FORMATO 01

CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Señores

MUNICIPIO DE PEREIRA - SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA
Calle 19 Nº 5-33
Pereira

El (los) abajo firmante(s), actuando en nombre y representación de (colocar nombre del Proponente o de sus miembros) ofrece(mos), mediante la suscripción de un contrato, para ***"EFECTUAR LA AUDITORIA INTEGRAL EN SALUD A LAS OBLIGACIONES A CARGO DE LAS EAPBS HABILITADAS EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA, QUE ADMINISTRAN EL ASEGURAMIENTO EN SALUD, EN EL MARCO DE LA CIRCULAR 001 DEL 2020 Y DEMAS NORMAS VIGENTES QUE REGULEN LA MATERIA, Y AL CONTRATO DE ATENCION ASISTENCIAL EN SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LA POBLACION POBRE NO AFILIADA, EN EL MARCO DEL PROYECTO ADMINISTRACION DEL ASEGURAMIENTO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA."***de acuerdo con los Pliegos de Condiciones y declara (mos):

1. Que ninguna otra persona o entidad, diferentes de las nombradas aquí, tiene participación en esta propuesta o en el contrato que será el resultado de este proceso y que, por lo tanto, solamente los firmantes están vinculados a dicha propuesta.

2. Que conocemos los pliegos de condiciones y demás documentos, así como las demás condiciones e informaciones necesarias para la presentación de la propuesta, y aceptamos todos los requerimientos establecidos en dichos documentos.

3. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en los documentos del proceso de selección.

4. Que entendemos que el valor del Contrato, conforme está definido en los documentos de los Pliegos de condiciones, incluye todos los impuestos, tasas o contribuciones directas o indirectas que sean aplicables, así como todos los costos directos e indirectos que se causen por labores de administración y las utilidades del contratista.

5. Que no existe ninguna falsedad en nuestra Propuesta.

6. Que realizamos la visita al sitio donde se adelantará el proyecto y conocemos las condiciones técnicas, sociales y ambientales, en las que se adelantará este.

7. Que el (los) abajo firmante(s), obrando en nombre y representación del Proponente manifiesto (amos) que me (nos) obligo (amos) incondicionalmente a firmar y ejecutar el Contrato asignado, en los términos y condiciones previstos en los Pliegos de Condiciones.

8. Que de acuerdo con lo establecido en los Pliegos de condiciones, adjunto se anexa la documentación solicitada en los mismos.

9. Que, a solicitud de EL MUNICIPIO DE PEREIRA - SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL, me (nos) obligo (amos) a suministrar cualquier información adicional necesaria para la correcta evaluación de la propuesta.

10. Que de manera libre y espontánea manifiesto (amos) que en el evento de resultar adjudicatario(s) del contrato, renuncio a efectuar cualquier acción, reclamación o demanda en contra de EL MUNICIPIO DE PEREIRA - SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIALL como resultado de la ejecución y liquidación del mismo.

11. Que conozco (cemos) detalladamente y que he hecho todas las averiguaciones necesarias para asumir los riesgos sociales, normativos, climáticos, ambientales, y técnicos que la ejecución del contrato me demande, y en consecuencia manifiesto (amos) que asumo (imos) los resultados económicos de los mismos.

Bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado al firmar esta carta manifiesto (amos), que no me (nos) encuentro (amos) ni personal ni corporativamente, en curso(s) en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad previstas en las normas legales, así mismo señalo que no me encuentro en el boletín de responsables fiscales de la Contraloría General de la República.

Esta propuesta es avalada por {nombre}: _____con tarjeta profesional No. _____, quien firma esta carta y quien no tiene incompatibilidades o conflictos de interés con EL MUNICIPIO DE PEREIRA - SECRETARÍA DE SALU PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL.

El (Los) abajo firmante(s) declaro (amos) que he (mos) recibido todos los documentos y anexos descritos en los Pliegos de condiciones, así como los adendos a los mismos.

De ustedes atentamente,

NOMBRE DEL PROPONENTE._____
CIUDAD:_____
DIRECCIÓN:_____
TELÉFONOS:_____
FAX:_____
CORREO ELECTRÓNICO:_____
NIT:_____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO:_____
FIRMA: _____
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE AVALA LA PROPUESTA:_____
FIRMA: _____