

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

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 incursa 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 incursa en causales de inhabilidad o incompatibilidad previstas en la Constitución y la Ley.

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

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

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



## TERMINOS DE REFERENCIA

MECI 1000:2014



MODELO INTEGRADO DE  
PLANEACION Y GESTION

CODIGO: **PL-PD**

PÁGINA: **Página 3 de 3**

## REVISORÍA FISCAL

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:hospitallorica@gmail.com**

VERSIÓN **001**