ANEXO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN

Bogotá D.C., JUNIO 30 de 2021

Doctor
OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS
Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.

Referencia: PROCESO No IC-040-2021

Para su consideración presentamos a usted la propuesta para participar en el proceso de la referencia, para lo cual relaciono la siguiente Información:

INFORMACIÓN GENERAL:

RAZÓN SOCIAL DEL OFERENTE	ACCESORIOS Y EQUIPO BIOMEDICO S.A.S.
IDENTIFICACIÓN (N. I. T.)	900455887-3
DIRECCIÓN	CARRERA 71 N°50-31NORMANDIA BOGOTA
NÚMERO TELEFÓNICO Y NÚMERO DE FAX	3143306253
NÚMERO DE MATRÍCULA MERCANTIL	02125391
CORREO ELECTRÓNICO	ayebiomedicosas@gmail.com
TELÉFONO Y MÓVIL	3143306253
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	VICTOR HUGO SUAREZ RAMIREZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA	86.088.607
VALOR TOTAL DE LA OFERTA	

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me encuentro, ni la Empresa, incurso en ninguna de las causales de inhabilidad y / o incompatibilidad señaladas por la Ley, ni he sido multado ni sancionado en los últimos seis (6) meses para presentar esta propuesta o suscribir el respectivo contrato. Adicionalmente manifiesto que entiendo, conozco y acepto las condiciones establecidas en los términos de referencia.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

N. I. T. Y/O C. C.

VICTOR HUGO SUAREZ RAMIREZ
C.C. 86.088.607

ANEXO No. 2

MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES
(ART. 50 LEY 789/02)

Nombre o razón social del proponente: ACCESORIOS Y EQUIPO BIOMEDICO S.A.S

CERTIFICACIÓN

Certifico que ACCESORIOS Y EQUIO BIOMEDICO S.A.S. con C.C. o NIT No. 900455887-3, ha cumplido con el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante (3) TRES AÑOS Y (5) meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso.

Expedida en el mes de JULIO de 2021.

Nombre: VICTOR HUGO SUAREZ RAMIREZ

Firma: _____

(Proponente o el representante legal o revisor fiscal **(cuando esté obligado a tener revisor fiscal)**)

_____**FIRMA DEL PROPONENTE**

ANEXO No. 3

MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO CUMPLIMIENTO LEY 789 DE 2002

Nombre o razón social del proponente: _____

CERTIFICACIÓN

Certifico que_____. con C.C. o NIT No. 900455887-3, ha cumplido con la obligación de las cuotas de aprendices en la empresa o la monetización de la cuota de aprendizaje conforme a lo establecido en la ley 789 de 2002, artículos 33 y 34 y decreto 933 de 2003 artículos 12,13 y durante_____(_) meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso.

Expedida en el mes de XXXX de 2020.

(Representante legal o el revisor fiscal **(cuando esté obligado a tener revisor fiscal)**)

Nombre:

Firma: _____

ANEXO No. 4

INFORMACIÓN FINANCIERA

NOMBRE DEL PROPONENTE: ACCESORIOS Y ESQUIPO BIOMEDICO S.A.S

NIT; 900455887-3

REPRESENTANTE LEGAL: VICTOR HUGO SUAREZ RAMIREZ

Nosotros los abajo firmantes certificamos que la información contable descrita a continuación, es tomada fielmente de los Estados Financieros de la Empresa con corte a 31 de Diciembre de 2018:

1º. INDICE DE LIQUIDEZ:

ACTIVO CORRIENTE: 119.648.563 PASIVO CORRIENTE: 76.251.457

IL = AC/PC = 2,61

2º. NIVEL DE ENDEUDAMIENTO:

ACTIVO TOTAL: 228.811.241 PASIVO TOTAL: 95.450.180

NE= (PT/AT)*100 = 41,71

Fecha: 31 DE DICIEMBRE de 2020.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE_____

C.C.

FIRMA CONTADOR

NOMBRE:_____

T.P:_____

_____

FIRMA REVISOR FISCAL

NOMBRE_____

T.P. _____