


|   |                   |                               |                       |                 |
|---|-------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------|
|  <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 994-7735742 - FAX 994-7739510 Barrio San Pedro</small></p> | <b>PROCESO</b>    | <b>CONTRATACION</b>           | <b>MECI 1000:2005</b> |                 |
|   | Tipo de documento | <b>TERMINOS DE REFERENCIA</b> | <b>CODIGO:</b>        | <b>LG-01-CT</b> |
|   | <b>OD</b>         |                               | <b>VERSION:</b>       | <b>001</b>      |
|   |                   |                               | <b>PÁGINA:</b>        | <b>1</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.**

\_\_\_\_\_, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_  
 -De \_\_\_\_\_ actuando en nombre y  
 representación de \_\_\_\_\_  
 , sociedad constituida por escritura pública No. \_\_\_\_\_ de la  
 Notaría de \_\_\_\_\_, debidamente registrada en la Cámara de comercio de \_\_\_\_\_, (o en  
 nombre propio, o en representación de una persona natural, según el caso) domiciliada en \_\_\_\_\_, me  
 permito presentar 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 Loricá, de acuerdo con las  
 condiciones establecidas en los términos de referencia y declaro:

1. Manifiesto ser legalmente capaz y no encontrarme incurso en las inhabilidades e incompatibilidades para contratar, de acuerdo con 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 sobre la materia.

|   |                          |                               |                       |                 |
|---|--------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------|
|  <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 994-7735742 - FAX 994-7739510 Barrio San Pedro</small></p> | <b>PROCESO</b>           | <b>CONTRATACION</b>           | <b>MECI 1000:2005</b> |                 |
|   | <b>Tipo de documento</b> | <b>TERMINOS DE REFERENCIA</b> | <b>CODIGO:</b>        | <b>LG-01-CT</b> |
|   | <b>OD</b>                |                               | <b>VERSION:</b>       | <b>001</b>      |
| <b>PÁGINA:</b>  |                          |                               | <b>2</b>              |                 |

2. Manifiesto bajo la gravedad de juramento, que la persona que represento, no ha sido sancionada con caducidad administrativa dentro de los cinco (5) años anteriores a la apertura de la presente invitación pública.
3. Manifiesto que el representante legal, el gerente o administradores de la persona que represento, no se encuentren incursos en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad, consagradas en la Constitución o la ley.
4. Que en calidad de representante legal de la persona que represento, poseo autorización para suscribir el contrato por el monto del mismo.
5. Que ninguna persona o entidad distinta de la aquí nombrada tiene intereses en esta propuesta, ni en el contrato que como consecuencia de ella se llegare a celebrar y que por consiguiente sólo comprometo a la persona jurídica o natural por mí representada.
6. Que conozco los pliegos de condiciones, los anexos y especificaciones y que acepto todos los requisitos en ellos contenidos.
7. Que en caso de adjudicación del contrato, nos comprometemos a no ceder derechos u obligaciones, sin autorización expresa y por escrito del Hospital.
8. Que en caso de adjudicación del contrato, nos comprometemos a suscribir las pólizas de garantía que requiera el Hospital, a fin de garantizar el desarrollo del objeto del contrato, en las condiciones que el Hospital lo requiera.
9. Que realizaré los trámites necesarios para el perfeccionamiento, legalización y ejecución del contrato de acuerdo a lo señalado en los términos de referencia.

|   |                          |                               |                       |                 |
|---|--------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------|
|  <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 994-7735742 - FAX 994-7739510 Barrio San Pedro</small></p> | <b>PROCESO</b>           | <b>CONTRATACION</b>           | <b>MECI 1000:2005</b> |                 |
|   | <b>Tipo de documento</b> | <b>TERMINOS DE REFERENCIA</b> | <b>CODIGO:</b>        | <b>LG-01-CT</b> |
|   | <b>OD</b>                |                               | <b>VERSION:</b>       | <b>001</b>      |
|   |                          |                               | <b>PÁGINA:</b>        | <b>3</b>        |

10. Señalo como dirección donde se pueden remitir por correo documentos, notificaciones o comunicaciones relacionadas con la presente invitación, la siguiente :

Dirección :-----  
Teléfono :----- Fax :-----  
E-mail: -----  
Ciudad :-----

Atentamente,

(Nombre completo representante legal y documento de identidad)