
 <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 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.

_____, 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 Lorica, 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.
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.

 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <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

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.
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,

 <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

(Nombre completo representante legal y documento de identidad)