**FORMULARIO MANIFESTACIÓN INTENCIÓN DE CONTRATAR**

El suscrito Representante legal identificado con cedula de ciudadanía número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ actuando en nombre y representación legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificada con NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesto mi intención de contratar con la IPS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificada con el NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, representada legalmente por , identificado con la cedula de ciudadanía número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a efecto de garantizar la atención de los servicios de salud ofertados según el detalle de servicios, del presente proceso de selección mediante modalidad de Invitación pública, a la Población PPL ubicada en las regionales XXXXXXXXXXXX, conforme los términos de duración, calidad y de prestación de servicios; definidos en los términos de referencia que realiza el Patrimonio Autónomo Fondo de Atención en Salud PPL 2024, en caso de que sea adjudicataria del proceso señalado.

**DETALLE DE SERVICIOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE LA IPS** | **MUNICIPIO** | **ERON QUE SE ATENDERA** | **CODIGO DE HABILITACION IPS** | **NOMBRE DEL SERVICIO OFERTADO** | **MODALIDAD DE ATENCIÓN (INTRAMURAL, EXTRAMURAL O TELEMEDICINA)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

NOTA: Si requiere incluir más servicios puede insertar filas adicionales.

En constancia de lo anterior, lo suscribo en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) días del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (2024).

**Firma Representante Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del Representante legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de Documento de Identidad Representante legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de la Entidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NIT de la Entidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

NOTA: El documento debe ser diligenciado, firmado y presentado en formato PDF.