ANEXO No 1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Pereira, 28 de enero de 2026

Señores
Secretaría de Saud
Pereira

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	**PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE LA SECRETARIA DE SALUD DE RISARALDA**
Valor	**$ 16.255.000**
Plazo	150 días

El suscrito **CAROLINA CHICA PALACIO**, obrando en nombre propio, 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:

1. Estoy autorizado para suscribir y presentar la oferta y para suscribir el Contrato del proceso de Contratación de la referencia. (esto solo para persona jurídica).
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.

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

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.

Marque con una equis (X) la opción que corresponda:

5. **PARA PERSONA JURIDICA:** en calidad de Representante legal de la firma XXXXX y abajo firmante de la presente oferta certifico que la empresa que represento y como representante SI ___ NO ___ 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 _**X**__ 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 vínculado(a) 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. (En caso afirmativo indique los detalles: nombres completos, cargo y parentesco dentro de los anotados). XXXXXXXXXXX

9. Que SI___ NO__**X**_ soy pariente en primer grado de consaguinidad, primero de afinidad, o primero civil (padres, hijos, hijastros, suegros, yerno, nuera, hijos adoptados, padres adoptantes) de un ex directivo en el Departamento de Risaralda (Gobernación) desvinculado de la Entidad hace menos de 2 años.

10. Que SI____ NO_**X**_ fui servidor público del Departamento de Risaralda en los niveles directivo o asesor. (En caso afirmativo indique los detalles y la fecha del retiro) FECHA DE RETIRO: *(DD/MM/AA).*

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

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. (En caso afirmativo indique los detalles: XXXX

12. Que SI____ NO_**X**__ he sido sancionado(a) disciplinariamente con destitución. (En caso afirmativo indique los detalles: XXXX

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. (En caso afirmativo indique los detalles: XXXX

15. Que SI__**X**__ NO___ me encuentro afiliado(a) y al día en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.

16. Que SI____ NO_**X**__ soy actualmente servidor(a) público del estado. (En caso afirmativo indique los detalles). XXXXX

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:

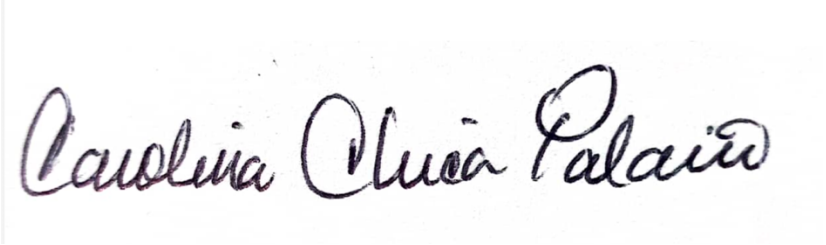
Correo electrónico	Carochik16@gmail.com
Dirección física	Cerro canceles casa 80

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA PRESTACION DE SERVICIOS - DIRECTA

Ciudad	Pereira
Teléfono fijo:	N/A
Teléfono celular.	3116356792
Régimen Tributario	Simplificado

Atentamente



Nombre del Proponente	**Carolina Chica Palacio**
Cédula Nro.	42.016.784
Matricula profesional Nro. / Consejo Profesional	
Nit Nro.	42.016.784-9

Gobernación de Risaralda. NIT. 891 480 085-7
Calle 19 No 13 - 17 Pereira- Risaralda
PBX. +(57) (606) 3398300 - 01 8000 916 078
contactenos@risaralda.gov.co - www.risaralda.gov.co

Pereira, Enero del 2026

Doctor
Edgar Hernando Navarro Zuluaga
Secretario de Salud

Asunto: OFERTA DE PRESTACION DE SERVICIOS

CAROLINA CHICA PALACIO identificado con cedula de ciudadanía No. 42.016.784 expedida en Dosquebradas, Risaralda. Mediante el presente escrito de manera respetuosa presento a su consideración propuesta para la prestación de servicios en la Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda.

OBJETO: **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE LA SECRETARIA DE SALUD DE RISARALD**

Obligaciones Especificas

1 Asistir a las jornadas de atención a la comunidad, realizadas por la Secretaría de Salud Departamental, donde deberá tomar nota de las quejas y requerimientos relacionados con la atención en salud.

2 Servir de enlace entre las asociaciones de usuarios de las ESE del Departamento de Risaralda y el personal responsable de la atención de las necesidades en salud; dejando el registro de las actuaciones realizadas.

3 Apoyar en el seguimiento de los requerimientos en salud, que realice la comunidad ante las EPS y las IPS del Departamento de Risaralda, con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud.

4 Asistir a las reuniones y comités relacionados con la Atención Integral de Salud, convocados por la Secretaría de Salud Departamental.

PLAZO: El plazo del presente contrato es de 150 días, contados a partir de la suscripción del acta del acta de inicio, sin exceder el 31 de diciembre de 2026.

VALOR DE LA PROPUESTA: El valor total del contrato es hasta la suma de **DIECISEIS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE. ($16.255.000)**

FORMA DE PAGO: El Departamento de Risaralda, cancelará el valor del contrato que se suscriba con ocasión de este proceso de la siguiente forma: mediante actas parciales mensuales, cada una por valor de **TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCIENTA Y UN MIL PESOS M/CTE ($3.251.000)** y/o proporcionales al tiempo de la prestación efectiva del servicio, previo informe de prestación de servicio a satisfacción, suscrito por el supervisor del mismo.

SISTEMA DE GESTIÓN Y CONTROL: Me comprometo con el desarrollo integral del cumplimiento del objeto del contrato y sus alcances, a cumplir con todas las obligaciones inherentes a él con la ayuda de mis propias herramientas, equipos de cómputo y demás

que Declaro bajo la gravedad del juramento que no me encuentro inmerso en ninguna de las causales de inhabilidad, incompatibilidad y prohibición que señala la Ley y la Constitución para contratar con el Estado Colombiano. (Art. 122 Constitución Política, Artículo 8º Literal d). Ley 80 de 1993; Ley 734 de 2002, Artículo 8º Numeral 1º,literal j) Ley 80 de 1993, modificado por el artículo 1º de la Ley 1474 de 2011, Artículo 8º Numeral 1º Literal c) e) f) g) Ley 80 de 1993, Artículo 8º Numeral 2º Literal a) b) c) e) Ley 80 de 1993, Artículo 8º Numeral 2º Literal f) Ley 80 de 1993, adicionado por el inciso 1º del artículo 4º de la Ley 1474 de 2011, Artículo 1º Ley 1296 de 2009, Artículo 19 Ley 53 de 1990, Artículo 90 Literal a) b) c) Ley 1474

de 2011).



CAROLINA CHICA PALACIO

CC 42.016.784

CEL 3116356792