Medellín, XXXX XX de 2022

Señor

**CARLOS ANDRES FUENTES GARCÍA**

Jefe Departamento Capacidades de Gestión

COMFENALCO ANTIOQUIA

Medellín

**Referencia:** Aceptación de los términos y condiciones definidos en el Contrato Marco de Adhesión No. 0041Servicios de Fomento de la Salud.

Cordial Saludo.

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de Representante Legal de la sociedad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, acepto la invitación realizada a adherirme al Contrato Marco No. 0041 **Servicios de Fomento de la Salud**, adjuntando la documentación requerida de acuerdo con las condiciones y términos definidos en el Contrato Marco y la carta de invitación.

En señal de aceptación de los términos y condiciones definidos en el Contrato Marco No. 0041 **Servicios de Fomento de la Salud**, manifiesto lo siguiente:

1. Que la entidad que represento conoce y acepta expresamente todas las cláusulas del Contrato Marco No. 0041 **Servicios de Fomento de la Salud.**
2. Que estoy autorizado para suscribir y aceptar las condiciones del Contrato Marco en mención en nombre de la entidad que represento, y por tanto, autorizado para la suscripción del contrato específico individual derivado del Contrato Marco No. 0041 **Servicios de Fomento de la Salud**.
3. Que la entidad que represento cumple con la totalidad de los requisitos y especificaciones técnicas de la invitación para adherirse al Contrato Marco No. 0041 **Servicios de Fomento de la Salud.**
4. Que los documentos presentados cumplen con lo solicitado, son ciertos y han sido expedidos por personas autorizadas para el efecto.
5. Que la entidad que represento conoce y acepta la forma de pago de los servicios que serán prestados a **C.C.F.** **COMFENALCO ANTIOQUIA**.
6. Que en virtud de esta aceptación, XXXXXX (nombre la empresa) se compromete a la suscripción del contrato específico individual derivado del Contrato Marco No. 0041 **Servicios de Fomento de la Salud**.
7. Que la entidad que represento se encuentra a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral y demás aportes relacionados con sus obligaciones laborales.
8. Que los recursos que componen el patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y, en general, de cualquier actividad ilícita.
9. Que los recursos recibidos en desarrollo del contrato no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas.
10. Que recibiré notificaciones en la siguiente dirección en:

INFORMACIÓN GENERAL:

RAZÓN SOCIAL DEL OFERENTE

IDENTIFICACIÓN (NIT)

DIRECCIÓN

TELÉFONO

NUMERO DE MATRICULA MERCANTIL

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

CEDULA DE CIUDADANÍA

INFORMACIÓN CONTACTO COMERCIAL O INTERLOCUTOR PARA EL PROCESO:

NOMBRE DEL CONTACTO DIRECTO

CARGO

DIRECCIÓN

MUNICIPIO

TELÉFONO

CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO

Atentamente,

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NIT. Y/O C.C