**FORMATO No. 1**

**CARTA DE PRESENTACIÓN**

Bogotá D.C., diciembre 12 de 2022

Doctora
MARTHA YOLANDA RUÍZ VALDÉS
Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.

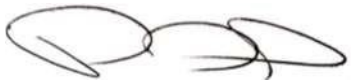
**Referencia:** PROCESO No OC-559-2022

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 | TIINDUX SAS |
| IDENTIFICACIÓN (N. I. T.) | 901.271.223-6 |
| DIRECCIÓN | CL 40 NO. 19 15 OF 401 |
| NÚMERO TELEFÓNICO Y NÚMERO DE FAX | 3002744228 |
| NÚMERO DE MATRÍCULA MERCANTIL | 03094908 |
| CORREO ELECTRÓNICO | diegodelgado@tiindux.com |
| TELÉFONO Y MÓVIL | 3002744228 |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL | DIEGO GERMAN DELGADO BERNAL |
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 79792458 |
| **VALOR TOTAL DE LA OFERTA** | **$36.003.450** |

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.



DIEGO GERMAN DELGADO BERNAL

**FORMATO No. 2**

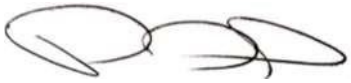
**MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES**
(ART. 50 LEY 789/02)

Nombre o razón social del proponente: _____TIINDUX SAS _____

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que __TIINDUX SAS con NIT No. _901.271.223-6_, 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 _doce meses_(12) meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso.

Atentamente,



DIEGO GERMAN DELGADO BERNAL
C.C. 79792458
Oferente: TIINDUX SAS
NIT: 901.271.223-6