FORMATO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad, <<Fecha >>

Señores
ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Referencia: Presentación de Oferta proceso de Contratación No. **4145.010.32.1.1839-2025**

<<Nombre del representante legal del proponente>>, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en <<nombre propio o en calidad de representante legal de la persona jurídica o en nombre del consorcio o unión temporal o nombre de asociación>>, presento propuesta seria, formal e irrevocable para participar en el proceso de contratación de la referencia. Hago las siguientes manifestaciones:

- Que conozco y acepto los Documentos del Proceso, tuve la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los mismos, y recibí de la Entidad Contratante respuesta oportuna a cada una de las solicitudes. Que conocida esta información de ser adjudicado como contratista cumplirá con los términos de las Condiciones de Contratación y las estipulaciones del respectivo contrato.

- Que la propuesta ha sido elaborada de acuerdo con los documentos del proceso.

- Que la propuesta tiene la validez establecida en los estudios previos.

- Que en caso de ser contratista, nos someteremos al cumplimiento oportuno de toda la normatividad que la legislación laboral, de seguridad social y libre asociación en Colombia que le sea aplicable, en especial de aquellas que le surjan hacia sus empleados y el personal que tenga a su cargo; así como también seguridad y salud en el trabajo aplicable según su contratación, con el propósito de generar un alto grado de bienestar en sus trabajadores y prevenir los daños a la salud, a la dignidad, economía y subsistencia que puedan ser provocados por condiciones laborales.

- Autorizo expresamente para que las notificaciones personales a que haya lugar en el proceso de selección o con ocasión a él sean realizadas por correo electrónico, al email que aparece junto a mi firma, de conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la Ley 1437 de 2011.

- No estoy incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad o prohibiciones, así como tampoco la empresa que represento.

Atentamente,

NOMBRE Y FIRMA (persona natural; representante legal de la sociedad; representante del consorcio o unión temporal o apoderado según el caso)
C.C. No. Expedida en
Nit
Dirección
Número de Teléfono
Número de fax
Buzón del Correo electrónico.

FORMATO No. 2

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo, ----------, identificado con cédula de ciudadanía No._____, en calidad de_____(Representante legal, contador o Revisor Fiscal), manifiesto bajo la gravedad del juramento que la empresa_____ , ha cumplido durante los últimos seis (6) meses con las obligaciones a los sistemas de seguridad social (Salud y Pensiones), ARL, y obligaciones parafiscales señaladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, y a la fecha se encuentra a Paz y Salvo por estos conceptos.

Firma: _____

Nombre: _____

C.C No._____

Cargo: _____

NOTA:

- Esta certificación debe estar suscrita por el Revisor Fiscal cuando corresponda.
- Solo en el evento en que el proponente no esté obligado a tener Revisor Fiscal se aceptará la firma del Representante Legal

NOMBRE Y FIRMA (persona natural; representante legal de la sociedad; representante del consorcio o unión temporal o apoderado según el caso)
C.C. No. Expedida en
Nit
Dirección
Número de Teléfono
Número de fax
Buzón del Correo electrónico.