

	CONVOCATORIA		MECI 1000:2014 mipg MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION
	FARMACIA		CODIGO: PL-PD
			PÁGINA: Página 1 de 3

ANEXO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Lorica, [Fecha]

Señores
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE LORICA
Ciudad

Asunto: Convocatoria Pública No. XXX de 2025

El suscrito, (nombre completo), identificado con cédula de ciudadanía No. ____ expedida en ____, actuando en nombre propio / en calidad de representante legal de ____, / como representante del Consorcio ____ / Unión Temporal ____, de manera respetuosa manifiesto lo siguiente:

Declaraciones

1. Aceptación de los Términos:

He examinado detalladamente los documentos de los términos de referencia, incluyendo las adendas Nos. _____, y declaro no tener reservas sobre los mismos.

2. Compromiso de Ejecución:

Me comprometo a ejecutar el objeto contractual definido como [descripción del objeto contractual, por ejemplo: suministro de reactivos de laboratorio, propios y necesarios para el funcionamiento de las instalaciones de la E.S.E.], conforme a lo establecido en los términos de referencia y demás documentos de la convocatoria.

3. Precio de la Oferta:

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

 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	
	FARMACIA		CODIGO:	PL-PD
			PÁGINA:	Página 2 de 3

El precio total de mi propuesta, incluido el IVA, asciende a la suma de (\$ _____) M/CTE.

4. Capacidad de Contratar:

Declaro tener facultades legales plenas para contratar y comprometer a la persona natural o jurídica que represento, hasta por la suma de (\$ _____) M/CTE., según consta en el certificado de existencia y representación legal o en el acta de autorización otorgada por el órgano competente, incluida en mi propuesta.

5. Vigencia de la Oferta:

Mi oferta se mantendrá vigente por un período de ____ días, contados a partir de la fecha límite para la presentación de propuestas, según lo establecido en los términos de referencia.

6. Garantías:

En caso de adjudicación, me comprometo a constituir la garantía única con los amparos requeridos, conforme a las disposiciones de los términos de referencia.

7. Exclusividad de la Oferta:

Para esta contratación, declaro que no participo en calidad de oferente en más de una propuesta, ni de manera individual ni a través de consorcio o unión temporal.

8. Obligación Contractual:

Entiendo que esta oferta, junto con la comunicación escrita de adjudicación, constituirá una obligación contractual hasta la formalización y ejecución del contrato respectivo.

9. Habilitación para Contratar:

Declaro que ni yo, ni la persona jurídica, ni el consorcio o unión temporal que represento estamos incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad establecida en la Constitución Política o en la ley vigente.

10. Responsabilidad Fiscal:

Declaro bajo la gravedad de juramento que ni el proponente, ni los socios de la persona jurídica, ni los integrantes del consorcio o unión temporal estamos reportados como deudores morosos ante el Estado, ni en el boletín de responsables fiscales de la Contraloría General de la República.

11. Régimen Tributario:

El régimen tributario al cual pertenezco es: _____.

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

 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	
	FARMACIA	CODIGO:	PL-PD
		PÁGINA:	Página 3 de 3

Notificaciones

Para efectos de notificaciones, comunicaciones y requerimientos relacionados con esta contratación, señalo la siguiente información:

Nombre del Representante Legal: _____

C.C. o NIT: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Firma

Atentamente,

[Nombre Completo del Proponente o Representante Legal]

Documento de Identidad: _____

Firma: _____

Ciudad y Fecha: _____

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