Alcaldía de IBAGUÉ

SECRETARÍA DE SALUD

ANEXO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

_____ [Lugar y Fecha]

Señores

DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

ALCALDIA MUNICIPAL

Ibagué, Tolima

Asunto: Propuesta para un Proceso de Selección de Mínima Cuantía – Invitación Pública AI – MC - ___-20__.

Respetados señores:

La presente tiene por objeto ofrecer a la Alcaldía Municipal de Ibagué.

Así mismo, el(los) suscrito(s) declara(n) que: _____

Tengo (tenemos) el(los) poder(es) y/o representación legal para firmar y presentar la propuesta.

Me comprometo[2]o comprometo a la(s) sociedad(s) que legalmente represento para llevar a cabo la ejecución del contrato en los términos establecidos en los estudios previos y en la propuesta presentada. De la misma manera, el contrato será firmado por la(s) siguiente(s) persona[3]

NOMBRE _____

CEDULA _____

CARGO _____

NOMBRE DE LA FIRMA_____

He estudiado cuidadosamente los estudios previos y renuncio a cualquier reclamación por ignorancia o errónea interpretación de los mismos.

He revisado detenidamente la propuesta adjunta y no contiene ningún error u omisión.

No me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad y/o incompatibilidad, establecidas en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y demás normas concordantes.

Para efectos de la suscripción del contrato, me comprometo a:

[2] En caso de ser persona natural el proponente.

[3] En caso de ser persona jurídica el proponente.

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

Alcaldía de
IBAGUÉ

SECRETARÍA DE SALUD

- Establecer y presentar oportunamente a la Alcaldía Municipal de Ibagué, las garantías contractuales que se pacten.
- Realizar dentro del plazo que fije el Alcaldía Municipal de Ibagué, los trámites necesarios para la firma y legalización del contrato.
- Ejecutar el objeto del contrato, de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en los estudios previos y la propuesta presentada y aprobada por el contratante.
- Cumplir con los plazos establecidos por la Alcaldía Municipal de Ibagué, para le ejecución del objeto del contrato.

Cordialmente,

Firma de la(s) persona(s) autorizada(s) _____

Nombre completo _____

Dirección Comercial _____

Anexo ( ) folios

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

Alcaldía de IBAGUÉ

SECRETARÍA DE SALUD

ANEXO No.2
MODELO CONFORMACIÓN CONSORCIO

Por medio del presente escrito hacemos constar que hemos constituido el CONSORCIO _____para participar en EL PROCESO DE SELECCIÓN Subasta Inversa-Invitación Pública **AI-MC- -2026**, que tiene por objeto SELECCIONAR EL PROPONENTE QUE OFREZCA LAS MEJORES CONDICIONES PARA:
"_____"

Integrantes del consorcio: _____.

_____.

Representante: _____

Duración: Tener como mínimo una duración igual a la vigencia del contrato y un año más.

Compromiso: Al conformar el consorcio para participar en el presente proceso de selección, sus integrantes se comprometen a:

1. Participar en la presentación conjunta de la propuesta, así como a suscribir el contrato.
2. Responder en forma solidaria e ilimitada por el cumplimiento total de la propuesta y de las obligaciones originadas en el contrato frente a La Entidad.
3. No ceder su participación en el consorcio a otro integrante del mismo.
4. No ceder su participación en el consorcio a terceros sin la autorización previa de La Entidad.

ORGANIZACIÓN INTERNA DEL CONSORCIO: Para la ejecución del contrato resultado del presente proceso de selección, el Representante Legal del Consorcio tendrá las siguientes facultades: (incorporar las que decidan sus miembros).

Para constancia se firma el (los) _____día(s) del mes de _____de 20__.

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

Alcaldía de IBAGUÉ

SECRETARÍA DE SALUD

ANEXO No 3
DOCUMENTO CONSTITUTIVO DE LA UNIÓN TEMPORAL

Señores
DIRECCION DE CONTRATACIÓN
ALCALDIA DE IBAGUE
IBAGUÉ, TOLIMA

REFERENCIA: Proceso de Contratación No. AI – MC- - 2026

OBJETO:

Estimados Señores:

Los suscritos_____ y _____debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de _____y _____, respectivamente, manifestamos por medio de este documento, que hemos convenido asociarnos en unión temporal, para participar en el Proceso de Contratación y, por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. La duración de este Consorcio no será inferior al del plazo de ejecución del contrato y mínimo 30 meses adicionales contados a partir de la fecha del cierre del Proceso de Contratación.
2. El Consorcio está integrado por

Nombre del integrante	**Compromiso (%)** [1]

[1] El total de la columna, es decir la suma de los porcentajes de compromiso 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. En caso de resultar adjudicatario, la facturación del Proponente la realizará: _____.
6. El representante del Consorcio es _____, 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.
7. El representante suplente del Consorcio es _____, identificado con C. C. No. _____ de _____, quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y, en caso de salir

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

Alcaldía de IBAGUÉ

SECRETARÍA DE SALUD

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.

8. El Señor[a] _____acepta su nombramiento como representante legal del CONSORCIO _____
9. El Domicilio del Consorcio es:
   Dirección de correo _____
   Dirección electrónica _____
   Teléfono _____
   Telefax _____
   *Ciudad*_____

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

_____

[Nombre y firma del Representante Legal
de cada uno de los integrantes]

_____

[Nombre y firma del Representante Legal del Consorcio]

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

Alcaldía de IBAGUÉ

SECRETARÍA DE SALUD

ANEXO No. 4

MODELO CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES SEGURIDAD SOCIAL Y FISCAILES (ART. 50 LEY 789/02)

[Use la opción que corresponda, según certifique el Representante Legal, el Revisor Fiscal o Persona natural con personal a cargo]

Yo, _____ identificado (a) con la C.C. No. ____, en mi condición de Representante Legal de (Razón social de la compañía), identificada con el Nit. No._____ _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de_____, _____certifico el pago de los siguientes aportes_____, 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 (a) con la C.C. No. _____y con la Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor(a) Fiscal de (Razón social de la compañía) identificada con el Nit No._____, ___ 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.

Yo, _____ identificado (a) con la C.C. No_____ en mi calidad de proponente con personal a cargo SI___ NO_____, certifico el pago de los siguientes aportes_____, 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.

Nota: Para certificar el pago de los aportes correspondientes a los Sistemas de Seguridad Social, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 1670 de 2007. Así mismo, en el caso del pago correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, ICBF y SENA, se deberán tener en cuenta los plazos dispuestos para tal efecto en esa misma norma.

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. EN CASO DE NO REQUERIRSE DE REVISOR FISCAL, ESTE ANEXO DEBERÁ DILIGENCIARSE POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA, CERTIFICANDO EL PAGO EFECTUADO POR DICHOS CONCEPTOS EN LOS PERIODOS ANTES MENCIONADOS.

FECHA DE EXPEDICIÓN_____

Firma:* _____
Nombre: _____
Cargo: _____

*Representante Legal o Revisor Fiscal (según el caso)

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

Alcaldía de IBAGUÉ

SECRETARÍA DE SALUD

ANEXO No. 5

DECLARACIÓN DE NO ESTAR INCLUIDO EN LAS LISTAS NACIONALES E INTERNACIONALES DE LAVADO DE ACTIVOS

MODELO PERSONA JURIDICA Y REPRESENTANTE LEGAL

Yo _____ en mi calidad de representante legal de _____(nombre de la persona jurídica proponente), declaro bajo la gravedad del juramento que ni yo, ni la persona jurídica que represento nos encuéntranos incluidos en ninguna lista nacional o internacional de lavado de activos.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:_____
NOMBRE:_____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:_____

MODELO PERSONA NATURAL

Yo_____- (nombre del representante legal), actuando en nombre propio, declaro bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incluido en ninguna lista nacional o internacional de lavado de activos.

FIRMA DEL PROPONENTE _____
NOMBRE:_____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:_____

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

Alcaldía de IBAGUÉ

SECRETARÍA DE SALUD

ANEXO No. 6
CARTA DE COMPROMISO DE TRANSPARENCIA

_____[Lugar y Fecha]
Señores
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
ALCALDIA MUNICIPAL
Ibagué, Tolima

Asunto: Invitación Pública No. AI-MC- - DE 2026

Respetados Señores:

Por medio de este documento (nombre o razón social del PROPONENTE) (en adelante el "PROPONENTE") suscribo el Compromiso de transparencia con la Alcaldía de Ibagué en los siguientes términos:

Me comprometo a apoyar la acción del Estado Colombiano y particularmente de la Alcaldía de Ibagué para fortalecer la transparencia y responsabilidad de rendir cuentas y, en este contexto, asumo explícitamente los siguientes compromisos, sin perjuicio de mi obligación de cumplir con las Leyes y normas de Colombia:

1. Me comprometo a no ofrecer ni dar sobornos, ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con mi Propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del Contrato que pueda celebrarse como resultado de la Propuesta en caso de ser adjudicatario de este.

2. Me comprometo a no permitir que nadie, bien sea mi empleado o un agente comisionista independiente lo haga en mi nombre.

3. Me comprometo formalmente a impartir instrucciones a todos mis empleados y agentes y a cualquiera otros representantes, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las Leyes de la República de Colombia y, especialmente, de aquellas que regirán la invitación pública a efecto se convoque y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondré la obligación de no ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de la Alcaldía de Ibagué ni a cualquier otro funcionario público que pueda influir en la Adjudicación, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre los funcionarios públicos, puedan influir sobre la Adjudicación, ni de ofrecer pagos o halagos a los funcionarios que intervienen durante el desarrollo del Contrato en caso de ser adjudicatario.

El compromiso que según el presente documento contraigo, lo efectúo bajo la gravedad de juramento, el que se entiende prestado por la sola suscripción del presente Compromiso de transparencia.

Si se conociera mi incumplimiento, el de mis representantes o mis empleados o agentes, a los compromisos antes enunciados, la Alcaldía de Ibagué pondrá en conocimiento de tal hecho ante la Fiscalía General de la Nación para su investigación en el evento en que el incumplimiento identificado constituya delito sancionado por la Ley penal colombiana.

Nombre o Razón Social del Proponente:
Nit:
Nombre del Representante Legal:
C.C. de
(Firma del Proponente o de su Representante Legal)

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

Alcaldía de IBAGUÉ

SECRETARÍA DE SALUD

ANEXO No. 7

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Lugar y fecha
Señores
Alcaldía de Ibagué

Proceso de Contratación de la selección por medio de MINIMA CUANTÍA N° _____

[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 la Alcaldía de Ibagué 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 **P**roceso 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 de MINIMA CUANTÍA N° _____
Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación de MINIMA CUANTÍA N° _____ 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 _____ días del mes de _____ de _____.

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

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

Alcaldía de IBAGUÉ

SECRETARÍA DE SALUD

ANEXO No. 8
FORMATO DE DECLARACIÓN DE ORIGEN LICITOS DE LOS RECURSOS

Yo, _____, identificado con el documento de identidad No. _____, expedido en _____,obrando en representación legal de _____ con NIT _____, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No.007 de 1996 expedida por la Superintendencia Bancaria, en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995 "Estatuto Anticorrupción" y demás normas legales concordantes.

1. Que los recursos que conforman el patrimonio de la entidad que represento, y que se emplearán para el desarrollo del contrato, provienen de actividades licitas. _____
_____
_____ _____

2. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

En constancia de haber leído y acatado lo anterior firmo el presente documento a los_____ días del mes de _____ de _____ en la ciudad de _____ .

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

_____

NOMBRE_____
C.C/NIT_____

Huella Índice Derecho

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

Alcaldía de IBAGUÉ

SECRETARÍA DE SALUD

ANEXO No. 9

CERTIFICADO NO ESTAR INCURSOS EN INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

_____[Lugar y Fecha]

Señores

DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

ALCALDÍA MUNICIPAL

Ibagué, Tolima

ASUNTO: *Declaración de no inhabilidades e incompatibilidades.*

Por medio de la presente certifico que ni el suscrito ni "NOMBRE DE LA ENTIDAD PROPONENTE", entidad que represento, se hallan incursos en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 80 de 1993, en el decreto 128 de 1976 y la ley 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia, para contratar con ALCALDÍA MUNICIPAL DE IBAGUÉ.

Cordialmente,

FIRMA:_____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL
DOCUMENTO DE IDENTIDAD

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

Alcaldía de IBAGUÉ

SECRETARÍA DE SALUD

ANEXO No. 10
PROPUESTA TÉCNICO ECONÓMICA

Nombre o razón social del proponente: _____

INFORMACION ECONÓMICA

DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
LARVICIDA BACILLUS THURINGIENSIS ISRAELENSIS TARRO X 500 GRS INGREDIENTE ACTIVO: BACILLUS THURINGIENSIS SUBSP. ISRAELENSIS (BTI) CEPA AM65-52. CONCENTRACIÓN: 2,8%	40 KILOS		
CEPILLOS DE LAVAR. BASE PLANTILLA: 13CM LONGITUD DE BARRIDO: 14 CM ALTO 6CM ANCHO 8CM PESO NETO: 125 GRAMOS	500 UND.		
BULTOS POR 20 KILOS DE DETERGENTE EN POLVO	3 UND.		
LITROS HIPOCLORITO DE SODIO 15 % X 20 LTS	2 UND.		
BOLSAS ZIPLOC 20 * 30	1000 UND.		
BOLSAS ZIPLOC 14 * 18	1000 UND.		
ENVASES PLASTICOS DE 20 ML CADA UNO DE ROSCA	500 UND.		
SUBTOTAL			
IVA			
TOTAL			

Valor total oferta económica:

NOTA 1: Los valores unitarios a consignar deben estar ajustados (sin centavos) al número entero que se de cómo aproximación, por exceso y por defecto.

El Municipio de Ibagué se reserva el derecho de realizar verificación económica entre cantidades y precios unitarios, sumatorias parciales y totales (CORRECCIÓN ARITMÉTICA). El resultado de esta verificación se tomará como base para la evaluación económica.

Los productos relacionados con anterioridad deben cumplir con las especificaciones técnicas descritas en los estudios previos y, así mismo el proponente debe adjuntar a su propuesta los siguientes documentos:

El Biolarvicida debe cumplir con las especificaciones técnicas descritas anteriormente, y el oferente debe aportar los siguientes documentos:

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

Alcaldía de IBAGUÉ

SECRETARÍA DE SALUD

- Número y fecha de expedición de la Resolución del Dictamen Técnico Toxicológico expedido por Instituto Nacional de Salud (puede estar referenciado dentro del acto administrativo del registro sanitario emitido por el INVIMA, en la licencia ambiental expedida por el ICA o documento equivalente), además de indicar la categoría a la cual pertenece.
- Registro Sanitario de Uso en Salud Pública (RGSP) emitido por el INVIMA
- Licencia ambiental expedida por el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible
- o su organismo asignado Agencia Nacional de Licencias Ambientales, para los insecticidas importados (Decreto 1076 de 2015). Certificado de análisis del ingrediente activo grado técnico y del producto formulado, para insumos químicos.
- Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura – BPM del país de origen o expedido por el INVIMA.
- Certificado de venta libre expedido por el INVIMA para productos nacionales.
- Para insumos importados: Certificados de calidad del producto, Certificado de venta libre del país de origen, Declaración de importación.
- Sólo si aplica, copia del registro de Precalificación emitido por la Organización Mundial de la Salud (PQT -WHO).
- Se recomienda que el período de vida útil requerido al momento de recibir el insumo sea mínimo del 75% contada desde la fecha de fabricación.

En cuanto al empaque de los productos, los envases primarios y secundarios deben contener:

1. Nombre de la DTS y adicionalmente, si la fuente de financiación son transferencias nacionales, se debe adicionar la leyenda "Ministerio de Salud y Protección Social. Distribución Gratuita-Prohibida su Venta".
2. Número o código del lote.
3. Fecha de fabricación y fecha de vencimiento.
4. Nombre del laboratorio fabricante.
5. Ciudad y país de origen.
6. Indicaciones de uso.
7. Condiciones de almacenamiento (temperatura, humedad relativa y otros pictogramas asociados con el Sistema Globalmente Armonizado).
8. Precauciones y contraindicaciones.

_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Observaciones: _____

Firma del Proponente _____

Nombre Completo de quien firma por el Proponente debidamente autorizado:

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'