

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

ANEXO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Lorica,

Señores

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE LORICA

E. S. D.

Asunto: Convocatoria pública No. XXX 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:

He examinado y no tengo reservas a los documentos de los términos de referencia, incluyendo los adendos Nos. _____

- a. De conformidad con los documentos de esta contratación, me comprometo a ejecutar

- b. El precio de mi oferta incluida IVA, es _____
- c. Que tengo facultades plenas para contratar y de 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 _____.
- e. Mi oferta se mantendrá vigente por un periodo 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 periodo.
- f. Si mi oferta es aceptada, me comprometo a constituir garantía única, con los amparos que se requieran.
- g. Para esta contratación, no soy partícipe en calidad de oferente, en más de una oferta.
- h. 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.
- i. 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.

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

j. Afirmo, que el proponente o los socios de la persona Jurídica, o cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, no soy (somos) deudor (es) 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.

El Régimen Tributario al cual pertenezco es _____

IGUALMENTE, SEÑALO COMO LUGAR DONDE RECIBIRÉ NOTIFICACIONES, COMUNICACIONES Y REQUERIMIENTOS RELACIONADOS CON ESTA CONTRATACIÓN, EL SIGUIENTE:

Nombre del Representante Legal:	
C.C. o NIT.	
Dirección	
Teléfono:	
FAX:	
E.MAIL:	

FIRMA: _____ Ciudad y Fecha

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