNA JORNADA NO MAYOR A 7 HORAS: ALQUILER DE PLATAFORMA DE FOTOGRAFÍA 360 CON OPERARIO.	1			
1.8	INGRESO SEDE CAMPESTRE DEPORTIVA EN BUCARAMANGA O SU ÁREA METROPOLITANA: SEDE CAMPESTRE QUE CUENTE CON MÍNIMO CINCO (5) CANCHAS DE TEJO, CINCO (5) CANCHAS DE BOLO CRIOLLO, CUATRO (4) CANCHAS DE MINI TEJO, CUATRO (4) CANCHAS DE RANA, CON CAPACIDAD MÍNIMA DE 600 PERSONAS, LOS ENCUENTROS SE REALIZARAN EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA O SU ÁREA METROPOLITANA.	1			
1.9	ALQUILER DE SEDE CAMPESTRE DEPORTIVA EN DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO: SEDE CAMPESTRE QUE CUENTE COMO MINIMO CON CUATRO (4) CANCHAS DE MINITEJO, CUATRO (4) CANCHAS DE BOLO CRIOLLO, Y CUATRO 4 CANCHAS DE RANA, CON CAPACIDAD MÁXIMA DE 200 PERSONAS. QUE PERMITA EL INGRESO DE MASCOTAS, EN CADA UNO DE LOS MUNICIPIOS DONDE SE REALIZARÁ EL EVENTO (MÁXIMO 5 EVENTOS)	1			
1.10	INCENTIVO A LOS GANADORES DE LAS OLIMPIADAS JUEGOS AUTOCTONOS Y DEPORTIVAS EN PROVINCIA, ENTREGA EN 7 PROVINCIAS: TARJETAS REDIMIBLES EN SERVICIOS DE BIENESTAR PARA LOS FUNCIONARIOS Y SU NUCLEO FAMILIAR, QUE SERÁN DIVIDIDOS DE ACUERDO A LA PREMIACIÓN DE LOS ENCUENTROS RECREATIVOS Y DEPORTIVOS, LA SUMA DE ELLOS NO PODRÁ EXCEDER EL VALOR DE SESENTA Y TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($63.000.000), (EL VALOR NO INCLUYE IVA, ESTAMPILLAS Y OTROS) NUEVE MILLONES DE PESOS M/CTE ($9.000.000) POR PROVINCIA.	1			
1.11	INCENTIVO A LOS GANADORES MEJORES FUNCIOANRIOS - MEJOR GRUPO DE TRABAJO TARJETAS REDIMIBLES EN SERVICIOS DE BIENESTAR PARA LOS FUNCIONARIOS, QUE SERÁN DIVIDIDOS DE ACUERDO A LA PREMIACIÓN, LA SUMA DE ELLOS NO PODRÁ EXCEDER EL VALOR DE DIEZ MILLONES M/CTE ($10,000.000), (EL VALOR NO INCLUYE IVA, ESTAMPILLAS Y OTROS)	1			
1.12	ALQUILER DE ESENARIOS DEPORTIVOS: ALQUILER DE ESENARIOS DEPORTIVOS EN BUCARAMANGA Y SU AREA METROPOLTANA DURANTE EL TIEMPO QUE DUREN LOS CAMPEONATOS (1) CANCHA SINTETICA DE FUTBOL, (1) CANCHA PARA VOLEIBOL, (1) CANCHA PARA BALONCESTO.	1			

1.13	VENTURI: VENTURI CON DOS EXPLOSIONES.	1			
1.14	ACOMPAÑAMIENTO MUSICAL JORNADA NO SUPERIOR A 4 HORAS: ORQUESTA CONFORMADA POR: CUATRO VOCALISTAS, UN PIANO, UN BAJO, UNA CONGA, UN TIMBAL, CON CUATRO INSTRUMENTOS DE VIENTO. UN DJ, DEBE ESTAR ACOMPAÑADO CON SISTEMA DE ILUMINACIÓN (8 CABEZAS TIPO BEAM, 8 CABEZAS MÓVILES TIPO LED, LED DE 3 WATITOS, Y 12 PAR DE LED DE 5 WATTIOS), CON SU RESPECTIVA PISTA DE BAILE 7,20 X 6, Y PANTALLA LED 3X2. GRUPO DE RECONOCIMIENTO NACIONAL.	1			
1.15	ACOMPAÑAMIENTO MUSICAL JORNADA NO SUPERIOR A 4 HORAS: ACOMPAÑAMIENTO MUSICAL COMPUESTO POR MÁXIMO 2 VOCALISTAS, 2 INSTRUMENTOS DE CUERDA, UN INSTRUMENTO DE VIENTO O UN INSTRUMENTO DE PERCUSIÓN.	1			
1.16	ACOMPAÑAMIENTO MUSICAL JORNADA NO SUPERIOR A 4 HORAS: CUATRO (4) MÚSICOS PROFESIONALES (ACORDEONERO, CAJERO, GUACHARAQUERO Y CANTANTE, QUE INTERPRETE REPERTORIO VARIADO DE MÚSICA VALLENATA TRADICIONAL Y CONTEMPORÁNEA.	1			
1.17	REFRIGERIO INFANTIL: REFRIGERIO COMPUESTO POR UNA HAMBURGUESA CON UNA PROTEÍNA DE 100 GR, QUESO, TOMATE, CEBOLLA Y SALSAS, ACOMPAÑADAS CON PAPA A LA FRANCESA Y BEBIDA DE 250 ML,	1			
1.18	ESTACIÓN DE SNACK: ESTACIONES DE COMIDA PARA EVENTO INFANTIL, CRISPETAS, ALGODÓN DE AZÚCAR.	1			
1.19	BARRA DE BEBIDA REFRESCANTES: BARRA DE BEBIDA REFRESCANTE NATURALES (VASOS DE 9 ONZAS, BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS, GRANIZADAS DE DIFERENTES DE SABORES), INCLUYE BARTENDER	1			
1.20	JUGUETE INFANTIL NIÑOS DE LOS FUNCIONARIOS (0 – 12 AÑOS): JUGUETE INFANTIL ACORDE A LA EDAD DEL MENOR, HIPO ALÉRGICO Y CON LAS CARACTERÍSTICAS ESPECIFICADAS EN LA RESOLUCIÓN NÚMERO 686 DE 2018 “POR LA CUAL SE EXPIDE EL REGLAMENTO TÉCNICO QUE DEBEN CUMPLIR LOS JUGUETES Y SUS ACCESORIOS, QUE SE FABRIQUEN, IMPORTEN Y COMERCIALICEN EN EL TERRITORIO NACIONAL” POR UN VALOR HASTA CIENTO TREINTA MIL PESOS (140.000) EL VALOR NO INCLUYE IVA, ESTAMPILLAS Y DEMÁS.	1			
1.21	ALQUILER DE INFLABES PARA ACTIVIDAD INFANTIL 9.5.1 BABY GYM: INCLUYE: • ESPACIO CREATIVO DE COLCHONETAS Y MUROS 4*2 MT • PISCINA DE PELOTAS • RESBALADERO • (7) ACCESORIOS (OBSTÁCULOS, FIGURAS GEOMÉTRICAS, CILINDROS, ESCALERA, MONTAÑA) EN ESPUMA ESPECIALES PARA MOTRICIDAD • (1) ANIMALITO BRINCA BRINCA • BABY SISTER (OCHO (8) HORAS)	1			
1.22	BABY PARK INCLUYE: • PISCINA DE PELOTAS • CASITA DE JUEGOS • RESBALADERO CON COLUMPIO • (1) BALANCÍN • (2) CARRITOS MINI COOPER • (2)	1			

	ANIMALITOS BRINCA - BRINCA • BABY SISTER (OCHO (8) HORAS)				
1.23	PISCINA DE PELOTAS ESPUMA AREA. DE 1,80 METROS CAPACIDAD DE 1 A 4 NIÑOS EDADES DE 1 A 4 AÑOS (OCHO (8) HORAS)	1			
1.24	PISCINA DE PELOTAS ESPUMA: AREA. DE 2,3 METROS CAPACIDAD DE 1 A 4 NIÑOS EDADES DE 1 A 4 AÑOS (OCHO (8) HORAS)	1			
1.25	PISCINA DE PELOTAS ESPUMA AREA. DE 1,50 METROS CAPACIDAD DE 1 A 4 NIÑOS EDADES DE 1 A 4 AÑOS. (OCHO (8) HORAS)	1			
1.26	BABYGYM INFLABLE DURACIÓN DEL TIEMPO DE ALQUILER: 3 A 4 HORASREQUIERE DE 1 PUNTO DE LUZ DE 110V ALTO: 2.5 METROS LARGO: 3 METROS ANCHO: 5 METROS CAP. MAX: 7 NIÑOS, INCLUYA 1 OPERADOR, EDAD DE 0 MESES A 5 AÑOS. (OCHO (8) HORAS)	1			
1.27	BABYGYM INFLABLE CIRCUS DURACIÓN DEL TIEMPO DE ALQUILER: 3 A 4 HORAS REQUIERE DE 1 PUNTO DE LUZ DE 110V ALTO: 2.5 METROS LARGO: 6 METROS ANCHO: 6 METROS CAP. MAX: 8 NIÑOS, INCLUYA 1 OPERADOR, DE 0 MESES A 5 AÑOS. (OCHO (8) HORAS)	1			
1.28	INFLABLES ESCALADOR DURACIÓN DEL TIEMPO DE ALQUILER: 3 A 4 HORAS REQUIERE DE 1 PUNTO DE LUZ DE 110V / ALTO: 4 METROS LARGO: 7 METROS ANCHO: 5 METROS CAP. MAX: 200 KLS / 6 NIÑOS APTO PARA EDADES: DESDE 2 AÑOS A 7 AÑOS, INCLUYA 1 OPERADOR. (OCHO (8) HORAS)	1			
1.29	INFLABLE OBSTÁCULOS ALTO: 3.50 METROS LARGO: 6 METROS ANCHO: 4.50 METROS CAP. MAX: 200 KLS / 8 NIÑOS APTO PARA EDADES: DESDE 2 AÑOS A 7 AÑOS DURACIÓN DEL TIEMPO DE ALQUILER: 3 A 4 HORAS, 1 OPERADOR, REQUIERE DE 1 PUNTO DE LUZ DE 110V. (OCHO (8) HORAS)	1			
1.30	INFLABLES TIPO TOBOGAN * BARCO PIRATA DIMENSIONES DEL INFLABLE BARCO PIRATA: DIMENSIONES ALTO: 8 METROS LARGO: 7 METROS ANCHO: 4 METROS CAP. MAX: 200 KLS / 6 NIÑOS APTO PARA EDADES: DESDE 2 AÑOS A 9 AÑOS, INCLUYA 1 OPERADOR. (OCHO (8) HORAS)	1			
1.31	INFLABLE MEGA OBSTACULOS ALTO: 5 METROS LARGO: 15 METROS ANCHO: 5 METROS APTO PARA EDADES: DESDE 4 AÑOS EN ADELANTE, INCLUYA 1 OPERADOR. (OCHO (8) HORAS)	1			
1.32	PEGALE AL TOPO ALTO: 2 METROS LARGO: 5 METROS ANCHO: 5 METROS CAP. MAX: 7 JUGADORES APTO PARA EDADES: DESDE 9 AÑOS EN ADELANTE, INCLUYA 1 OPERADOR (OCHO (8) HORAS)	1			
1.33	BUMPERBALL ALTO: 1.5 METROS LARGO: 50 CENTÍMETROS ANCHO: 1.5 METROS CAP. MAX: 6 JUGADORES APTO PARA EDADES: DESDE 7 AÑOS A 15 AÑOS. (OCHO (8) HORAS)	1			
1.34	MUROS DE ESCALAR MURO 1 DIMENSIONES MURO 1 (CILINDRO): DIMENSIONES MURO 2 (DE PARED): ALTO: 8.00 METROS LARGO: 5.00 METROS ANCHO: 5.00 METROS CAP. MAX: 300 KLS / 1 PERSONA APTO PARA EDADES: 7 AÑOS EN ADELANTE. (OCHO (8) HORAS)	1			
1.35	JUEGOS DE FERIAS DEPORTIVAS INCLUYE: • 4 PUESTOS DEPORTIVOS INFLABLES CON	1			

	SUS RESPECTIVOS MATERIALES (FRISBEE, BÁSQUET, FUTBOL Y FUTBOL AMERICANO, con elementos). • 4 OPERADORES. ALTO: 8.5 METROS LARGO: 5.5 METROS ANCHO: 4.9 METROS CAP. MAX: 1 PERSONA POR JUEGO APTO PARA EDADES: DESDE 9 AÑOS EN ADELANTE. (OCHO (8) HORAS)				
1.36	TABLA DE SURF DIMENSIONES: TABLA DE SURF ALTO: 5 METROS LARGO: 5 METROS ANCHO: 5 METROS CAP. MAX: 100 KLS / 1 PERSONA APTO PARA EDADES: 10 AÑOS EN ADELANTE. (OCHO (8) HORAS)	1			
1.37	TOBOGAN MATCH ACUATICO DIMENSIONES INFLABLE MATCH ACUÁTICO: ALTO 10 METROS LARGO: 16 METROS ANCHO: 4 METROS APTO PARA EDADES: NIÑOS, JÓVENES Y ADULTOS. (OCHO (8) HORAS)	1			
1.38	TOBOGÁN VOLCÁN ACUÁTICO DIMENSIONES INFLABLE Tobogán volcán acuático: ALTO 8 METROS LARGO: 12 METROS ANCHO: 5 METROS APTO PARA EDADES: NIÑOS, JÓVENES Y ADULTOS. (OCHO (8) HORAS)	1			
1.39	TOBOGÁN VOLCÁN ACUÁTICO DIMENSIONES INFLABLE Tobogán volcán acuático: ALTO 7.5 METROS LARGO: 12 METROS ANCHO: 5 METROS APTO PARA EDADES: NIÑOS, JÓVENES Y ADULTOS. (OCHO (8) HORAS)	1			
1.40	TOBOGÁN ACUÁTICO OCTOPUS DIMENSIONES INFLABLE Tobogán acuático octopus: ALTO 7 METROS LARGO: 12 METROS ANCHO: 3 METROS APTO PARA EDADES: NIÑOS, JÓVENES Y ADULTOS. (OCHO (8) HORAS)	1			
1.41	CAÑON DE ESPUMA 1 CAÑON DE ESPUMA – 1 GALON DE LIQUIDO NEUTRO PARA GENERAR LA ESPUMA – DURACIÓN DOS HORAS - UN OPERADOR APTO PARA EDADES: NIÑOS, JÓVENES Y ADULTOS.	1			
1.42	INFLABLE ISLA INFANTIL KINGDOM DIMENSIONES INFLABLE Inflable isla infantil kingdom: ALTO 2.80 METROS LARGO: 5 METROS ANCHO: 3 METROS APTO PARA EDADES: de 1 a 7 años (OCHO (8) HORAS)	1			
1.43	CARRERA DE OBSTÁCULOS ACUÁTICO DIMENSIONES INFLABLE Carrera de obstáculos acuático: ALTO 4 METROS LARGO: 12 METROS ANCHO: 3 METROS APTO PARA EDADES: NIÑOS, JÓVENES Y ADULTOS. (OCHO (8) HORAS)	1			
1.44	TOBOGÁN ACUÁTICO DELFINES DIMENSIONES INFLABLE Tobogán acuático delfines: ALTO 6 METROS LARGO: 6 METROS ANCHO: 2.5 METROS APTO PARA EDADES: NIÑOS, JÓVENES Y ADULTOS. (OCHO (8) HORAS)	1			
1.45	ISLA HAWAI DIMENSIONES INFLABLE isla hawai: ALTO 5.5 METROS LARGO: 8 METROS ANCHO: 6 METROS APTO PARA EDADES: NIÑOS, JÓVENES Y ADULTOS. (OCHO (8) HORAS)	1			
1.46	INGRESO SEDE CAMPESTRE DEPORTIVA EN EL MUNICIPIO DE LOS SANTOS: SEDE CAMPESTRE UBICADA EN LA MESA DE LOS SANTOS, SANTANDER, QUE CUENTE CON ZONAS HÚMEDAS QUE INCLUYEN PISCINA PARA ADULTOS Y PISCINA PARA NIÑOS, RESTAURANTE ESPACIOS AL AIRE LIBRE COMO ZONA DE PICNIC, ZONA DE CAMPING, UN LAGO PARA ACTIVIDADES ACUÁTICAS,	1			

	ZONA DE JUEGOS INFANTILES, CANCHA DE VÓLEY PLAYA, CANCHA SINTÉTICA DE FÚTBOL, CANCHA DE TENIS, MESAS DE BILLAR, JUEGOS DE MESA Y ZONAS DE ESPARCIMIENTO.				
1.47	SISTEMA DE ILUMINACIÓN PARA UNA JORNADA DE UN DÍA NO MAYOR A 12 HORAS: CONSOLA DIGITAL O INTERFASE, 24 LUCES PAR LED DE 3 WTS X LED, 6 CABEZAS MÓVILES BEAM SPOT LÍNEA PROFESIONAL, 6 CABEZAS MÓVILES WASH, MÁQUINA DE HUMO, PERSONAL TÉCNICO, ESTRUCTURA, SISTEMA ELÉCTRICO Y CABLEADO NECESARIO.	1			
1.48	ANIMADOR O RECREACIONISTA PARA UNA JORNADA DE UN DÍA NO MAYOR A 12 HORAS: PERFIL GRADUADO EN TÉCNICO O TECNÓLOGO EN RECREACIÓN Y/O EN GESTIÓN DE SERVICIOS RECREATIVOS	1			
1.49	ANIMADOR Y PRESENTADOR PARA UNA JORNADA DE UN DÍA, NO MAYOR A 12 HORAS: GRADUADO PROFESIONAL EN PERIODISMO O COMUNICARDOR SOCIAL.	1			
				TOTAL SUMA VALORES UNITARIOS	

[Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural]
Nombre: [Insertar información]
Documento de Identidad: [Insertar información]

FORMATO DESEMPATE 12.1 – PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O MUJERES VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (PERSONA JURÍDICA)

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA: SELECCION ABREVIADA - MENOR CUANTIA
PROCESO: AD-SA-26-18
OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL 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 12.2 – VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA: SELECCION ABREVIADA - MENOR CUANTIA
PROCESO: AD-SA-26-18
OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL 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]

FORMATOS 12.3 – VINCULACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y NO BENEFICIARIAS DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA
(EMPLEADOR – PROPONENTE)

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA: SELECCION ABREVIADA - MENOR CUANTIA
PROCESO: AD-SA-26-18
OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL 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 12.4 – VINCULACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y NO BENEFICIARIAS DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA (TRABAJADOR)

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA:	SELECCION ABREVIADA - MENOR CUANTIA
PROCESO:	AD-SA-26-18
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL 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 12.5 – VINCULACIÓN DE POBLACIÓN INDÍGENA, NEGRA, AFROCOLOMBIANA, RAIZAL, PALENQUERA, RROM O GITANA

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA: SELECCION ABREVIADA - MENOR CUANTIA
PROCESO: AD-SA-26-18
OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL 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 12.6 – PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/O REINTEGRACIÓN (PERSONAS JURÍDICAS)

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA: SELECCION ABREVIADA - MENOR CUANTIA
PROCESO: AD-SA-26-18
OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL 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 12.7 – PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN (PERSONA JURÍDICA INTEGRANTE DEL PROPONENTE PLURAL)

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA: SELECCION ABREVIADA - MENOR CUANTIA
PROCESO: AD-SA-26-18
OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL 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 12.8 – PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/O REINTEGRACIÓN (PERSONAS JURÍDICAS)

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA: SELECCION ABREVIADA - MENOR CUANTIA
PROCESO: AD-SA-26-18
OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL 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 12.9 – ACREDITACIÓN MIPYME

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA:	SELECCION ABREVIADA - MENOR CUANTIA
PROCESO:	AD-SA-26-18
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL 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 12.10 – PAGOS REALIZADOS A MIPYMES, COOPERATIVAS O ASOCIACIONES MUTUALES

Doctora
SANDRA PATRICIA QUIRÓS MARÍN
Secretaria Administrativa
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina 408, 4 piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA:	SELECCION ABREVIADA - MENOR CUANTIA
PROCESO:	AD-SA-26-18
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

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 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]