E.S.E. HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ

*NIT. 806.007.238 - 1*
*SAN ESTANISLAO DE KOSTKA - BOLIVAR*
*Barrio El Carmen, Kr 40 # 23-68*

San Estanislao De Kostka, 1 octubre 2026

Señores
**ESE HOSPITAL LOCAL ANA MARÍA RODRÍGUEZ San Estanislao de Kostka, Bolívar**
**E. S. D.**

**ASUNTO: Aceptación de Invitación y Oferta de Servicios**

Estimados(as) Señores(as),
Atendiendo a su amable invitación, presento formalmente la aceptación de la misma, de acuerdo con las condiciones y valores en ella estipulados. Por medio de la presente, ofrezco mis servicios para colaborar con la ESE Hospital Local Ana María Rodríguez.

Anexo a esta comunicación, encontrarán la siguiente documentación que respalda mi idoneidad:

- PDF pantallazo SECOP como proveedor
- Hoja de Vida Función Pública - SIGEP: Actualizada
- Copia del Documento de Identidad
- Soportes de Estudios
- Tarjeta Profesional (si aplica)
- Registro en RETHUS (si aplica): menor a 1 mes
- Soportes de Experiencia: Permanente (validez del documento).
- Licencia de Conducción (Conductores): Vigencia según tipo y normativa RUNT.
- Certificado de Antecedentes Disciplinarios (Procuraduría): menor a 1 mes
- Certificado de Antecedentes Fiscales (Contraloría): menor a 1 mes
- Certificado de Antecedentes Judiciales: menor a 1 mes
- Certificado de Medidas Correctivas: menor a 1 mes
- Certificado de Antecedentes para Abogados (si aplica): menor a 1 mes
- Formato de Autorización para Consulta de Inhabilidades por Delitos Sexuales: Al vincular y en seguimiento. menor a 1 mes
- Certificado REDAM: 3 meses.
- Certificado de Afiliación a Salud Contributivo: menor a 1 mes.
- Certificado de Afiliación a ARL: Al vincular
- Certificado de Afiliación a Fondo de Pensiones: menor a 1 mes
- Certificado de Registro Único Tributario (RUT): (última versión). menor a 1 mes
- Planilla de Pago de Seguridad Social (PILA): Mensual.
- Libreta Militar (si aplica)
- Examen de Salud Ocupacional (Preocupacional): menor a 3 años
- Certificado de Cuenta Bancaria:
- Cursos (Asistenciales)

**Declaración Bajo Juramento:**

Declaro bajo la gravedad de juramento que:

- Conozco y acepto plenamente todas las condiciones establecidas para esta contratación.
- No me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad, incompatibilidad, impedimento o conflicto de interés, de orden constitucional y legal, para ejercer cargos públicos o celebrar contratos de prestación de servicios con la Administración Pública, conforme a los artículos 40 a 45, capítulo IV, de la Ley 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021.
- Toda la documentación adjunta se halla debidamente actualizada y vigente.
- Me comprometo a afiliarme a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) una vez se formalice el contrato.
- Me comprometo a firmar el contrato en caso de que me sea adjudicado.

Agradezco de antemano su atención y quedo a su disposición para cualquier requerimiento adicional.
Atentamente.

**FIRMA**
**NOMBRE** Maira Patricia Herrera
**CC** 32 941 340.