



FORMATO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Ciudad y fecha: _____

Señores Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2019, Administrador de los recursos y vocero de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.

ASUNTO: PROCESO DE INVITACIÓN PÚBLICA No 001 de 2019.

Por medio del cual, El Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2019, está interesado en contratar a todo costo incluidos los impuestos que se causen, con total autonomía técnica y administrativa, la gestión integral, Administración del Archivo de Gestión y los servicios de custodia en el Archivo Central de Historias Clínicas de las Personas Privadas de la Libertad– PPL, que se encuentra en todos los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional – ERON - a cargo del INPEC, previa priorización establecida por Consorcio hasta llegar al 100% o agotar el monto del presupuesto asignado.

Así mismo declaro:

1. Que conozco los Términos de INVITACIÓN del proceso de selección e informaciones sobre preguntas y respuestas, así como los demás documentos relacionados con el objeto a desarrollar y acepto cumplir todos los requisitos en ellos exigidos salvo las sugerencias expresamente declaradas, en el evento que sean aceptadas por el Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2019.
2. Que acepto las consecuencias que se deriven del incumplimiento de los requisitos a que se refiere el numeral anterior.
3. Que bajo la gravedad del juramento que toda la información aportada y contenida en mi oferta es veraz y susceptible de comprobación.
4. Que acepto las condiciones y demás exigencias para la ejecución del contrato.
5. Que en caso de que sea seleccionado, me comprometo a ejecutar el contrato con Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2019, y a terminar el contrato dentro de los plazos contractuales, de acuerdo con lo establecido en los documentos del proceso de selección.
6. Que conozco y acepto en un todo las leyes generales y especiales aplicables a este proceso contractual.
7. Que conozco y acepto las disposiciones del Manual de Contratación del Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2019



8. Que con la firma de la presente Carta manifiesto bajo la gravedad de juramento que ni yo ni la(s) persona(s) natural(es) y/o jurídicas por mi representada, nos encontramos incursos dentro de las inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones consagradas en la Ley.
9. Que yo y la(s) persona(s) natural(es) y/o jurídicas por mi representadas, nos encontramos a paz y salvo con el Tesoro Nacional, por concepto de todos los impuestos nacionales y distritales de los cuales somos sujeto pasivo. (En caso de no encontrarse a paz y salvo señalar el concepto de los atrasos en detalle.)

QUE MI OFERTA SE RESUME ASI:

Nombre completo del Proponente:	
NIT:	
Representante legal	
Cedula de Ciudadanía	
GARANTIA DE SERIEDAD:	
Aseguradora:	
Valor :	
Vigencia :	Desde: (, ,) Hasta: (, ,) (Día, mes, año) (Día, mes, año)
Valor de la propuesta incluido IVA: \$	

Me permito informar que las comunicaciones relativas a este proceso de selección las recibiré en la conforme la siguiente información, por otra parte autorizo a Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2019 a notificarme lo correspondiente a este proceso por medio del correo electrónico relacionado:

Persona contacto:

Dirección:

Ciudad:

Teléfono(s):

Fax:

Correo Electrónico: