**FORMULARIO No. 17 B**

**INTENCIÓN DE CONTRATAR - PROPONENTE PLURAL**

El suscrito representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con cedula de ciudadanía número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ actuando en nombre y representación de la forma asociativa (U.T o Consorcio) (razón social definida)\_ identificada con NIT expedido al momento de la adjudicación del proceso de selección conforme a:

*“ARTÍCULO .6.1.2.11. Documentos para la formalización de la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT. Para efectos de la formalización de la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT se deberán adjuntar los siguientes documentos: (..) 4. Consorcios y uniones temporales 4.3. Copia física o digital del acta de adjudicación de la licitación o del contrato o carta de aceptación de la oferta o del documento que haga sus veces.”*

Forma asociativa integrada por las siguientes sociedades:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificada con NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ representada legalmente por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con cedula de ciudadanía número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificada con NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ representada legalmente por identificado con cedula de ciudadanía
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificada con NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ representada legalmente por identificado con cedula de ciudadanía

Así las cosas la (U.T o Consorcio) (razón social definida)\_ manifiesta la intención de contratar con la IPS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificada con el NIT , representada legalmente por , identificado con la cedula de ciudadanía número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de garantizar la atención de los servicios de salud ofertados según el detalle de servicios, del presente proceso de selección mediante modalidad de invitación pública, a la Población PPL ubicada en las regionales XXXXXXXXXXX, conforme los términos de duración, calidad y de prestación de servicios; definidos en los términos de referencia que realiza el Patrimonio Autónomo Fondo de Atención en Salud PPL 2024, en caso de que sea adjudicataria del proceso señalado.

**DETALLE DE SERVICIOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE LA IPS** | **MUNICIPIO** | **ERON QUE SE ATENDERA** | **CODIGO DE HABILITACION IPS** | **NOMBRE DEL SERVICIO OFERTADO** | **MODALIDAD DE ATENCIÓN (INTRAMURAL, EXTRAMURAL O TELEMEDICINA)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

NOTA: Si requiere incluir más servicios puede insertar filas adicionales.

En constancia de lo anterior, lo suscribo en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) días del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (2024).

# FIRMA REPRESENTANTE DE LOS INTEGRANTES (EN CASO DE PLURAL)

Nombre de Representante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Integrante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Porcentaje de Participación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# FIRMA REPRESENTANTE DE LOS INTEGRANTES (EN CASO DE PLURAL)

Nombre de Representante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Integrante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Porcentaje de Participación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# FIRMA REPRESENTANTE DE LOS INTEGRANTES (EN CASO DE PLURAL)

Nombre de Representante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Integrante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Porcentaje de Participación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# FIRMA REPRESENTANTE DEL PROPONENTE

Nombre de Representante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Proponente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTA: El documento debe ser diligenciado, firmado y presentado en formato PDF.