FORMATO No. 2

MODELO DE LA CARTA DE INFORMACIÓN DEL CONSORCIO

Lugar, fecha

Señores:
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
Sincelejo

PROCESO: Selección Abreviada por Subasta Inversa N° _____ cuyo objeto es: [incluir objeto del proceso de selección].

Los suscritos _____ *(Nombre del representante legal)* y _____ de _____ *(Nombre o razón social del integrante)*, respectivamente manifestamos por este documento, que hemos convenido asociarnos en CONSORCIO, para participar en el concurso público de la referencia cuyo objeto es el _____ *(objeto del presente proceso)***,** y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. La duración de este consorcio será igual al término de la ejecución y liquidación del contrato.
2. El consorcio está integrado por:

NOMBRE	**PARTICIPACION** (%) (1)
_____	
_____	
_____	

(1) *El total de la columna, decir la suma de los porcentajes de participación de los miembros, debe ser igual al 100%.*

3. El consorcio se denomina CONSORCIO _____
4. La responsabilidad de los integrantes del Consorcio es solidaria.
5. El representante del Consorcio es _____ (*indicar el nombre),* identificado con C.C. Nº. _____ de _____, quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y, en caso de salir favorecido con la adjudicación del contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.
6. La sede del Consorcio es:
   Dirección de correo _____
   Correo electrónico _____
   Teléfono _____
   Telefax _____
   Ciudad _____

En constancia, se firma en _____, a los _____ días del mes de _____ de 20__

_____

(Nombre y firma del Representante Legal de cada uno de los integrantes)

_____

(*Nombre y firma del Representante Legal del Consorcio)*