**ANEXO 5**

Ciudad, Fecha

Señores

**ESE HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA**

Calle 38 55 310

Bello, Antioquia

ASUNTO: **CARTA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA INVITACIÓN PÚBLICA No. 12 DE 2018**

OBJETO: **SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS NECESARIOS EN LA E.S.E. HOSPITAL MENTAL**

Yo, (*nombre del representante legal y/o persona natural, documento de identidad)*, en representación de *(nombre de la empresa y número del Nit)*, manifiesto que conozco y acepto todas y cada una de las condiciones de la invitación pública número 07 de 2018 y todos los documentos que la integran y manifiesto mi interés de participar en ella.

Número de folios de los Documentos Habilitantes (Sobre N° 1):

Número de folios de la Propuesta Económica (Sobre N° 2):

Dirección del proponente donde se recibirá cualquier comunicación:

Término de validez de la propuesta:

Manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Que cuento con la capacidad técnica y administrativa suficiente para ejecutar el contrato que resulte del presente proceso de selección.

Que no me encuentro incursos en alguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad, prohibición o conflicto de intereses para participar en el proceso y contratar

*Que yo y los miembros del Consorcio o Unión Temporal se encuentran al día en sus obligaciones con el Estado.*

Que no estoy (amos) relacionado (s) en el Boletín de Responsables Fiscales.

Que me comprometo al suministro continuo de Alimentación normal y terapéutica a los pacientes de la Empresa Social del Estado **HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA – HOMO”.** Asumo por mi cuenta y riesgo la totalidad de los costos que demande la ejecución del objeto del contrato.

* Me comprometo a constituir las garantías respectivas para amparar los diferentes riesgos para la ejecución del objeto contractual.
* Además que en caso de resultar adjudicatario del proceso cumpliré con todas y cada una de las obligaciones previstas en el proceso de selección.

*En la carta de presentación el proponente debe indicar sobre la información suministrada en su propuesta, cuál es de carácter reservado, señalando la norma que le otorga tal carácter. En caso de no indicarla, esta última se tendrá por no hecha.*

Las anteriores declaraciones se entienden cumplidas con la presentación de la propuesta

Atentamente,

**Nombre y Firma del Representante Legal de la persona jurídica**

**Del consorcio o de la unión temporal, según sea el caso**

**SOBRE I**

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA**

**PROCESO DE SELECCIÓN: INVITACIÓN PÚBLICA No. 10 DE 2018**

**SOBRE No. 1 – DOCUMENTOS HABILITANTES**

**OBJETO: Prestación de servicios de aseo, limpieza y desinfección hospitalaria, servicios generales y mensajería externa incluidos los materiales, insumos y equipos requeridos para el desarrollo de las actividades a ejecutar en la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia - HOMO.**

**DIRECCIÓN:** CALLE 38 55 310 BELLO, ANTIOQUIA

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROPUESTA: ORIGINAL \_\_\_\_\_\_\_ COPIA \_\_\_\_\_\_\_ N° DE FOLIOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIRECCIÓN PROPONENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROPONENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E-MAIL DEL PROPONENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SOBRE II**

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA**

**PROCESO DE SELECCIÓN: INVITACIÓN PÚBLICA No. 10 DE 2018**

**SOBRE No. 2 – OFERTA ECONÓMICA**

**OBJETO: Prestación de servicios de aseo, limpieza y desinfección hospitalaria, servicios generales y mensajería externa incluidos los materiales, insumos y equipos requeridos para el desarrollo de las actividades a ejecutar en la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia - HOMO.**

**DIRECCIÓN:** CALLE 38 55 310 BELLO, ANTIOQUIA

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROPUESTA: ORIGINAL \_\_\_\_\_\_\_ COPIA \_\_\_\_\_\_\_ N° DE FOLIOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIRECCIÓN PROPONENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROPONENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E-MAIL DEL PROPONENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**