FORMATO No. 01

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 SUBASTA INVERSA No 001 de 2021.

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, *“Prestar los servicios de transporte asistencial básico y/o medicalizado para las personas privadas de la libertad (PPL), al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional (ERON) a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC.”*

1. **DECLARO QUE:**
2. 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.
3. Que acepto las consecuencias que se deriven del incumplimiento de los requisitos a que se refiere el numeral anterior.
4. Que declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aportada y contenida en mi oferta es veraz y susceptible de comprobación.
5. Que acepto las condiciones y demás exigencias para la ejecución del contrato.
6. 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.
7. Que conozco y acepto en un todo las leyes generales y especiales aplicables a este proceso contractual.
8. Que conozco y acepto las disposiciones del Manual de Contratación del Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2019 publicado en la página web https://www.fiduprevisora.com.co/wp-content/uploads/2019/12/Manual-de-contratacion-Consorcio-Fondo-de-Atencion-de-Salud-PPL-Fondo-Nal-de-Salud-de-las-PPL-3.pdf
9. Que con la firma de la presente Carta manifiesto bajo la gravedad de juramento que ni yo ni la(s) persona(s) jurídicas por mi representada(s), nos encontramos incursos dentro de las inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones consagradas en la Ley.
10. Que yo y la(s) persona(s) jurídicas por mi representada(s), 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.)
11. Declaro que los siguientes documentos presentados en mi oferta son considerados confidenciales (si aplica):

|  |  |
| --- | --- |
| DOCUMENTO | NORMA |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Que con la presentación de la oferta autorizo a todas las entidades, personas o empresas que de una u otra forma se mencionen en los documentos presentados, a suministrar la información que el Consorcio requiera.
2. **QUE MI OFERTA SE RESUME ASI:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo del Proponente: |  |
| NIT: |  |
| Representante legal |  |
| Cédula de Ciudadanía |  |
| GARANTÍA DE SERIEDAD: |  |
| Aseguradora: |  |
| Valor : |  |
| Vigencia : | Desde: ( , , ) Hasta: ( , , ) |
|  | (Día, mes, año) (Día, mes, año) |
| Valor total de la propuesta:  |  |

**NOTA:** En caso de presentarse para dos (2) o más departamentos, en la fila correspondiente al valor total de propuesta deberá poner la sumatoria de la totalidad de los valores ofertados.

1. **Especificación Regional:**

En el cuadro que se relaciona a continuación, en la columna denominada “aplica” deberá marcar con una (X) el departamento(s) al cual se está presentando y en la columna “valor” incluirá el costo individual por kilómetro y tipo de ambulancia:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **DESCRIPCIÓN** | **APLICA (X)** | **VALOR AMBULANCIA BASICA (VALOR KM)** | **VALOR AMBULANCIA MEDICALIZADA (VALOR KM)** | **VALOR HORA DE ESPERA** |
| 1 | AMAZONAS |   |  |  |  |
| 2 | META |   |  |  |  |
| 3 | BOYACA |   |  |  |  |
| 4 | CUNDINAMARCA |   |  |  |  |
| 5 | HUILA |   |  |  |  |
| 6 | TOLIMA |  |  |  |  |
| 7 | ANTIOQUIA |  |  |  |  |
| 8 | CHOCO |  |  |  |  |
| 9 | VALLE DEL CAUCA |  |  |  |  |
| 10 | CAUCA |  |  |  |  |
| 11 | NARIÑO |  |  |  |  |
| 12 | SANTANDER |  |  |  |  |
| 13 | CESAR |  |  |  |  |
| 14 | CALDAS |  |  |  |  |
| 15 | RISARALDA |  |  |  |  |
| 16 | ATLANTICO |  |  |  |  |
| 17 | BOLIVAR |  |  |  |  |
| 18 | MAGDALENA |  |  |  |  |
| 19 | CORDOBA |  |  |  |  |
| 20 | GUAJIRA |  |  |  |  |
| 21 | SUCRE |  |  |  |  |
| 22 | NORTE DE SANTANDER |  |  |  |  |

**NOTA:** El valor de la propuesta incluye todos los impuestos, tasas y contribuciones.

Autorizo al Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2019, para que me notifique en lo correspondiente a este proceso de selección por medio del correo electrónico relacionado a continuación:

Representante Legal:

Dirección:

Ciudad:

Teléfono(s):

Fax:

Correo Electrónico: