

ANEXO N° 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad y Fecha:

Señores:
E.S.E HOSPITAL CIVIL DE IPIALES

Referencia: Invitación a presentar ofertas para la selección de la entidad que adelantará el concurso de méritos para la conformación de la terna de la cual se designará el Gerente del HOSPITAL CIVIL DE IPIALES ESE.

El suscrito _____, identificado con la CC. No. _____ de _____, actuando en representación de _____, de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales, presentamos la siguiente propuesta para el asunto de la referencia y cuyo objeto es LA SELECCIÓN DE UNA UNIVERSIDAD O INSTITUCION DE EDUCACIÓN SUPERIOR, PUBLICA O PRIVADA O ESTAS ASOCIADAS CON ENTIDADES ESPECIALIZADAS EN PROCESOS DE SELECCIÓN DE PERSONAL PARA CARGOS DE ALTA GERENCIA, QUE SE ENCARGUE DE REALIZAR EL CONCURSO PUBLICO DE MERITOS PARA LA CONFORMACIÓN DE LA TERNA PARA LA DESIGNACION DE GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CIVIL DE IPIALES.

En caso de que sea aceptada y adjudicada por esa Entidad, nos comprometemos a firmar el contrato correspondiente.

Declaramos así mismo:

- 1- Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse solo compromete a (el- los) firmante (s) de esta carta.
- 2- Que conocemos la información general y demás documentos de la convocatoria y aceptamos los requisitos en ella contenidos.
- 3- Así mismo, manifestamos y declaramos bajo la gravedad del juramento:
 - Que no nos hallamos incursos en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y en las Leyes.
 - Que no nos hallamos en el boletín de responsables fiscales de competencia de las Contralorías, de acuerdo con el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000.
 - Que no nos hallamos en el boletín de deudores morosos de la Contaduría General de la Nación, de acuerdo con la ley 716/01.
 - Que nos encontramos al día en el pago de las obligaciones de ley, al sistema de seguridad social integral (Salud, pensiones y riesgos laborales) y parafiscales, con estricta sujeción a lo previsto en las normas vigentes.
- 4- Que nos comprometemos a ejecutar el objeto del contrato en un plazo de 65 días hábiles contados a partir de la fecha del acta de iniciación, con posterioridad al perfeccionamiento del contrato, la aprobación de sus garantías y demás requisitos de orden contractual.
- 5- Que el valor total de nuestra propuesta es por la suma de _____ (valor en letras y en números)
- 6- Que la propuesta consta de _____ folios, debidamente numerados y es aportada vía _____
- 7- Que en el evento de resultar adjudicatarios de este proceso de contratación,aportaremos los demás documentos requeridos por la entidad.

Atentamente,

Firma del representante legal.



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



CERTIFICADO No. 627



ISO 9001

Icontec

CO-SC-41150-1



Datos del Representante Legal	
Nombres y apellidos	
Profesión	
Cédula de ciudadanía	

Datos del Proponente	
Nombres y apellidos	
Profesión	
Cédula de ciudadanía	
Dirección	
Ciudad	
NIT	
Números telefónicos	
Correo electrónico	
Cuenta electrónica	



Kra 1 No 4A- 142 Este - A v. Panamericana Línea de Atención al Usuario (0927) 733799
Conmutador 7732234 – 7733949 Fax 7733699
Correo: comunicaciones@hci.gov.co <http://www.hci.gov.co>
IPIALES – NARIÑO – COLOMBIA





CERTIFICADO No. 027



ISO 9001

Icontec

CO-SC-4119-1



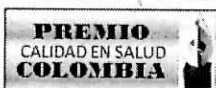
ANEXO N° 2
EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

Relacionar la Experiencia en la realización de concursos de méritos

NO.	CONTRATO	ENTIDAD CONTRATANTE	CONTACTO	TELÉFONO	FECHA DE INICIO	FECHA DETERMINACIÓN	SERVICIOS PRESTADOS

Debe anexar certificación de cada uno de los contratos relacionados, firmada por la entidad contratante.

Firma del representante legal.





HOSPITAL CIVIL DE IPIALES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



ANEXO N° 3 PROPUESTA ECONÓMICA

El valor total de nuestra propuesta es por la suma de
números en moneda legal colombiana)

(valor en letras y en

Firma del representante legal.



Kra 1 No 4A- 142 Este - A v. Panamericana Línea de Atención al Usuario (0927) 733799

Conmutador 7732234 – 7733949 Fax 7733699

Correo: comunicaciones@hci.gov.co <http://www.hci.gov.co>

IPIALES – NARIÑO – COLOMBIA





ANEXO N° 4
CAPACIDAD LOGÍSTICA

N°	NOMBRE DEL PROFESIONAL	TARJETA PROFESIONAL O EQUIVALENTE	PROFESIÓN	ESPECIALIZACIÓN	AÑOS DE EXPERIENCIA SECTOR SALUD

Anexar documentos que soporten la experiencia profesional en el sector salud.

Firma del representante legal.

