**FORMATO ANEXO No. 1**

**FORMATO DE CARTA DE ACEPTACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LA CONVOCATORIA PÚBLICA No. 026 de 2014 ESTABLECIDA POR LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA PARA SEGURO DE ACCIDENTES ESTUDIANTILES DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA**

Popayán, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

Ciudad.

El suscrito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_legalmente autorizado para actuar en nombre de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de acuerdo con las normas establecidas en los términos de la convocatoria pública de la Universidad del Cauca, hago llegar a Ustedes la siguiente propuesta para **LA CONTRATACIÓNDE UNA PÓLIZA DE SEGUROS MEDIANTE LAS CUALES SE CUBRAN LOS RIESGOS DE ACCIDENTE ESTUDIANTIL Y ENFERMEDADES GRAVES, PARA LOS ESTUDIANTES DE PREGRADO, POSGRADO, MAESTRÍA Y DOCTORADO, CORRESPONDIENTES AL SEGUNDO SEMESTRE DE 2014 Y PRIMER SEMESTRE ACADÉMICO DEL AÑO 2015.**

Para tal efecto declaro:

* Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse, solo compromete al firmante de esta carta o a quien representa.
* Que ninguna Entidad o Persona distinta del firmante tienen interés comercial en esta propuesta, ni en el contrato probable que de ella se derive.
* Que conozco y acepto los documentos, especificaciones y demás condiciones que rigen esta propuesta y por ello las coberturas y cláusulas básicas que solicita la Universidad, en caso de no mencionarlas y no estar expresamente excluidas, se entenderán comprendidas en la propuesta, sin valor adicional alguno a cargo de la Universidad.
* Que conozco y acepto los documentos, especificaciones y demás condiciones que rigen esta propuesta.
* Bajo la gravedad del juramento que la sociedad que represento no se halla incursa en ninguna de las causales de inhabilidades e incompatibilidades señaladas por la ley.
* Bajo gravedad del juramento que me encuentro a paz y salvo por concepto de impuestos sobre la renta y complementarios a la fecha de cierre de la presente Convocatoria pública y que la sociedad que represento no figura como responsable en el boletín de responsables fiscales de la Contraloría General de la República.
* Que me comprometo a ejecutar estas actividades en el tiempo estipulado en la presente convocatoria pública y que me comprometo a suscribir las prórrogas por el tiempo que la Universidad del Cauca considere pertinentes.
* Que en caso de salir favorecido con la adjudicación del contrato, acepto la notificación de los actos administrativos que para el efecto surta la universidad del Cauca, vía fax al No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, renunciando a término de ejecutoria favorable.
* Que la presente propuesta en sobre No. 1, consta de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_folios debidamente numerados.
* Acusamos recibo de las adendas Nros.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMATO ANEXO 2**

### CONVOCATORIA PÚBLICA No. 026 DE 2014

### RESUMEN TÉCNICO Y ECONÓMICO DE LA PROPUESTA

##### **CONDICIONES BÁSICAS EXIGIDAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **OTORGADAS CONFORME A LOS TÉRMINOS** | |
| **SI** | **NO** |
| **OBJETO DEL SEGURO** |  |  |
| **Definiciones** | | |
| Estudiante |  |  |
| Accidente (Aplicable a todos los amparos) |  |  |
| **PRIMAÚNICA POR ALUMNO** | **$** | |
| **ESTUDIANTES DE PREGRADO, EXTENSIÓN, ESPECIALIZACIÓN , MAESTRÍA** |  | |
| **GENERALIDADES** |  |  |
| **RIESGOS AMPARADOS** |  |  |
| **COBERTURAS BÁSICAS** | | |
|  | | |
| Muerte accidental ( incluido el Homicidio) |  |  |
| Muerte por Cualquier Causa ( incluido el homicidio, suicidio) |  |  |
| Incapacidad Total y Permanente |  |  |
| Desmembración por Accidente |  |  |
| Gastos Médicos |  |  |
| Enfermedades Graves |  |  |
| Rehabilitación Integral |  |  |
| Gastos de Traslado |  |  |
| Auxilio Funerario por muerte por cualquier Causa. |  |  |
| Anexo de SIDA |  |  |
| Renta Diaria Por Hospitalización |  |  |
| Riesgo Biológico (De acuerdo con los parámetros del Decreto 2376 de 2010) |  |  |
| **CLÁUSULAS BÁSICAS** | | |
| Ampliación aviso de siniestro |  |  |
| Modificaciones |  |  |
| Pago de la indemnización |  |  |
| Condiciones Generales y Clausulado de la Póliza |  |  |
| Revocación de la póliza 90 días |  |  |
| Restablecimiento Automático Del Valor Asegurado por pago de siniestro |  |  |
| Ampliación de Cobertura |  | |
| Accidentes con riesgo biológico |  | |
| Compromiso de la aseguradora sobre el plazo para el pago de las indemnizaciones  **(Expresarlo en días calendario)** |  | |
| NO APLICACIÓN DE DEDUCIBLES |  |  |
| Ampliación de Cobertura |  |  |
| Accidentes con Riesgo Biológico |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **VALORES ASEGURADOS** | |
| **PÓLIZA SEGURO ACCIDENTES ESTUDIANTILES** | **PREGRADO POSTGRADO, MAESTRÍA Y DOCTORADO** | **CURSOS DE EXTENSIÓN ACUERDO 018 DEL 2011** |
| Muerte accidental ( incluido el Homicidio) |  |  |
| Muerte por Cualquier Causa ( incluido el homicidio, suicidio) |  |  |
| Incapacidad Total y Permanente |  |  |
| Desmembración por Accidente |  |  |
| Gastos Médicos |  |  |
| Enfermedades Graves |  |  |
| Rehabilitación Integral |  |  |
| Gastos de Traslado |  |  |
| Auxilio Funerario por muerte por cualquier Causa. |  |  |
| Anexo de SIDA |  |  |
| Renta Diaria Por Hospitalización |  |  |
| Riesgo Biológico (De acuerdo con los parámetros del Decreto 2376 de 2010) |  |  |

**FORMATO ANEXO 2 (continuación)**

|  |  |
| --- | --- |
| **OTRAS COBERTURAS** | **DEFINICIÓN** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VALORES AGREGADOS** | **DEFINICIÓN** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMATO ANEXO 6**  **CONVOCATORIA PÚBLICA No. 026 DE 2014**  **CONVENIOS CON INSTITUCIONES** | | | | | | | |
| **DENTRO DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA** | | | | | | | |
| **NOMBRE IPS** | **Nivel de Atención** | **NIT** | **DIRECCIÓN** | **TELÉFONO** | **CIUDAD** | **DEPENDENCIA** | **TEL. O CEL** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMATO ANEXO 6A**  **CONVOCATORIA PÚBLICA No. 026 DE 2014**  **CONVENIOS CON INSTITUCIONES** | | | | | | | |
| **FUERA DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA** | | | | | | | |
| **NOMBRE IPS** | **Nivel de Atención** | **NIT** | **DIRECCIÓN** | **TELÉFONO** | **CIUDAD** | **DEPENDENCIA** | **TEL. O CEL** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**FORMATO ANEXO 3**

**CONVOCATORIA PÚBLICA No. 026 DE 2014**

**RELACIÓN DE REASEGURADORES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compañía** | **Calificación según normas**  **de la Superintendencia**  **Financiera de Colombia** | **País de origen** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# **CONSTITUCIÓN CONSORCIO**

**FORMATO ANEXO No. 4**

Señor

**Rector**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA**

Popayán

Los suscritos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quienes actuamos en nombre de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifestamos a usted nuestra voluntad y decisión de asociarnos en Consorcio, para participar en la convocatoria pública No. 026 2014, cuyo objeto se refiere a **LA CONTRATACIÓN DE UNA PÓLIZA DE SEGUROS MEDIANTE LAS CUALES SE CUBRAN LOS RIESGOS DE ACCIDENTE ESTUDIANTIL Y ENFERMEDADES GRAVES, PARA LOS ESTUDIANTES DE PREGRADO,EXTENSIÓN, POSGRADO, MAESTRÍA Y DOCTORADO, CORRESPONDIENTES AL SEGUNDO SEMESTRE DE 2014 Y PRIMERO DEL AÑO 2015.**

Denominación: el Consorcio se denomina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Integración: El Consorcio está integrado por:

Nombre Nit o CC. % de Participación

A %

B- %

1. Duración: La duración del Consorcio se extenderá desde la presentación de la propuesta hasta la extinción del amparo de calidad del servicio, incluido en la garantía única que avala el cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato.
2. Responsabilidad: Los consorciados responderemos solidariamente por el cumplimiento total de todas y cada una de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato, de acuerdo con lo estipulado en la Ley.
3. Representante: Para todos los efectos, el representante del consorcio es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien está expresamente facultado para firmar y presentar la propuesta y, en caso de ser favorecido en la adjudicación, para celebrar el contrato y efectuar su liquidación, con el fin de cumplir con las obligaciones contractuales que adquiera el Consorcio.
4. Sede del Consorcio:

Dirección:

Teléfono.

Telefax:

Ciudad:

Para constancia se firma en Popayán, a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2.014.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C. C. No de C. C. No de

CONSTITUCIÓN UNIÓN TEMPORAL

**FORMATO ANEXO No. 5**

Señor

**Rector**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA**

Popayán

Los suscritos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quienes actuamos en nombre de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifestamos a usted nuestra voluntad y decisión de asociarnos en Unión Temporal, para participar en LA CONVOCATORIA PÚBLICA **No. 026 de 2014,** cuyo objeto se refiere a **LA CONTRATACION DE UNA PÓLIZA DE SEGUROS MEDIANTE LAS CUALES SE CUBRAN LOS RIESGOS DE ACCIDENTE ESTUDIANTIL Y ENFERMEDADES GRAVES, PARA LOS ESTUDIANTES DE PREGRADO, POSGRADO,EXTENSIÓN, MAESTRÍA Y DOCTORADO, CORRESPONDIENTES AL SEGUNDO SEMESTRE DE 2014. Y PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2015**

1. Denominación: La Unión Temporal se denomina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Integración: La Unión Temporal está integrada por:

Nombre NIT o CC % de Participación

A %

B %

1. Duración: La duración de la Unión Temporal se extenderá desde la presentación de la propuesta hasta la extinción del amparo de calidad del suministro, incluido en la garantía única que avala el cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato.
2. Responsabilidad: Los miembros de la Unión Temporal responderemos individualmente de acuerdo con la participación de cada uno de nosotros en la ejecución del contrato, por el cumplimiento total de todas y cada una de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato, de acuerdo con lo estipulado en la Ley.
3. Representante: Para todos los efectos, el representante de la Unión Temporal es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado (a) con la cédula de ciudadanía No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien está expresamente facultado (a) para firmar y presentar la propuesta y, en caso de ser favorecido en la adjudicación, para celebrar el contrato y efectuar su liquidación, con el fin de cumplir con las obligaciones contractuales que adquiera la Unión Temporal.
4. Sede de la Unión Temporal:

Dirección:

Teléfono.

Telefax:

Ciudad:

Para constancia se firma en Popayán, a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2.014.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C. C. No de C. C. No de

**FORMATO No. 7**

**PATRIMONIO ADECUADO**

**(A DICIEMBRE 31 DE 2013)**

Certificamos que las cifras registradas en este anexo, son producto de cálculos realizados a partir de los datos contenidos en los estados financieros, de los cuales se derivan y revelan de manera fidedigna la situación de la entidad a Diciembre 31 de 2013.

A. Patrimonio técnico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B. Patrimonio adecuado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El patrimonio adecuado con el articulo **2.31.1.2.5** del Decreto 2954 de 2010.

(patrimonio técnico debe ser mayor al patrimonio adecuado).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal o Revisor Fiscal

T. P.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contador

T. P.

**FORMATO No. 7**

**CAPITAL DE TRABAJO**

**(A DICIEMBRE 31 DE 2013)**

Certificamos que las cifras registradas en este anexo, son producto de cálculos realizados a partir de los datos contenidos en los estados financieros, de los cuales se derivan y revelan de manera fidedigna la situación de la entidad a Diciembre 31 de 2013.

Capital de trabajo = Activo Corriente - Pasivo Corriente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal Revisor Fiscal

T. P.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contador

T. P.

Nota: DILIGENCIAR EL FORMATO EN SU TOTALIDAD.

**FORMATO No. 7**

**ÍNDICES FINANCIEROS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÍNDICE** | **FÓRMULA** | **ÍNDICE REQUERIDO** | **ÍNDICE DE LA ASEGURADORA** |
| **ÍNDICE DE LIQUIDEZ** |  | **IGUAL O SUPERIOR A 1,5** |  |
| **ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO** |  | :**≤ 40% ( 0.40 )** |  |
| **RAZÓN DE COBERTURA DE INTERESES** |  | **MAYOR O IGUAL A 6** |  |
| **CAPITAL MÍNIMO SOLICITADO AL 2014 PARA OPERAR EN VIDA(\*)** |  | **1.603.000.000**  **(\*)** |  |

**(\*)**En todo caso y en caso de no cumplir con este indicador, deberán cumplir con el capital mínimo solicitado al 2014 para operar en el ramo de vida en concordancia con el decreto 1222 de mayo 15 del 2003, cuyo capital mínimo fue de **1.603.000.000**

Certificamos que las cifras registradas en este anexo, son producto de cálculos realizados a partir de los datos contenidos en los estados financieros, de los cuales se derivan y revelan de manera fidedigna la situación de la entidad a Diciembre 31 de 2013.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal Revisor Fiscal

T. P.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contador

T. P.

Nota: DILIGENCIAR EL FORMATO EN SU TOTALIDAD.

**FORMATO No. 7**

**CAPACIDAD ORGANIZACIONAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INDICADOR** | **FÓRMULA** | **ÍNDICE REQUERIDO** | **INDICE DE LA ASEGURADORA** |
| **RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO** |  | **MAYOR QUE CERO** |  |
| **RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS** |  | **MAYOR QUE CERO** |  |
| **PATRIMONIO TÉCNICO-PATRONIO ADECUADO (\*)** |  | **POSITIVO (\*)** |  |

(\*)En caso de que la compañía no cumpla con LA RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO Y LA RENTABILIDAD DEL ACTIVO, deberá demostrar el siguiente indicador citado.

Certificamos que las cifras registradas en este anexo, son producto de cálculos realizados a partir de los datos contenidos en los estados financieros, de los cuales se derivan y revelan de manera fidedigna la situación de la entidad a Diciembre 31 de 2013.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal Revisor Fiscal

T. P.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contador

T. P.

Nota: DILIGENCIAR EL FORMATO EN SU TOTALIDAD.