

|                                                                                                                                                                                                                              |                               |                                                                                                                                                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <p><b>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b><br/>NIT: 800204153-7<br/>Cra 26 N° 17-124 Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</p> | <b>TERMINOS DE REFERENCIA</b> | <b>MECI 1000:2014</b><br><br><b>MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION</b> |  |
|                                                                                                                                                                                                                              | <b>REVISORÍA FISCAL</b>       | <b>CODIGO:</b> <b>PL-PD</b><br><b>PÁGINA:</b> <b>Página 1 de 3</b>                                                                                             |  |

**ANEXO No. 1**

**MODELO CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA**

Ciudad y fecha.

Señores

JUNTA DIRECTIVA

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE LORICA

Ciudad.

Asunto: Presentación de propuesta para la Invitación Pública N°001

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, actuando en nombre propio/en representación de \_\_\_\_\_, sociedad constituida mediante escritura pública No. \_\_\_\_\_ de la Notaría \_\_\_\_\_, registrada en la Cámara de Comercio de \_\_\_\_\_ bajo el NIT No. \_\_\_\_\_ y con domicilio en \_\_\_\_\_, presento mi propuesta para la invitación pública cuyo objeto es la contratación de la revisoría fiscal de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Lorica, conforme a los términos de referencia establecidos y declaro:

**1. Declaraciones Legales:**

Declaro ser legalmente capaz y no encontrarme incurso en las inhabilidades e incompatibilidades para contratar, conforme a lo establecido en la Constitución, los artículos 8, 9 y 10 de la Ley 80 de 1993, Ley 145 de 1960, Ley 43 de 1990, artículo 205 del Código de Comercio y demás disposiciones legales vigentes.

Bajo la gravedad de juramento, manifiesto que la persona jurídica/natural que represento no ha sido sancionada con caducidad administrativa dentro de los cinco (5) años anteriores a la apertura de esta invitación.

Manifiesto que el representante legal, gerente o administrador de la persona que represento no se encuentra incurso en causales de inhabilidad o incompatibilidad previstas en la Constitución y la Ley.

|                            |                                                                                                                             |                |            |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
| Elaborado por:<br><br>D.G. | <b>CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro</b><br><b>LORICA -CORDOBA</b><br>TEL: (604) 7732980<br>email:hospitalorica@gmail.com | <b>VERSIÓN</b> | <b>001</b> |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                                    |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|  <p><b>ESE<br/>HOSPITAL<br/>SAN VICENTE<br/>DE PAUL</b></p> <p><small>NIT: 800204153-7<br/>Cra 26 N° 17-124 Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</small></p> | <b>TERMINOS DE REFERENCIA</b> | <b>MECI 1000:2014</b><br><br><b>MODELO INTEGRADO DE<br/>PLANEACION Y GESTION</b> |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>REVISORÍA FISCAL</b>       | <b>CODIGO:</b>                                                                                                                                                     | <b>PL-PD</b>  |
|                                                                                                                                                                                                                                                            |                               | <b>PÁGINA:</b>                                                                                                                                                     | Página 2 de 3 |

Confirmando que poseo autorización suficiente para suscribir contratos por el monto del mismo, conforme a los estatutos de la persona jurídica que represento.

## 2. Compromiso Económico y Técnico

Declaro que la propuesta económica presentada cumple estrictamente con el presupuesto oficial de CUARENTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS (\$43.824.000,00) ML/CTE, incluyendo todos los costos, impuestos y tasas correspondientes.

Nos comprometemos a ejecutar el cronograma y plan de trabajo presentado en nuestra propuesta, cumpliendo con las auditorías programadas, bajo los principios y normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia.

## 3. Garantías y Cumplimiento

Nos comprometemos a constituir las pólizas de garantía requeridas (cumplimiento, responsabilidad civil extracontractual y pago de salarios y prestaciones sociales) dentro de los términos y cuantías especificadas en los términos de referencia.

Realizaremos todos los trámites necesarios para la legalización y ejecución del contrato, en caso de adjudicación.

## 4. Autenticidad de la Información

Garantizo que los documentos entregados son auténticos y la información proporcionada es veraz y verificable. Autorizo a la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Lorica a verificar su autenticidad y a solicitar aclaraciones si es necesario.

## 5. Compromiso Exclusivo

Declaro que ninguna otra persona o entidad tiene intereses en esta propuesta y que todas las obligaciones derivadas del contrato serán asumidas exclusivamente por la persona jurídica o natural que represento.

## 6. Dirección de Correspondencia

|                |                                                                                                                       |         |     |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
| Elaborado por: | <b>CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro<br/>LORICA -CORDOBA</b><br>TEL: (604) 7732980<br>email:hospitalorica@gmail.com | VERSIÓN | 001 |
| D.G.           |                                                                                                                       |         |     |

|                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                                    |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|  <p><b>ESE<br/>HOSPITAL<br/>SAN VICENTE<br/>DE PAUL</b></p> <p><small>NIT: 800204153-7<br/>Cra 26 N° 17-124 Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</small></p> | <b>TERMINOS DE REFERENCIA</b> | <b>MECI 1000:2014</b><br><br><b>MODELO INTEGRADO DE<br/>PLANEACION Y GESTION</b> |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>REVISORÍA FISCAL</b>       | <b>CODIGO:</b> <b>PL-PD</b>                                                                                                                                        | <b>PÁGINA:</b> <b>Página 3 de 3</b> |

Señalo como dirección de correspondencia para recibir comunicaciones relacionadas con la presente invitación la siguiente:

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Atentamente,

[Firma]

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía: \_\_\_\_\_

Representante Legal de: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Atentamente,

(Nombre completo representante legal y documento de identidad)

|                            |                                                                                                                             |                |            |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
| Elaborado por:<br><br>D.G. | <b>CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro</b><br><b>LORICA -CORDOBA</b><br>TEL: (604) 7732980<br>email:hospitalorica@gmail.com | <b>VERSIÓN</b> | <b>001</b> |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|