	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA PRESTACION DE SERVICIOS - DIRECTA
Versión: 1	Vigencia: 09-2022

ANEXO No 1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Pereira, 27 de octubre de 2025

Dr.
EDGAR HERNANDO NAVARRO ZULUAGA
Secretario de Salud del Departamento
Pereira, Risaralda

Asunto: Presentación Oferta de Servicios

De manera atenta me permito presentar a su consideración la oferta de prestación de servicios personales en los siguientes términos:

Objeto	GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS QUE POR VÍA JUDICIAL SON DECLARADAS INIMPUTABLES POR TRASTORNO MENTAL POR EL FUNCIONARIO JUDICIAL COMPETENTE, CUYA MEDIDA DE SEGURIDAD IMPUESTA, CONSISTA EN INTERNACIÓN EN ESTABLECIMIENTO PSIQUIATRICO.
Valor	1.446.609.000
Plazo	365 (días) sin exceder el 31 diciembre del 2026

El suscrito FEDERICO RESTREPO ESCOBAR obrando en calidad de representante legal de la ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda, manifiesto expreso mi voluntad de prestar el servicio en el plazo, forma y términos requeridos y bajo la **gravedad de juramento** manifiesto que no estoy incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contenidas en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y disposiciones complementarias.

De igual manera manifiesto, que la información registrada y entregada para el futuro proceso de contratación, es auténtica y corresponde a mi experiencia laboral, profesional y académica, así mismo autorizo a la entidad para procesar, solicitar, divulgar, corroborar y obtener de cualquier fuente que realice las consultas, toda la información y referencias relativas a mi persona ante las entidades correspondientes y a cualquier otra entidad que maneje base de datos, conforme a la Ley 1581 de 2012. A continuación realizo las siguientes declaraciones:

Scanned with CamScanner

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA PRESTACION DE SERVICIOS - DIRECTA
Versión: 1	Vigencia: 09-2022

1. Estoy autorizado para suscribir y presentar la oferta y para suscribir el Contrato del proceso de Contratación de la referencia.
2. El Proponente conoce y asume los riesgos previsibles asignados por el Departamento.
3. Que he leído los documentos que soportan la futura contratación (estudios previos y análisis del sector), encontrándome habilitado(a) conforme al perfil que se requiere, Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento, sujeto las sanciones establecidas en el Artículo 172 del Código Penal.
4. Que conozco las obligaciones generales y especificas contenidas en los estudios previos y me comprometo a cumplirlas en los términos y condiciones allí establecidas.

DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.

5. **PARA PERSONA JURIDICA:** en calidad de Representante legal de la firma ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda y abajo firmante de la presente oferta certifico que la empresa que represento y como representante SI __ NO **X** nos encontramos incursos en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y en la Ley y no nos encontramos incursos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado.

6. **PARA PERSONA NATURAL:** como persona natural y abajo firmante de la presente oferta certifico que SI _NO _tengo plena facultad para contratar y que no me encuentro incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y la Ley y no me encuentro incurso en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado.

7. Que SI___NO **X** tengo vinculado (a) en el Departamento de Risaralda (Gobernación) a mi cónyuge o compañero(a) permanente, en un empleo de los niveles directivo o asesor o ejerce funciones de control interno o de control fiscal en el en el Departamento de Risaralda (Gobernación).

8. Que SI__NO **X** tengo vinculado en el Departamento de Risaralda a uno o varios parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil (padres, suegros, hijos, yerno, nuera, abuelos, hermanos, cuñados, o nietos), en los niveles directivo, asesor, o con quienes ejercen el control interno o fiscal de la entidad.
9. Que SI__ NO **X** soy pariente en primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil (padres, hijos, hijastros, suegros, yerno, nuera, hijos adoptados, padres adoptantes) de un exdirectivo en el Departamento de Risaralda (Gobernación) desvinculado de la Entidad hace menos de 2 años.

Scanned with CamScanner

10. Que SI__NO_X_fui servidor público del Departamento de Risaralda en los niveles directivo o asesor.

11. Que SI___ NO_X he sido condenado(a) mediante sentencia judicial a la pena accesoria de interdicción de derechos y funciones públicas por la comisión de delitos contra la Administración pública, o de cualquiera de los delitos o faltas contempladas por la Ley 1474 de 2011 y sus normas modificatorias o de cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción suscritos y ratificados por Colombia.

12. Que SI____NO X he sido sancionado(a) disciplinariamente con destitución.

13. Declaro que SI__NO_X se me ha declarado responsable judicialmente por actos de corrupción, la comisión de delitos de peculado, concusión, cohecho, prevaricato en todas sus modalidades, y soborno trasnacional, lavado de activos, enriquecimiento ilícito, entre otros, de conformidad con la ley penal colombiana y los tratados internacionales sobre la materia, así como sus equivalentes en otras jurisdicciones.

14. Que SI_____NO_X he sido sancionado(a) disciplinariamente con destitución.

15. Que SI X NO _____me encuentro afiliado(a) y al día en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.

16. Que SI X NO___soy actualmente servidor(a) público del estado. Gerente de la ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda desde el 20 de octubre de 2025

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: Manifiesto conocer las implicaciones legales de incurrir en alguna de las causales de conflicto de interés, inhabilidad o incompatibilidad y me comprometo a informar cualquier conflicto que a nivel personal llegue a comprometer la estabilidad económica, moral y particular a esta entidad.

En caso de llegar a conocer que me encuentro incurso en alguna inhabilidad o conflicto de interés sobreviniente, contemplados en la normativa vigente, me comprometo a informar de manera inmediata tal circunstancia a la Entidad, para que tome las medidas legales pertinentes. Este compromiso lo adquiero en total independencia de la etapa procesal que se encuentre el Proceso de Contratación (precontractual, contractual y/o post contractual).

Autorizo la notificación electrónica para todas las actuaciones surgidas con ocasión del Proceso de Contratación en el siguiente correo electrónico:

Scanned with CamScanner

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA PRESTACION DE SERVICIOS - DIRECTA**
Versión: 1	Vigencia: 09-2022

Correo electrónico	info@homeris.gov.co
Dirección física	Avenida 30 de agosto 13 #87-76
Ciudad	Pereira
Teléfono fijo:	6063373441
Teléfono celular.	3217004467
Régimen Tributario	Otros

Atentamente

Nombre del Proponente	Federico Restrepo Escobar
Cédula Nro.	10.021.416
Matricula profesional Nro. / Consejo Profesional	
Nit Nro.	891.412.134

Scanned with CamScanner