

FORMATO 10- MANIFESTACIÓN INTERES A PARTICIPAR

Bucaramanga, 9 de febrero de 2024

Señores

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA MOLAGAVITA SANTANDER

Molagavita

REFERENCIA: Proceso No. SUBASTA INVERSA No. 01 DE 2024 Objeto: ADQUISICIÓN PARA LA DOTACIÓN DE EQUIPOS BIOMEDICOS QUE CONTRIBUYAN AL FORTALECIMIENTO EN LA ATENCION INTEGRAL DE USUARIOS EN LA ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA DE MOLAGAVITA SANTANDER

Referencia: MANIFESTACIÓN DE INTERÉS EN PARTICIPAR en el proceso SUBASTA INVERSA No. 01 DE 2024

que tiene como objeto **ADQUISICIÓN PARA LA DOTACIÓN DE EQUIPOS BIOMEDICOS QUE CONTRIBUYAN AL FORTALECIMIENTO EN LA ATENCION INTEGRAL DE USUARIOS EN LA ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA DE MOLAGAVITA SANTANDER**

Respetados Señores:

YO **EDISON FRANCO QUINTERO**, en mi calidad de **REPRESENTANTE LEGAL**, manifiesto interés en participar en el proceso **SUBASTA INVERSA No. 01 DE 2024** de la referencia, de acuerdo con las condiciones establecidas en los Términos y Condiciones generales.

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento, y actuando en nombre y representación de la **EMPRESA MEDIFONCE SAS**, lo siguiente:

YO, **EDISON FRANCO QUINTERO**, identificado con N° **91.259.337** de **BUCARAMANGA**, tengo facultad como representante legal para presentar la presente Manifestación de Interés en representación de la **EMPRESA MEDIFONCE SAS RUT 901.586.614-5**.

He leído y estudiado cuidadosamente y doy consentimiento que conozco en su totalidad los términos y documentos del proceso **No. SUBASTA INVERSA No. 01 DE 2024**.

Que estoy autorizado para suscribir y presentar la Manifestación de Interés en nombre del

BUCARAMANGA: Carrera 33A No. 18-22 Frente a la Quinta Brigada - Barrio San Alonso
Teléfonos 607 (6451001) - 314 4136245 - 310 3436024

SAN GIL: Carrera 5 No. 4-15 Barrio Altos del Gallineral - Tel (7237092) - 311 4470208
contacto@medifonce.com - medifoncefacturacion@gmail.com

Interesado. Que i) conozco las normas que consagran las inhabilidades, incompatibilidades y limitaciones para contratar, (ii) ni yo ni los representantes legales y socios de la empresa, ni el interesado que legalmente represento se encuentran actuando en una situación de conflicto de interés o inmersos en alguna causal que genere inhabilidad, incompatibilidad o limitación para contratar previstas en la ley, y (iii) me comprometo a informar a la ESE. inmediatamente en caso de sobrevenir alguna inhabilidad, incompatibilidad y/o limitación, caso en cual el interesado que represento renunciará a continuar en la Preselección.

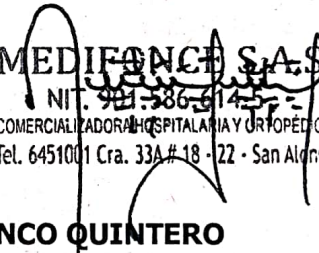
No he hecho mal uso de información privilegiada, ni he incurrido en un acto de competencia desleal y/o conflicto de interés de acuerdo con lo establecido en la Ley.

Que el Interesado no se encuentra incurso en causal de disolución o en liquidación.


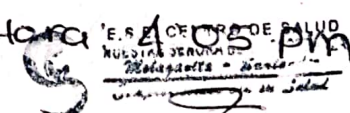
Declaro y acepto que el ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA DE MOLAGAVITA está facultada para no iniciar y podrá suspender o cancelar el presente proceso de selección No. SUBASTA INVERSA No. 01, en cualquier momento.

Declaro y acepto que el proceso No. SUBASTA INVERSA No. 01 realizada por la ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA DE MOLAGAVITA, no constituye oferta comercial y no la obligan a adelantar un proceso de compras y contratación, ni a suscribir ningún contrato.

Recibiré notificaciones oficiales en la siguiente:


MEDIFONCE S.A.S.
NIT. 901.586.614-5
COMERCIALIZADORA HOSPITALARIA Y ORTOPÉDICA
Tel. 6451001 Cra. 33A # 18 - 22 - San Alonso

Nombre del Interesado MEDIFONCE SAS
Nombre del Representante Legal EDISON FRANCO QUINTERO
C. C. No. 91.259.337 De BUCARAMANGA
Matrícula Profesional No. _____
No. del NIT de la persona Jurídica 901.586.614-5
Dirección física de correo CRA. 33 A NO. 18-22 SAN ALONSO BUCARAMANGA
Correo electrónico Contacto@medifonce.com
Telefax 607-6451001
Ciudad Bucaramanga


E.S.E. CENTRO DE SALUD
NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
Molagavita - Santander
Centros de Salud
NIT. 904.014.010-7
ADMINISTRACIÓN
Fecha: 08/07/2024
Haga A LOS PMA

E.S.E. CENTRO DE SALUD
NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
Molagavita - Santander
Centros de Salud
NIT. 904.014.010-7

BUCARAMANGA: Carrera 33A No. 18-22 Frente a la Quinta Brigada - Barrio San Alonso
Teléfonos 607 (6451001) - 314 4136245 - 310 3436024

SAN GIL: Carrera 5 No. 4-15 Barrio Altos del Gallineral - Tel (7237092) - 311 4470208

contacto@medifonce.com medifoncefarmacias@gmail.com