**ANEXO 1 CARTA DE PRESENTACION DE OFERTA**

Ipiales,

**Doctor:**

**GIOVANNI ANDRES FAJARDO ROJAS**

**Gerente**

**Hospital Civil de Ipiales E.S.E.**

**La ciudad**

Ref. - PROCESO-

Objeto: Contratar la Prestación del Servicio de Revisoría Fiscal para el Hospital Civil de Ipiales E.S.E.

El suscrito en calidad de Representante legal de la firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado como corresponde al pie de mi firma, declara que:

1. Tiene capacidad legal para firmar y presentar la cotización.
2. El o los contratos que se llegare a celebrar en caso de adjudicación, compromete totalmente a la sociedad que legalmente represento.
3. He revisado cuidadosamente los documentos de la cotización, incluidas sus aclaraciones y renuncio a cualquier reclamación por desconocimiento o errónea interpretación de la misma.
4. La sociedad que legalmente represento y el personal con el cual se desarrollará los procesos cotizados, no están impedidos por causa de inhabilidades y/o incompatibilidades establecidas en las leyes colombianas para contratar con el Hospital Civil de Ipiales E.S.E.
5. He recibido toda información necesaria para presentar debidamente la cotización.
6. En la eventualidad de que sea adjudicado el contrato, me comprometo a realizar, dentro del plazo máximo que fije el Hospital Civil de Ipiales E.S.E.
7. , todos los trámites necesarios para legalización y adquisición de las pólizas solicitadas.
8. Que el contenido de la cotización es válido por un mínimo de treinta (30) días, contados a partir de la fecha y hora del cierre de la misma.
9. Que conozco el estatuto de contratación del Hospital Civil de Ipiales E.S.E.
10. , acuerdo No. 014 de 2019 proferido por la Junta Directiva del Hospital.
11. Que no soy deudor moroso del Estado o tengo acuerdo de pagos urgentes.
12. Que conozco y acepto el anexo No. 3.

Atentamente,

(Nombre del representante legal)

Cédula de Ciudadanía No.

(Nombre completa de la firma cotizante)

NIT

Dirección, Teléfono, Fax

**FORMATO DE PROPUESTA ECONÓMICA**

San Juan de Pasto,

**Doctor:**

**GIOVANNI ANDRES FAJARDO ROJAS**

**Gerente**

**Hospital Civil de Ipiales E.S.E.**

**La ciudad**

**Ref. - PROCESO**

**Objeto:** Contratar la Prestación del Servicio de Revisoría Fiscal para el Hospital Civil de Ipiales E.S.E.

El suscrito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con \_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la

Empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , identificada con nit No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Me permito presentar a usted oferta económica dentro del proceso de la referencia de la siguiente forma:

El valor ofertado para la prestación del Servicio de Revisoría Fiscal desde el 16 de junio hasta el 31 de marzo de 2021, con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Acuerdo Interno 03 del 15 de mayo de 2020, artículo 22 del Decreto 1876 de 1994 y las Ordenanzas 067 de 1994 y 023 de 2004, así como en los reglamentos y circulares que regulan la materia mediante un grupo interdisciplinario, ejerciendo la revisoría bajo el criterio de auditoría integral permanente e independiente a través de cinco frentes principales: Auditoria Financiera, Auditoria del Sistema de Control Interno, Auditoría de Legalidad, Contratación y Cumplimiento, Auditoría al Sistema de Información y Auditoría Médica Administrativa y adicionalmente, la Auditoría Tributaria y Auditoría Ambiental., es por valor de

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( $ ) pesos M/L, Incluido IVA, y todos los gastos y costos que incurra en la ejecución del contrato.

Atentamente,

(Nombre completa de la firma proponente)

Firma Representante Legal

(Nombre Completo del representante legal)

Cédula de Ciudadanía No.

(Nombre completa de la firma proponente)

NIT

Dirección, Teléfono, Fax 0020003C