
 <p><b>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>  <small>NT: 800204153-7  Cra 26 N° 17-124 Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	<b>PROCESO</b>	<b>TERMINO DE REFERENCIA</b>	<b>MECI 1000:2005</b> 	
	<b>Tipo de documento</b>	<b>SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>LG-01-CT</b>
	<b>OD</b>		<b>VERSION:</b>	<b>001</b>
<b>PÁGINA:</b>			<b>1</b>	

**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. 001 de 2022

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 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.
- 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.

 <p><b>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>  <small>NIT: 800204153-7  Cra 26 N° 17-124 Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	<b>PROCESO</b>	<b>TERMINO DE REFERENCIA</b>	<b>MECI 1000:2005</b> 	
	<b>Tipo de documento</b>	<b>SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>LG-01-CT</b>
	<b>OD</b>		<b>VERSION:</b>	<b>001</b>
<b>PÁGINA:</b>			<b>2</b>	

- 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.



- 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 Fech

 <p><b>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b></p> <p><small>NIT: 900204153-7 Cra 26 N° 17-124 Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	<b>PROCESO</b>	<b>TERMINO DE REFERENCIA</b>	<b>MECI 1000:2005</b> 	
	<b>Tipo de documento</b>	<b>SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>LG-01-CT</b>
	<b>OD</b>		<b>VERSION:</b>	<b>001</b>
			<b>PÁGINA:</b>	<b>3</b>