Santacruz Nariño, 19 de octubre del 2026

Señor:
VICTOR HUGO ARCINIEGAS ZAMBRANO
Gerente Centro de salud Guachavés E.S.E.

REF.: Propuesta

PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN ENFERMRIA EBS PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD APS, EN EL TERRITORIO 5. MICROTERRITORIOS: MANZANILLO 1,2,3,4 (PISILTES, SAN MARTIN, DIAMANTE, TEQUELAN), DEL MUNICIPIO DE SANTACRUZ(N) POR PARTE DEL CENTRO DE SALUD GUACHAVES E.S.E., EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN 0248 DE 2026, PARA EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 20 DE OCTUBRE al 20 DE DICIEMBRE DE 2026, EN EL CENTRO DE SALUD GUACHAVÉS E.S.E.

Cordial Saludo.

En atención a su solicitud a presentar oferta para ejecutar el objeto de la referencia, me permito allegar la misma en el siguiente sentido:

DESCRIPCION	VALOR
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILAR EN ENFERMERIA EBS PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD APS, EN EL TERRITORIO 5. MICROTERRITORIOS: MANZANILLO 1,2,3,4 (SAN MARTIN, PISILTES, TAQUELAN, DIAMANTE), DEL MUNICIPIO DE SANTACRUZ(N) POR PARTE DEL CENTRO DE SALUD GUACHAVES E.S.E.	SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.900.000)

TOTAL: SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.900.000)

OBSERVACIONES:

1. En valor total para cada ítem, está incluido el valor del IVA y demás costos relacionados con la ejecución del contrato.

2. Con la presentación de este documento manifiesto bajo la gravedad del juramento **NO** estar incurso en alguna causal de inhabilidad,

incompatibilidad o conflicto de interés para celebrar contratos con la E.S.E. Anexo a esta propuesta los siguientes documentos:

Nombre del Documento	SE ANEXAN	
	SI	NO
Certificado de existencia y representación	**X**	
Registro Único Tributario RUT	**X**	
Documento de identificación al 150%	**X**	
Certificado vigente de Antecedentes Disciplinarios	**X**	
Certificado vigente de Antecedentes Fiscales	**X**	
Certificado vigente de Antecedentes Penales	**X**	
Certificado vigente de Antecedentes Contravencionales	**X**	
Certificado vigente de Antecedentes de Delitos Sexuales	**X**	
Afiliación a los Sistemas Generales de salud, pensión y riesgos laborales	**X**	

4. Mis datos de identificación o contacto son los siguientes:

OFERENTE: AMALIA PATRICIA YALUZAN CARATAR
C.C.No. 27.456.188 expedida en Santacruz (N)