

ANEXO 1
CARTA DE PRESENTACIÓN

Bogotá D.C.

Señor:
REPRESENTANTE LEGAL
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
Carrera 8 No. 0-29 Sur
Bogotá, D.C.

Ref. Convocatoria Pública No. 10 de 2020 Solicitud No. OC000020190015 - SUMINISTRO DE PÓLIZAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE SEGUROS PARA LA **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA (BOGOTÁ)** Y SU **UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ** CON SUS PUESTOS DE SALUD **COGUA** Y **SAN CAYETANO** MEDIANTE LA SELECCIÓN DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS LEGALMENTE CONSTITUIDA EN COLOMBIA ESTAS SON REQUERIDAS PARA LA ADECUADA PROTECCIÓN DE LOS BIENES E INTERESES PATRIMONIALES DE PROPIEDAD DEL HOSPITAL Y AQUELLOS POR LOS CUALES SEA O LLEGARE A SER LEGALMENTE RESPONSABLE O LE CORRESPONDA ASEGURAR EN VIRTUD DE DISPOSICIÓN LEGAL O CONTRACTUAL.

EL suscrito _____, obrando en representación de _____ y de acuerdo con las reglas que contienen el Pliego de Condiciones, sus anexos y el Estatuto de Contratación y Solicitud No. OC000020190015 para SUMINISTRO DE PÓLIZAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE SEGUROS PARA LA **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA (BOGOTÁ)** Y SU **UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ** CON SUS PUESTOS DE SALUD **COGUA** Y **SAN CAYETANO** MEDIANTE LA SELECCIÓN DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS LEGALMENTE CONSTITUIDA EN COLOMBIA ESTAS SON REQUERIDAS PARA LA ADECUADA PROTECCIÓN DE LOS BIENES E INTERESES PATRIMONIALES DE PROPIEDAD DEL HOSPITAL Y AQUELLOS POR LOS CUALES SEA O LLEGARE A SER LEGALMENTE RESPONSABLE O LE CORRESPONDA ASEGURAR EN VIRTUD DE DISPOSICIÓN LEGAL O CONTRACTUAL. El tiempo de ejecución será de Diez (10) meses a partir del perfeccionamiento del contrato en las instalaciones de la UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ Calle 10 N° 7-52 – Zipaquirá Cundinamarca y sus centro de salud de Cogua y San Cayetano y en las Instalaciones del HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Carrera 8 No. 0-29 sur (Barrio Calvo Sur) Bogotá D.C. , de acuerdo al objeto de la Convocatoria Pública, y en caso que me sea adjudicado el contrato, me comprometo a ejecutar el objeto contractual en la forma y especificaciones determinadas en los Pliegos de condiciones y sus anexos, como lo ofrecido en la presente propuesta y a cumplir con todas las obligaciones que surjan de esta Convocatoria y del contrato.

Expresamente manifiesto que:

- No estamos incurso en causal alguna de inhabilidad o incompatibilidad según lo previsto por la Constitución Política, la ley y el Estatuto Contractual de la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA**.
- Como representante legal tengo capacidad legal y estoy facultado para presentar esta propuesta.
- La información suministrada es veraz y no fija condiciones económicas artificialmente bajas con el propósito de obtener la adjudicación del contrato.
- Hemos estudiado el Pliego de Condiciones con sus anexos, y declaramos expresamente nuestra conformidad con dicha documentación y el sometimiento a la misma para presentar nuestra propuesta.



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

05GIS15-V4

- e) Aceptamos las condiciones y demás requisitos contenidos en la Convocatoria Pública, Pliego de Condiciones y anexos.
- f) Declaramos que asumimos toda la responsabilidad por cualquier error u omisión cometido en la preparación y presentación de la propuesta y por los compromisos adquiridos con la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA** y con terceros, derivada de ella.
- g) Nos comprometemos a mantener esta oferta por un período de noventa (90) días contados a partir de la fecha del cierre del proceso de selección o del vencimiento de sus prórrogas si las hubiere.
- h) Aceptamos las responsabilidades y obligaciones relacionadas con la entrega de la oferta y en caso de ser seleccionados, suscribiremos y legalizaremos el contrato en los plazos definidos por el Hospital.
- i) Que el original de la propuesta consta de () folios, debidamente numerados.
- j) Me comprometo a actuar de buena fe en todo el proceso de selección y pos selección.
- k) Suministro la siguiente información para efectos de notificar o comunicar todos los actos que la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA**, deba o considere necesario efectuar durante el curso de la presente Convocatoria Pública.

DATOS PARA NOTIFICACIÓN

DIRECCIÓN:

TELÉFONO FIJO:

MOVIL:

E-MAIL:

(Nombre y firma del Representante Legal)

NOTA: LA FIRMA DE UNA PERSONA DIFERENTE AL REPRESENTANTE LEGAL O QUIEN HAYA DELEGADO O SU APODERADO, O LA AUSENCIA DE FIRMA, DARÁN LUGAR A QUE LA OFERTA SEA RECHAZADA.