**FORMATO DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTA**

**TÉCNICA Y FINANCIERA**

[Lugar, fecha]

Señores

Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS

Colombia

**Asunto: Contratación de un especialista en ginecobstetrica para desarrollar las acciones en salud materno perinatal con énfasis en emergencias obstétricas en los municipios priorizados.**

Por medio de la presente propuesta adjunto mi hoja de vida actualizada, acepto los Términos y Condiciones Generales de la OPS y ofrezco suministrar los servicios indicados a continuación de conformidad con las especificaciones y los requisitos estipulados en el proceso de referencia en el asunto.

Al enviar esta oferta afirmo cumplir con las responsabilidades descritas en el Código de Conducta de Proveedores de las Naciones Unidas:  <https://www.ungm.org/Public/CodeOfConduct>.

Esta propuesta será válida por un período total de **sesenta 60 días** después de la fecha límite de presentación.

1. **BREVEMENTE INDIQUE POR QUE SE CONSIDERA IDÓNEO/A PARA DESARROLLAR LOS PRODUCTOS OBJETO DEL PROCESO EN REFERENCIA**

|  |
| --- |
| *Detallar (máximo 200 palabras)* |

1. **INFORMACIÓN DEL OFERENTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo: | Indicar |
| Teléfonos de contacto cel: | Indicar |
| Documento de Identidad No. | Indicar |
| Dirección y Ciudad | Indicar |
| Correo electrónico: | Indicar |
| ¿Actualmente es usted funcionario/a público/a? | Sí \_\_\_ No\_\_\_  En caso de “si” indicar entidad y cargo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_  Veracidad.... |

1. **DESGLOSE DE LOS VIAJES: (APLICA\_\_ NO APLICA\_x\_\_\_)**

Los viajes previstos están incluidos dentro del valor de la propuesta financiera.

La presente propuesta financiera incluye todos los costos relacionados con la entrega de los productos solicitados en el proceso de referencia en el asunto.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N.o** | **Especificaciones  de los servicios** | **Precio total**  **COP** |
| 1. | Servicios profesionales | $ |
| 2. | Total Viajes (viáticos + Pasajes) (si aplica)  Copiar el valor de la tabla del punto 3  OPS se reserva el derecho a verificar y aprobar el valor ofertado en este campo | $ |
|  | **Total de la oferta** | $ |
|  | **IVA (si es responsable del Impuesto)** | $ |

Acepto el plan de pagos propuesto por la OPS para este proceso.

Atentamente,

(Firma)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del/de la proponente: [indicar nombre completo del/de la proponente]

Documento de Identidad No.: [indicar número]