

ANEXO 1
CARTA DE PRESENTACION DE LA OFERTA

Ipiiales, 22 de Enero de 2019

Doctor
JAIME ALBERTO ARTEAGA CORAL
Gerente
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E

Ref.: SOLICITUD SIMPLE DE OFERTAS AMB.SP-002-2019

El presente escrito tiene por objeto presentar la cotización para el suministro de los productos correspondiente a la solicitud simple de ofertas, prestación del servicio de fumigación en todas las áreas correspondientes a la planta física del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. De acuerdo con los términos y condiciones y de conformidad con lo establecido en este documento y los anexos de la propuesta adjunta.

Así mismo el suscrito declaro que :

Tengo la capacidad legal para firmar y presentar cotización.

El o los contratos que se llegare a celebrar en caso de adjudicación compromete totalmente a la sociedad que legalmente represento

He revisado cuidadosamente los documentos dela solicitud, e incluido sus aclaraciones y renuncio a cualquier reclamación por desconocimiento o errónea interpretación de los mismos.

La sociedad que legalmente represento no está impedida por causa de inhabilidades y o incompatibilidades establecidas en la leyes colombianas para contratar con el Hospital Universitario Departamental E.S.E.

He recibo toda información necesaria para presentar debidamente la cotización

En la eventualidad de que sea adjudicada la solicitud en referencia, me comprometo a realizar dentro del plazo máximo que se fije el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. Todos los trámites necesarios para la legislación y adquisición de las pólizas solicitas.

Que conozco el estatuto de contratación del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. acuerdo No. 006 del 2014 proferido la junta directiva del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Que conozco el código de buen gobierno y código de ética del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E

Que no soy deudor moroso del estado o tengo acuerdo de pagos urgentes.

Aceptamos las condiciones de recepción técnica y administrativa de los productos suministrados.

Que conozco y cumplo el anexo técnico descripción de prácticas y procedimientos de seguridad salud en trabajo y medio ambiente definidos para anexar a los documentos contractuales de los contratistas

Valor total de la propuesta: Doce millones Quinientos mil pesos (\$12.500.000)

Validez de la oferta: 15 días desde la fecha la presentación.

No. Folios: 25 folios



HECTOR JAVIER ARTEAGA CASTILLO
C.C. 1.085.900.616
FUMIGACIONES H.A. 7/24
NIT 1.085.900.616-9
CRA 2 A 12-113 IPIALES NARIÑO CEL 3182927912

CERTIFICACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Ipiales, 22 de enero de 2019

Certificación de Inhabilidades e incompatibilidades

Yo HECTOR JAVIER ARTEAGA CASTILLO, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía N°1.085.900.616 expedida en Ipiales, en mi calidad de representante legal de FUMIGACIONES H.A. 7/24, por medio del presente documento manifiesto no hallarme incurso (o) ni la Entidad que represento, en algunas de las causales de inhabilidad e incompatibilidad contenidas en los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, y de igual manera estoy enterado que de hallarme en algunas de dichas circunstancias, el convenio queda viciado de nulidad absoluta, según lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 44 de la Ley 80 de 1993.

La presente Certificación se expide en Enero a los 22 días del mes Enero del año 2019.

Cordialmente,


HECTOR JAVIER ARTEAGA CASTILLO
Representante Legal
FUMIGACIONES H.A. 7/24



FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT

CÓDIGO:

FRTES - 011

VERSIÓN:

01

FECHA DE ELABORACIÓN:

15 DE MARZO DE 2018

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

15 DE MARZO DE 2018

HOJA: 2 DE 2



JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)

Nombres y apellidos	Tipo de documento	N° Documento	Principal o suplente	Responda sí o no a las siguientes preguntas			
				¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

II. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total activos \$	30.000.000	Total pasivos \$	16.000.000	Patrimonio \$	14.000.000
Ingresos mensuales \$	6.000.000	Egresos mensuales \$	3.000.000	Otros ingresos \$	0
Concepto de otros ingresos		Información financiera a corte de:	31 DE DICIEMBRE DE 2018		

III. INFORMACIÓN BANCARIA

Tipo de Cuenta		Entidad Financiera	Sucursal	Teléfono
Corriente	Ahorros			
	X	BANCO CAJA SOCIAL	IPIALES	7734435

IV. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad
HOSPITAL CIVIL DE IPIALES	7734454	AVENIDA PANAMERICANA	IPIALES

V. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realice negocios en moneda extranjera?	Tipo de transacciones						
	Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Préstamos	Pago de servicios	Transferencias	Otros
Sí ☐ No ☒							
¿Cual?							

Productos financieros en moneda extranjera

Tipo de producto	No. de producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):
SERVICIOS DE SANEAMIENTO AMBIENTAL
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
- La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- De manera irrevocable autorizo al HUDN E.S.E., para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
- Los recursos que se derivan del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Eximimos al HUDN E.S.E., sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

VII. DECLARACIONES ADICIONALES

- | | | | |
|--|----|----|---|
| 1. Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo? | SI | No | X |
| 2. La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton? | SI | No | X |
| 3. Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton? | SI | No | X |

VIII. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Firma
(Persona natural o Representante Legal de la persona jurídica)

Huella

DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA

Nombre de la persona que lo diligencia	Tipo de documento			Número de identificación
	CC	CE	PAS	
Lugar de expedición	Firma			