

## ANEXO 1

### CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Bogotá, D.C. - Colombia.

Señores: FIDUPREVISORA S.A., como administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio - FOMAG

**ASUNTO: Invitación Pública No. 002 de 2019 FOMAG**

Por medio de los documentos adjuntos me permito presentar oferta para **CONTRATAR PERSONA JURÍDICA, CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL E INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD HABILITADAS PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y SUS RESPECTIVOS PROGRAMAS, PARA LOS DIRECTIVOS DOCENTES Y DOCENTES AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN CENTRO, ESTAS ACTIVIDADES SON:**

- *Exámenes ocupacionales periódicos,*
- *Exámenes ocupacionales de ingreso y egreso*
- *Exámenes ocupacionales para participar en eventos deportivos y folclóricos*
- *Evaluación post incapacidad*
- *Reubicación laboral y análisis de puesto de trabajo*
- *Investigación de accidentes de trabajo*

Así mismo declaro:

1. Que conozco el Documento de Selección con los términos y condiciones de la Invitación del proceso de selección e informaciones sobre preguntas y respuestas, así como los demás documentos relacionados con el objeto a desarrollar y acepto cumplir todos los requisitos en ellos exigidos salvo las sugerencias expresamente declaradas, en el evento que sean aceptadas por **FIDUPREVISORA S.A.**
2. Que acepto las consecuencias que se deriven del incumplimiento de los requisitos a que se refiere el numeral anterior.

3. Que bajo la gravedad del juramento que toda la información aportada y contenida en mi oferta es veraz y susceptible de comprobación.
4. Que acepto las condiciones y demás exigencias para la ejecución del contrato.
5. Que en caso de que sea seleccionado, me comprometo a ejecutar el contrato con **FIDUPREVISORA S.A.** y a terminar el contrato dentro de los plazos contractuales, de acuerdo con lo establecido en los documentos del proceso de selección.
6. Que conozco y acepto en un todo las leyes generales y especiales aplicables a este proceso contractual.
7. Que con la firma de la presente Carta manifiesto bajo la gravedad de juramento que ni yo ni la(s) persona(s) natural(es) y/o jurídicas por mi representadas, nos encontramos incurso(s) dentro de las inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones consagradas en la Ley.
8. Que yo y la(s) persona(s) natural(es) y/o jurídicas por mi representadas, nos encontramos a paz y salvo con el Tesoro Nacional, por concepto de todos los impuestos nacionales y distritales de los cuales somos sujeto pasivo. (En caso de no encontrarse a paz y salvo señalar el concepto de los atrasos en detalle.)
9. Declaro bajo la gravedad del juramento que se cuenta con Sede principal y garantiza la prestación de estos servicios, en las mismas condiciones de habilitación en los municipios aledaños; infraestructura tecnológica y humana de tipo administrativo y profesional necesarias para la prestación adecuada de todos los servicios contratados de acuerdo con la población trabajadora en el Departamento

**QUE MI OFERTA SE RESUME ASI:**

**NOMBRE COMPLETO DEL PROPONENTE**

NIT:		
Representante legal		
Cédula de Ciudadanía		
<b>GARANTIA DE SERIEDAD:</b>		
Aseguradora:		

Ítem	Número de actividades estimadas/año	Valor unitario con IVA (expresado en pesos)	Subtotal con IVA (expresado en pesos)
Valor de atención por usuario de exámenes ocupacionales periódicos (Examen médico con énfasis osteomuscular, fonológico, test psicológico, hemograma, perfil lipídico, glicemia)	R. Centro: 15.112		
Valor de atención por usuario de exámenes ocupacionales de ingreso y egreso (Examen médico con énfasis osteomuscular, optométrico, audiometría, fonológico, test psicológico hemograma, perfil lipídico, glicemia)	R. Centro: 7.085		
Valor de EKG para mayores de 45 años			
Valor de exámenes ocupacionales para eventos deportivos y folclóricos (Examen médico con énfasis osteomuscular, optométrico, audiometría, hemograma, perfil lipídico, glicemia)	R. Centro: 737		
Valor de evaluación post incapacidad (Examen médico con énfasis osteomuscular)	R. Centro: 310		

Ítem	Número de actividades estimadas/año	Valor unitario con IVA (expresado en pesos)	Subtotal con IVA (expresado en pesos)
Valor de reubicación laboral y análisis de puesto	R. Centro: 310		
Valor de investigación de incidente / accidente de trabajo	R. Centro: 772		
<b>VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA</b>			

- ❖ La anterior tabla se presenta con base en el comportamiento histórico arrojado el último año; no obstante, el número de actividades a realizar, pueden variar teniendo en cuenta que estos servicios son a demanda, es decir, son objeto de fluctuaciones en razón a la frecuencia requerida por parte de terceros, por lo tanto, la entidad CONTRATANTE no puede garantizar el mismo comportamiento durante la ejecución del contrato.

Me permito informar que las comunicaciones relativas a este proceso de selección las recibiré en la siguiente dirección:

PERSONA CONTACTO:

DIRECCION: CIUDAD

TELEFONO:

CORREO ELECTRONICO:

Cordialmente,

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: \_

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_

C.C \_\_\_\_