

 ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NIT: 800204153-7 Cra 26 N° 17-124 Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro	ASISTENCIAL	MECI 1000:2014  MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION	
	MEDICAMENTOS	CODIGO: PL-PD	PÁGINA: Página 1 de 3

ANEXO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Lorica, ____ de ____ de 2024

Señores:

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE LORICA E. S. D.

Asunto: Convocatoria pública No. 04 de 2024

El suscrito, (OBRANDO EN NOMBRE PROPIO O COMO REPRESENTANTE LEGAL DE LA FIRMA _____, O COMO REPRESENTANTE DEL CONSORCIO _____ O UNIÓN TEMPORAL _____), DECLARO QUE:

1. He examinado y no tengo reservas a los documentos de los términos de referencia, incluyendo _____ los _____ adendos _____ Nos. _____.
2. De conformidad con los documentos de esta contratación, me comprometo a ejecutar _____.
3. El _____ precio _____ de _____ mi oferta, incluida _____ IVA, es _____.
4. Que tengo facultades plenas para contratar y comprometer a la persona que represento, en cuantía hasta de (\$ _____) M/CTE., de conformidad con el certificado de existencia y representación legal obrante en mi propuesta o por autorización concedida en acta del _____.
5. Mi oferta se mantendrá vigente por un período de _____ días, contados a partir de la fecha límite fijada para la presentación de ofertas, de conformidad con los términos de referencia. Esta oferta me obliga y podrá ser aceptada en cualquier momento hasta antes del término de dicho período.
6. Si mi oferta es aceptada, me comprometo a constituir garantía única, con los amparos que se requieran.
7. Para esta contratación, no soy partícipe en calidad de oferente, en más de una oferta.

Elaborado por:	CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro LORICA -CORDOBA TEL: (604) 7732980 email:hospitalorica@gmail.com	VERSIÓN	001
L.G.			

 ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NIT: 800204153-7 Cra 26 N° 17-124 Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro	ASISTENCIAL	MECI 1000:2014  MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION	
	MEDICAMENTOS	CODIGO: PL-PD	PÁGINA: Página 2 de 3

8. Entiendo que esta oferta, junto con su aceptación por escrito que se encuentra incluida en la comunicación de adjudicación, constituirán una obligación contractual hasta la preparación y ejecución del contrato formal.
9. Manifiesto que no me encuentro (y/o ni la firma, ni el consorcio, ni la unión temporal que represento), incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad, de las establecidas en la Constitución Política o en la Ley.
Nota: En el caso de consorcio o unión temporal, esta declaración debe ser presentada igualmente por el representante de cada una de las firmas que lo conforman.
10. Afirmo que el proponente o los socios de la persona Jurídica, o cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, no somos deudores morosos de obligación alguna contraída con el Estado, ni nos encontramos reportados en el boletín de responsables fiscales de la Contraloría General de la República.

Régimen Tributario al cual pertenezco:

DATOS DE CONTACTO PARA NOTIFICACIONES

Campo	Información
Nombre del Representante Legal	_____
Cédula de Ciudadanía o NIT	_____
Dirección	_____
Teléfono	_____
Fax	_____
Correo Electrónico	_____

FIRMA: _____
 Ciudad: _____

Elaborado por: L.G.	CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro LORICA -CORDOBA TEL: (604) 7732980 email:hospitalorica@gmail.com	VERSIÓN	001
----------------------------	---	----------------	------------

	ASISTENCIAL		MECI 1000:2014  MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION	
	MEDICAMENTOS		CODIGO:	PL-PD
			PÁGINA:	Página 3 de 3

Elaborado por:	CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro LORICA -CORDOBA TEL: (604) 7732980 email:hospitalorica@gmail.com	VERSIÓN	001
L.G.			