**anexo 4 - FORMATO DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA**

[Lugar, fecha]

Señores

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Atn. Sr. Representante Residente

Ave. 82 # No. 10 – 62, Piso 3

Bogotá - Colombia

Asunto: Proyecto COL/C81: Programa del Fortalecimiento Nacional y Local para la Reducción del Consumo de Drogas” Proceso 2015-5305. Objeto: “Contratar un (1) consultor para que realice 5 capacitaciones en responsabilidad penal adolescente”

Por la presente manifiesto que he examinado los Términos de Referencia, que estoy de acuerdo y en consecuencia cumplo y acepto todas y cada una de las disposiciones en él contenidas para realizar la consultoría de la referencia, así como las establecidas por la Ley.

El abajo firmante ofrezco proveer los servicios para la consultoría, aceptando los términos y condiciones del contrato, de conformidad con los Términos de Referencia, y con mi propuesta.

Entiendo que la sede de trabajo es el domiclio del consultor en Colombia.

Mi propuesta económica será obligatoria, con sujeción a las modificaciones que resulten de las negociaciones del contrato.

Entiendo que ustedes no están obligados a aceptar ninguna de las propuestas que reciban. Además dejo constancia de que no existen causales de inhabilidad o incompatibilidad que me impida participar en el presente invitación y suscribir el contrato respectivo. Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse solo comprometen al firmante de esta carta. Que ninguna entidad o persona distinta al firmante tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato que de ella se derive.

Que el servicio se ejecutará en un plazo de cuatro (4) meses y 15 dias.

Que el costo total de la oferta, expresado es:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE CONSULTORIA** | Nacional - Requiere conocimiento y experiencia local o nacional) | COP$Valor en letras: |

**Parte I:**

|  |
| --- |
| **BREVEMENTE INDIQUE POR QUE SE CONSIDERA IDONEO PARA DESARROLLAR LOS PRODUCTOS OBJETO DE LA CONSULTORIA:** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Requisitos** | **Indicar Cumplimiento** |
| Titulo Profesional | Profesional en ramas de las ciencias sociales, medicina, ciencias humanas o afines. | [Detallar los estudios realizados, Universidad- fecha de Grado – Título obtenido] |
| Experiencia Especifica *Sólo se tendrá en cuenta la experiencia a partir de la fecha de grado, no se tendrán en cuenta traslapos en la experiencia.* | * Cinco (5) años de experiencia específica en temas de atención, tamizaje, evaluación de problemas de abuso o planes de tratamiento a personas afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas.
* Dos (2) años de experiencia  especifica como capacitadores del Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente.
* Dos (2) años de experiencia especifica como facilitador de procesos formativos en el programa Treatnet (adjuntar a este documento la certificación).
 | [Relacionar detalladamente la experiencia que posea de acuerdo a lo mínimo solicitado (Detallar: Objeto Breve descripción de las actividades que se desarrollaron– fecha de inicio – fecha de terminación – Entidad contratante)] |

 |
|  |

**Parte II:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Entregable /Productos** | **Peso porcentual en la consultoría** | **VALOR COP$** |
| 1 | Propuesta de formación en la que se provean herramientas teórico-prácticas que fortalezcan las habilidades de los participantes en el uso de instrumentos de tamizaje y herramientas motivacionales basadas en el Modelo de Cambio de Prochaska y Di Clemente. | 0% | $(El valor del producto debe incluir todos los gastos necesarios para desarrollarlo, incluso los viajes PREVISTOS SI HUBIESE. |
| 2 | Documento de compilación de material pedagógico y de consulta utilizado para la formación incluidos documentos, instrumentos, presentaciones, videos, bibliografía, entre otros | 50% | $(El valor del producto debe incluir todos los gastos necesarios para desarrollarlo, incluso los viajes PREVISTOS SI HUBIESE. |
| 3 | Documento construido para la socialización a los participantes la ruta de atención en salud para personas con personas de consumo de sustancias de acuerdo con el sistema de seguridad social en salud – SGSSS | $(El valor del producto debe incluir todos los gastos necesarios para desarrollarlo, incluso los viajes PREVISTOS SI HUBIESE. |
| 4 | Documento de informe de sistematización de los cinco (5) talleres que contenga los resultados del proceso formativo de acuerdo a los lineamientos acordados con Ministerio de Justicia y del Derecho, ICBF y UNODC que como mínimo incluya; listados de asistencia, registro fotográfico, resultados de la aplicación de pruebas de pre test y post test y recopilación de las apreciaciones e los participantes durante el proceso formativo. | 50% | $(El valor del producto debe incluir todos los gastos necesarios para desarrollarlo, incluso los viajes PREVISTOS SI HUBIESE. |

*LOS VIAJES PREVISTOS Y QUE DEBEN INCLUIRSE EN LA PROPUESTA SON:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Ciudad de Origen* | *Ciudad de Destino* | *A título informativo. Costo del viaje ya incluido en la propuesta* | *Noches* | *A título informativo. Costo de los viáticos ya incluido en la propuesta (Hospedaje, alimentación, traslados)* |
| Ciudad de residencia en Colombia. | Bogotá | *$(a ser diligenciado por el consultor)* | *1* | *$(a ser diligenciado por el consultor)* |
| Ciudad de residencia en Colombia. | Bogotá | *$(a ser diligenciado por el consultor)* | *1* | *$(a ser diligenciado por el consultor)* |
| Ciudad de residencia en Colombia. | Bogotá | *$(a ser diligenciado por el consultor)* | *1* | *$(a ser diligenciado por el consultor)* |
| Ciudad de residencia en Colombia. | Armenia | *$(a ser diligenciado por el consultor)* | *1* | *$(a ser diligenciado por el consultor)* |
| Ciudad de residencia en Colombia. | Barranquilla | *$(a ser diligenciado por el consultor)* | *1* | *$(a ser diligenciado por el consultor)* |

**Parte III:**

|  |  |
| --- | --- |
| En caso de emergencia contactar a: | *Indicar* |
| Teléfonos de contacto: | *Indicar* |
| Los Consultores Individuales deben designar un beneficiario, indicar nombre completo: | *Indicar* |
| Documento de Identidad No. | *Indicar* |
| Dirección | *Indicar* |
| Teléfonos de contacto. | *Indicar* |
| ¿Actualmente es usted funcionario público? | *Si \_\_\_ No\_\_\_**En caso de “si” indicar entidad**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| ¿Es usted exfuncionario de Naciones Uunidas? | *Si \_\_\_ No\_\_\_*En caso de “si” Indiqe tipo de contrato, cargo, nivel, lugar, fecha de desvinculación *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| ¿Su padre, madre, hijos(as), hermanos(as), esposo(s) es (son) funcionarios del staff de Naciones Unidas? | Si \_\_\_ No\_\_\_En caso de “si” explique.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| ¿En la actualidad esta usted contratado por las Naciones Unidas, en cualquiera de sus modalidades? | Si \_\_\_ No\_\_\_En caso de “si” explique.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

Atentamente,

(Firma)

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

Nombre del oferente: [indicar nombre completo del proponente]

Documento de Identidad No.: [indicar número]

Dirección: [indicar dirección y ciudad]

Teléfonos de Contacto: [indicar número e indicativo de larga distancia]

E mail: [indicar]