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

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 Paúl 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: D.G.	CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro LORICA -CORDOBA TEL: (604) 7732980 email:hospitalorica@gmail.com	VERSIÓN	001
----------------------------	---	----------------	------------

 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</p> <p><small>NIT: 800204153-7 Cra 26 N° 17-124 Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	TERMINOS DE REFERENCIA	MECI 1000:2014  MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION	
	REVISORÍA FISCAL	CODIGO:	PL-PD
		PÁGINA:	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:	CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro LORICA -CORDOBA TEL: (604) 7732980 email:hospitalorica@gmail.com	VERSIÓN	001
D.G.			

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

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: D.G.	CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro LORICA -CORDOBA TEL: (604) 7732980 email:hospitalorica@gmail.com	VERSIÓN	001
----------------------------	---	----------------	------------