FORMATO No. 2
FORMATO DE LA CARTA DE INFORMACIÓN DEL CONSORCIO

Ciudad, fecha

Señores:
DEPARTAMENTO DE SUCRE
Atn.
Secretaría de Salud Departamental

PROCESO: SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA No. _____

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 proceso de la referencia cuyo objeto es el _____ (objeto del presente proceso), y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

La duración de este consorcio será igual al término de la ejecución y liquidación del contrato.

El consorcio está integrado por:

NOMBRE	PARTICIPACION (%) (1)
_____	
_____	
_____	

El total de la columna, decir la suma de los porcentajes de participación de los miembros, debe ser igual al 100%.
El consorcio se denomina CONSORCIO _____

La responsabilidad de los integrantes del Consorcio es solidaria.

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.

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)