MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

ANEXOS, FORMATOS Y DOCUMENTOS LICITACION PUBLICA MSPS-LP-006-2022

Anexos: Para efectos del presente proceso de selección, se entiende por Anexos, aquellos documentos emitidos por el Ministerio, que contienen información propia del proceso o de la Entidad, para conocimiento de los proponentes, y que tienen como finalidad aportar elementos que permitan a los interesados elaborar su oferta.

Formatos: Para efectos del presente proceso de selección, se entiende por Formatos, aquellos documentos emitidos por el Ministerio, para que el proponente diligencie la información necesaria para la verificación de condiciones de los proponentes, de la propuesta, o para la presentación del ofrecimiento.

Documentos: Para efectos del presente proceso de selección, se entiende por Documentos, todos aquellos soportes que deba aportar el proponente y que son distintos de los formatos. Estos tienen por finalidad soportar las condiciones del proponente, de la propuesta o del ofrecimiento.

En atención a lo anterior, se presenta el listado de los mismos, a fin de facilitar su identificación.

ANEXOS

Anexo No. 1	Matriz de Riesgos (Aplica para el Grupo 1 y 2)
Anexo No. 2	Departamentos y distritos objeto de la prestación del servicio - Grupo 2. (Ver estudio previo)
Anexo No. 3	Tabla despachos periodo comprendido entre enero a junio de 2022 por tipo de caja - Grupo 2. (Ver estudio previo)
Anexo No. 4	Nacionalizaciones comprendidas entre enero a junio de 2022 – Grupo 1. (Ver estudio previo)
Anexo No. 5	Glosario. (Ver estudio previo)
Anexo No. 6	Estudio de Mercado. (Ver estudio previo)
Anexo No. 6.1	Análisis cotizaciones frente a los valores del contrato actual servicio de transporte y servicio de nacionalización. (Ver estudio previo)

FORMATOS

Formato No. 1	Carta de presentación de la propuesta. (Aplica para el Grupo 1 y 2)
Formato No. 2	Modelo de certificación de pago de aportes al sistema de seguridad social. (Aplica para el Grupo 1 y 2)
Formato No. 3	Experiencia del Proponente. (Aplica para el Grupo 1 y 2)
Formato No. 4A	Lista de precios - Oferta económica - Servicio de transporte puerta a puerta (terrestre y aéreo) – Grupo 2
Formato No. 4B	Lista de precios - Oferta económica - Servicio de transporte vacuna covid 19 (terrestre y aéreo) - Grupo 2
Formato No. 4C	Lista de precios - Oferta económica - Servicio de transporte de carga nacionalizada desde puerto (terrestre) - Grupo 2
Formato No. 4D	Lista de precios - Oferta económica - Servicio de nacionalización - Grupo 1
Formato No. 5	Personal Mínimo requerido. (Aplica para el Grupo 1 y 2)
Formato No. 6	Herramienta de Control de envíos ofrecida – Grupo 2
Formato No. 7	Vehículos ofrecidos – Grupo 2
Formato No. 8	Formación académica adicional del responsable del servicio de nacionalización – Grupo 1

Formato No. 9	Apoyo a la industria nacional (Aplica para el Grupo 1 y 2)
Formato No. 10	Apoyo a la población con discapacidad (Aplica para el Grupo 1 y 2)
Formato No. 11	Ciudad de llegada de cada aerolínea – Grupo 2
Formato No. 12	Carta de autorización hoja de vida (Aplica para el Grupo 1 y 2)
Formato No. 13	Certificación de acreditación de la Capacidad Financiera y capacidad organizacional para personas extrajeras.
Formato No. 14	Apoyo a emprendimientos y empresas de mujeres (Aplica para el Grupo 1 y 2)

Las anteriores enunciaciones, sin perjuicio de los documentos soporte que acrediten condiciones particulares del proponente o de su propuesta

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (APLICA PARA EL GRUPO 1 Y 2)

Bogotá D. C.,

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ciudad

REF. ***PROPUESTA PARA EL PROCESO No. MSPS-LP-006-2022***

El suscrito actuando como (persona natural _____, representante legal de la sociedad_____, representante del Consorcio _____ o Unión Temporal _____, integrado por _____o como apoderado de _____ según poder debidamente conferido y adjunto a la presente), de acuerdo con las condiciones que se establecen en los documentos de la contratación de la referencia, me permito presentar propuesta para el proceso _____, de la *siguiente* manera:

Que presento oferta para el (los) siguiente(s) GRUPO (s), (marque con una equis (X)):

- GRUPO N°1 SERVICIO DE NACIONALIZACION (_____)
- GRUPO N°2 SERVICIO DE TRANSPORTE (_____)

El suscrito afirma bajo la gravedad del juramento que no existen causales de inhabilidad o incompatibilidad ni conflicto de intereses y/ o prohibiciones, de las señaladas en la Constitución Política, en la Ley, especialmente en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993 modificada por la Ley 1150 de 2007 y la Ley 1882 de 2018, la Ley 1474 de 2011, la Ley 1778 de 2016 y demás normas concordantes, que impidan la participación del oferente en el presente proceso y en la celebración y ejecución del respectivo contrato.

Igualmente, declaro bajo la gravedad del juramento, que toda la información aportada y contenida en mi propuesta es veraz y susceptible de comprobación.

Que conocemos, cumplimos y aceptamos todas y cada una de las especificaciones técnicas comprendidas en el pliego de condiciones necesarias para el cumplimiento del objeto contractual.

Que la compañía no se encuentra inmersa en ninguna causal de disolución, de conformidad con la legislación comercial vigente.

Manifiesto que SI____ NO ___ estoy obligado a facturar IVA por los servicios y bienes ofertados (Indicar esta información para cada uno de los integrantes de la figura asociativa en caso que aplique).

Que nos acogemos a todas las condiciones generales y particulares establecidas en el Pliego de Condiciones.

Que nuestra propuesta tiene una validez de tres (3) meses contados a partir de la fecha definitiva de cierre de la presente contratación.

Que, en caso de resultar favorecidos con la adjudicación del contrato, nos comprometemos a presentar dentro del término que indique el Ministerio, la garantía y demás documentos para el perfeccionamiento y ejecución del contrato.

Además, que en caso de resultar adjudicatario del proceso cumpliremos con todas y cada una de las obligaciones previstas en el Pliego de Condiciones, especialmente con la totalidad de las especificaciones técnicas.

Que asumimos por nuestra cuenta y riesgo la totalidad de los costos que demande la ejecución del objeto del contrato.

Que manifiesto a la Entidad que SI ___ NO ____, acepto que la notificación o comunicación de los actos que se deriven de esta convocatoria pública sea realizada a través de medio electrónico.

Que los siguientes documentos de nuestra propuesta cuentan con reserva legal: ....., según las siguientes normas: ..... (En el evento de no realizar manifestación, se asumirá que ninguno de los documentos cuenta con reserva legal)

Que en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 11 del Decreto 3050 de 1997, informo, (para el caso de los integrantes de un Consorcio o Unión Temporal), que el (Consorcio o la Unión Temporal indicar nombre completo), de conformidad con el acuerdo de asociación será representada legalmente por _____ (nombre cédula), y la facturación para efectos de pago del contrato se hará a nombre de _____ (nombre completo, Nit, cédula, Indicar participación si la hay).

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que el origen de los recursos que usaré para la ejecución del contrato derivado de este proceso de selección es lícito, y no ha sido obtenido, ni tiene relación con el terrorismo o el lavado de activos.

Adicionalmente, realizo las siguientes manifestaciones:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y del MINISTERIO para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores del MINISTERIO, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
3. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el proceso MSPS-LP-006-2022.
4. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el proceso MSPS-LP-006-2022 nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
5. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido de las anteriores manifestaciones (Compromiso Anticorrupción), explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

El suscrito señala como su dirección a donde se pueden remitir por correo notificaciones relacionadas con este proceso, la siguiente:

Dirección:
Ciudad:
Teléfonos:
Email:
NOMBRE DEL PROPONENTE Y SU REPRESENTANTE
C.C. No.
Firmada por el proponente, o por el representante legal de la persona jurídica, del Consorcio o de la Unión Temporal, según sea el caso.

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO Nº 2 (APLICA PARA EL GRUPO 1 Y 2)
MODELO DE CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES
(Use la opción que corresponda, según certifique el Representante Legal o el Revisor Fiscal)

Yo, _____, identificado con _____, en mi condición de Representante Legal de (Razón social de la compañía) identificada con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).
Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Ó

Yo, _____, identificado con _____, y con Tarjeta Profesional N°. _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de (Razón social de la compañía) identificada con Nit _____ , debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)
Estos pagos, corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en _____, a los ( ) _____ del mes de _____ de _____

FIRMA_____
NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA_____

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO Nº 3

EXPERIENCIA DEL PROPONENTE - REQUISITO HABILITANTE GRUPO 1 SERVICIO DE NACIONALIZACION

De conformidad con las previsiones de la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015, la experiencia **acreditada,** es la experiencia del proponente que se relaciona directamente con el objeto contractual en un proceso de selección determinado.

No.	Numero de consecutivo del reporte del contrato ejecutado en el RUP	Nombre Contratista	Nombre Contratante	Valor del Contrato Ejecutado expresado en SMMLV	CÓDIGO (codificación de bienes y servicios de acuerdo con el código estándar de productos y servicios de Naciones Unidas, V.14.080, (UNSPSC) CON EL CUAL SE EJECUTO EL CONTRATO			Participación en el Contrato (ejecución en UT o C(*)	Porcentaje de participación en el VALOR EJECUTADO en caso de Consorcio y Uniones Temporales (*)
					SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	UT- C	(%)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

(*) Información solo si se ejecutó en Unión Temporal o Consorcio

FORMATO Nº 3

EXPERIENCIA DEL PROPONENTE - REQUISITO HABILITANTE GRUPO 2 SERVICIO DE TRANSPORTE

De conformidad con las previsiones de la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015, la experiencia **acreditada,** es la experiencia del proponente que se relaciona directamente con el objeto contractual en un proceso de selección determinado.

No.	Numero de consecutivo del reporte del contrato ejecutado en el RUP	Nombre Contratista	Nombre Contratante	Valor del Contrato Ejecutado expresado en SMMLV	CÓDIGO (codificación de bienes y servicios de acuerdo con el código estándar de productos y servicios de Naciones Unidas, V.14.080, (UNSPSC) CON EL CUAL SE EJECUTO EL CONTRATO			Participación en el Contrato (ejecución en UT o C(*)	Porcentaje de participación en el VALOR EJECUTADO en caso de Consorcio y Uniones Temporales (*)
					SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	UT- C	(%)
1									
2									
3									

4									
5									
6									
7									
8									

(*) Información solo si se ejecutó en Unión Temporal o Consorcio

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATOS- LISTA DE PRECIOS - OFERTA ECONOMICA

GRUPO 1 SERVICIO DE NACIONALIZACION

FORMATO Nº 4D – LISTA DE PRECIOS - OFERTA ECONÓMICA
SERVICIO DE NACIONALIZACION
Este formato se adjunta en Excel.

GRUPO 2 SERVICIO DE TRANSPORTE

FORMATO Nº 4A – LISTA DE PRECIOS - OFERTA ECONÓMICA
SERVICIO DE TRANSPORTE PUERTA A PUERTA (TERRESTRE Y AEREO)
Este formato se adjunta en Excel.

FORMATO Nº 4B – LISTA DE PRECIOS - OFERTA ECONÓMICA
SERVICIO DE TRANSPORTE VACUNA COVID 19 (TERRESTRE Y AEREO)
Este formato se adjunta en Excel

FORMATO Nº 4C – LISTA DE PRECIOS - OFERTA ECONÓMICA
SERVICIO DE TRANSPORTE DE CARGA NACIONALIZADA DESDE PUERTO (TERRESTRE)
Este formato se adjunta en Excel.

FORMATO Nº 5
PERSONAL MÍNIMO REQUERIDO GRUPO 1 SERVICIO DE NACIONALIZACION

No.	Nombre de la persona postulada	Formación Académica Mínima Requerida	Experiencia específica mínima requerida en tiempo**	Meses
			1.xxxx	
			2.xxxx	
			3.xxxx	
			4.xxxxx	
			5.xxxxx	

**En este campo el proponente puede relacionar una o varias certificaciones a fin de acreditar el cumplimiento del requisito de experiencia mínima requerida, del responsable de la cuenta de nacionalización

FORMATO Nº 5
PERSONAL MÍNIMO REQUERIDO GRUPO 2 SERVICIO DE TRANSPORTE

No.	Nombre de la persona postulada	Formación Académica Mínima Requerida	Experiencia específica mínima requerida en tiempo**	Meses
			1.xxxx	
			2.xxxx	
			3.xxxx	
			4.xxxxx	
			5.xxxxx	

**En este campo el proponente puede relacionar una o varias certificaciones a fin de acreditar el cumplimiento del requisito de experiencia mínima requerida, del responsable de la cuenta de transporte

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO Nº 6 GRUPO 2 SERVICIO DE TRANSPORTE
HERRAMIENTA DE CONTROL DE ENVÍOS OFRECIDA

Yo _____ en mi calidad de Representante Legal de _____ ofrezco una herramienta de control de envíos la cual cumple con los siguientes requisitos mínimos:
Puede ser consultada a través de un portal web (información estándar accesible en navegadores Internet Explorer, Google Crome y Mozila), sin que su acceso implique costos para el Ministerio.
La herramienta sirve para consultar la siguiente información:

- Fecha de envío
- Ciudad de origen
- Nombre remitente
- Ciudad destino
- Nombre destinatarios
- Dirección destinatario
- Estado actual y fecha de entrega
- Tipo y número de elementos o piezas enviadas
- Resumen de trazabilidad por fecha y hora indicando el movimiento de la mercancía hasta su destino final, el cual podrá ser consultado en cualquier momento una vez iniciado el recorrido.
- Permitir acceso exclusivo al Ministerio como cliente.
- Permitir visualizar los documentos que respaldan la recepción de los bienes, según obligaciones del contrato.
- Acuso recibo satisfacción por parte de las Secretarias Departamentales y Distritales en Salud.

Esta herramienta es de mi propiedad y sólo sirve de consulta para realizar el seguimiento (tiempos y estado del envío) por parte del Ministerio a los insumos y medicamentos enviados, no se trata de una plataforma (software) nueva que adquiera la Entidad con la presente contratación, por ello garantizo el funcionamiento de la herramienta de control de envíos de mercancía ofrecida. Dado que se trata de una plataforma ubicada en la sede de mi empresa, yo respondo por su debido funcionamiento.

Puede ser consultada a través del siguiente link: _____
Con el fin de garantizar la privacidad de la información dispongo de la siguiente contraseña para que el Ministerio tenga acceso: _____
(Será responsabilidad del proponente, cambiar la clave de acceso una vez finalizado el presente proceso de selección)

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO N.º 7

OFERTA DE CALIDAD - VEHÍCULOS OFRECIDOS GRUPO 2 SERVICIO DE TRANSPORTE

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS VEHÍCULOS DE TRANSPORTE DE CARGA						
CANTIDAD	MODELO	PLACA	TIPO VINCULACIÓN	NOMBRE DE LA EMPRESA	TIPO CARROCERÍA	CAPACIDAD

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO Nº 8

OFERTA DE CALIDAD – FORMACIÓN ACADEMICA ADICIONAL DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE NACIONALIZACION – GRUPO 1

Nombre de la persona postulada	Formación académica adicional a la mínima requerida (posgrado)

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO Nº 9
APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL GRUPO 1 SERVICIO DE NACIONALIZACION

El proponente deberá diligenciar con una X la casilla que corresponda a su ofrecimiento.

CONCEPTO APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL	MARQUE CON UNA EQUIS (X)
El proponente deberá manifestar bajo la gravedad de juramento que, en caso de resultar adjudicatarios, el recurso humano colombiano o sujeto a trato nacional que vincule no será inferior al 50% del total de empleados y contratistas asociados al cumplimiento del contrato	

NOMBRE DEL PROPONENTE:

IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

FORMATO Nº 9
APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL GRUPO 1 SERVICIO DE TRANSPORTE

El proponente deberá diligenciar con una X la casilla que corresponda a su ofrecimiento.

CONCEPTO APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL	MARQUE CON UNA EQUIS (X)
El proponente deberá manifestar bajo la gravedad de juramento que, en caso de resultar adjudicatarios, el recurso humano colombiano o sujeto a trato nacional que vincule no será inferior al 50% del total de empleados y contratistas asociados al cumplimiento del contrato	

NOMBRE DEL PROPONENTE:

IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO Nº 10
APOYO A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD GRUPO 1 SERVICIO DE NACIONALIZACION

El proponente deberá diligenciar con una X la casilla que corresponda a su ofrecimiento.

En cumplimiento de lo dispuesto por el Decreto 392 de 2018, me permito manifestar que:

EL NUMERO TOTAL DE TRABAJADORES DE LA PLANTA DE PERSONAL DEL PROPONENTE ES	Marque con una equis (X)
Entre 1 Y 30	
Entre 31 Y 100	
Entre 101 Y 150	
Entre 151 Y 200	
Más De 200	

NOMBRE DEL PROPONENTE:

IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

IDENTIFICACIÒN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

FORMATO Nº 10
APOYO A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD GRUPO 2 SERVICIO DE TRANSPORTE

El proponente deberá diligenciar con una X la casilla que corresponda a su ofrecimiento.

En cumplimiento de lo dispuesto por el Decreto 392 de 2018, me permito manifestar que:

EL NUMERO TOTAL DE TRABAJADORES DE LA PLANTA DE PERSONAL DEL PROPONENTE ES	Marque con una equis (X)
Entre 1 Y 30	
Entre 31 Y 100	
Entre 101 Y 150	
Entre 151 Y 200	
Más De 200	

NOMBRE DEL PROPONENTE:

IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

IDENTIFICACIÒN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO Nº 11
CIUDAD DE LLEGADA DE CADA AEROLÍNEA – APLICA PARA EL SERVICIO DE TRANSPORTE GRUPO 2

Yo _____ en mi calidad de Representante Legal de _____ garantizo el transporte aéreo a cada ciudad de destino, teniendo en cuenta que las aerolíneas propuestas llegan hasta las siguientes ciudades:

	Desde Bogotá D.C.	AEROLINEA/S
1	Amazonas	
2	Antioquia	
3	Arauca	
4	Atlántico	
5	Bolívar	
6	Bogotá D.C.	
7	Boyacá	
8	Caldas	
9	Caquetá	
10	Casanare	
11	Cauca	
12	Cesar	
13	Chocó	
14	Córdoba	
15	Guainía	
16	Guajira	
17	Guaviare	
18	Huila	
19	Magdalena	
20	Meta	
21	Nariño	
22	Norte de Santander	
23	Putumayo	
24	Quindío	
25	Risaralda	
26	San Andrés	
27	Santander	
28	Sucre	
29	Tolima	
30	Valle	
31	Vaupés	
32	Vichada	
33	Buenaventura	

NOTA. Los proponentes deberán establecer si aplica o no el servicio de transporte aéreo para las ciudades antes señaladas. En caso de que no aplique, deberán informar las razones. Para ello deberán tener en cuenta los recorridos terrestres señalados en este documento.

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO Nº 12
CARTA DE AUTORIZACION HOJA DE VIDA GRUPO 1 SERVICIO DE NACIONALIZACION

Yo _____identificado con la C.C. N°. _____, de conformidad con lo dispuesto por la Ley 1581 de 2012, **autorizo al proponente** _____dentro de la Licitación Pública N° MSPS-LP-006-2022, cuyo objeto es: *Realizar las actividades propias de nacionalización de los medicamentos, biológicos, e insumos importados y el transporte (aéreo y terrestre) de los mismos, que requiera la Entidad*, _**para que presente los respectivos documentos que acrediten mi formación y experiencia profesiona**l, para el rol de _____. Por otra parte, manifiesto bajo la gravedad de juramento que me comprometo a desempeñar las actividades propias del mismo, en el caso de que le sea adjudicada la contratación y que no me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad, incompatibilidad o conflictos de intereses estipulados en la Ley Colombiana.

Atte.

_____
Firma:
Nombre:
C.C.

FORMATO Nº 12
CARTA DE AUTORIZACION HOJA DE VIDA GRUPO 2 SERVICIO DE TRANSPORTE

Yo _____identificado con la C.C. N°. _____, de conformidad con lo dispuesto por la Ley 1581 de 2012, **autorizo al proponente** _____dentro de la Licitación Pública N° MSPS-LP-006-2022, cuyo objeto es: *Realizar las actividades propias de nacionalización de los medicamentos, biológicos, e insumos importados y el transporte (aéreo y terrestre) de los mismos, que requiera la Entidad,* **para que presente los respectivos documentos que acrediten mi formación y experiencia profesiona**l, para el rol de _____. Por otra parte, manifiesto bajo la gravedad de juramento que me comprometo a desempeñar las actividades propias del mismo, en el caso de que le sea adjudicada la contratación y que no me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad, incompatibilidad o conflictos de intereses estipulados en la Ley Colombiana.

Atte.

_____
Firma:
Nombre:
C.C.

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO No. 13 (APLICA PARA EL GRUPO 1 Y 2)

FORMATO DE CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD FINANCIERA Y CAPACIDAD ORGANIZACIONAL PARA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS HABILITANTES DE PERSONAS EXTRANJERAS NO INSCRITAS EN EL REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES POR NO TENER DOMICILIO O SUCURSAL EN COLOMBIA O NACIONALES NO OBLIGADAS A ESTARLO

(Llenar con el código que identifica el Proceso de contratación)

Oferente: _____

Resumen de cuentas de balance general y estado de resultados que sean necesarias para verificar los requisitos habilitantes de capacidad financiera y organizacional.

Cuenta	Oferente singular Oferente (valor en pesos colombianos)	Oferente Plural Participante No. 1 (valor en pesos colombianos)	Participante No. 2 (valor en pesos colombianos)	Participante No. 3 (valor en pesos colombianos)
Activo Corriente				
Activo Total				
Pasivo Corriente				
Pasivo Total				
Utilidad Operacional				
Gastos de Intereses				
Fecha de Corte de los estados financieros				

*si el oferente es plural y tiene más de tres participantes debe insertar las columnas adicionales en la tabla anterior

Capacidad Financiera

Porcentaje de participación	Oferente Individual 100%	Oferente Plural Indicar % de participación	Indicar % de participación	Indicar % de participación	100%
Indicador	Índice del Oferente	Índice del participante No. 1	Índice del participante No 2	Índice del participante No. 3	Índice del oferente plural
Índice de Liquidez					
Índice de Endeudamiento					
Razón de cobertura de Intereses					

*si el oferente es plural y tiene más de tres participantes debe insertar las columnas adicionales en la tabla anterior

Capacidad Organizacional

Porcentaje de participación	Oferente Individual 100%	Oferente Plural Indicar % de participación	Indicar % de participación	Indicar % de participación	100%

Indicador	Índice del Oferente	Índice del participante No. 1	Índice del participante No 2	Índice del participante No. 3	Índice del oferente plural
Rentabilidad sobre Activos					
Rentabilidad sobre el patrimonio					

*si el oferente es plural y tiene más de tres participantes debe insertar las columnas adicionales en la tabla anterior

Adjunto al presente certificado se encuentran los estados financieros auditados más recientes, con sus notas. Declaramos bajo la gravedad del juramento, comprometiendo nuestra responsabilidad personal y la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos que la información consignada en los estados financieros y en el presente formato es cierta.

_____
Firma Representante Legal del oferente
Nombre:
Documento de Identidad:

_____
Firma Revisor Fiscal
Nombre:
Documento de Identidad:
Tarjeta Profesional:

_____
Firma Contador
Nombre:
Documento de Identidad:
Tarjeta Profesional:

Nota. Si se trata de proponentes plurales, el revisor fiscal o contador de cada uno de los miembros del proponente plural debe firmar e incluir sus datos en el presente formato.

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO N° 14
APOYO A EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES GRUPO 1 SERVICIO DE NACIONALIZACION

El proponente deberá diligenciar con una **X** la casilla que corresponda a su ofrecimiento. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.4.2.14 del Decreto 1082 de 2015, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que cumplo con alguna de las siguientes condiciones:

ITEM	CONDICIÓN QUE ACREDITA EL PROPONENTE (EMPRENDIMIENTO Y EMPRESAS DE MUJERES)	SOPORTE REQUERIDO	MARQUE CON UNA X
1	*Más del cincuenta por ciento (50%) de las acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica pertenecen a mujeres y los derechos de propiedad han pertenecido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección*	***Certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador,*** *donde consta la distribución de los derechos en la sociedad y el tiempo en el que las mujeres han mantenido su participación.*	
2	*Por lo menos el cincuenta por ciento (50%) de los empleos del nivel directivo son ejercidos por mujeres y éstas han estado vinculadas laboralmente a la empresa durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección en el mismo cargo u otro del mismo nivel. (Se entiende por empleos de Nivel Directivo aquellos cuyas funciones están relacionadas con la dirección de áreas misionales de la empresa y la toma de decisiones a nivel estratégico.)*	***Certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador,*** *donde se indica el detalle de todas las personas que conforman los cargos de nivel directivo del proponente, el número de mujeres y el tiempo de vinculación. La certificación deberá relacionar el nombre completo y el número de documento de identidad de cada una de las personas que conforman el nivel directivo del proponente. Como soporte debe anexar las copias de los respectivos documentos de identidad, copia de los contratos de trabajo o certificación laboral con las funciones, así como el certificado de aportes a seguridad social del último año en el que se demuestra los pagos realizados por el empleador.*	
3	*La persona natural proponente es una mujer y ha ejercido actividades comerciales a través de un establecimiento de comercio durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del proceso de selección.*	*Copia de cédula de ciudadanía, la cédula de extranjería o el pasaporte, así como la copia del registro mercantil.*	
4	*En la asociación y/o cooperativa proponente, más del cincuenta por ciento (50%) de los asociados son mujeres y la participación ha correspondido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección.*	***Certificación expedida por el representante legal****.*	

NOTA: El proponente debe aportar con su propuesta, los soportes para acreditar la condición de emprendimiento y empresa de mujeres, en los términos del artículo 2.2.1.2.4.2.14 del Decreto 1082 de 2015. Las certificaciones antes referidas deben expedirse bajo la gravedad de juramento **con una fecha de máximo treinta (30) días calendario anteriores a la prevista para el cierre del procedimiento de selección.**

En caso que el proponente no adjunte a su propuesta alguno(s) del (los) soporte(s) requeridos o que alguno de los documentos o certificaciones allegados no cumpla con lo solicitado, el proponente podrá subsanar el documento o certificación para efectos de habilitación de su propuesta; sin embargo, los documentos o soportes que subsane no le otorgarán puntaje alguno.

NOMBRE DEL PROPONENTE:
IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
IDENTIFICACIÒN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO N° 14
APOYO A EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES GRUPO 2 SERVICIO DE TRANSPORTE

El proponente deberá diligenciar con una **X** la casilla que corresponda a su ofrecimiento. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.4.2.14 del Decreto 1082 de 2015, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que cumplo con alguna de las siguientes condiciones:

ITEM	CONDICIÓN QUE ACREDITA EL PROPONENTE (EMPRENDIMIENTO Y EMPRESAS DE MUJERES)	SOPORTE REQUERIDO	MARQUE CON UNA X
1	*Más del cincuenta por ciento (50%) de las acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica pertenecen a mujeres y los derechos de propiedad han pertenecido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección*	***Certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador,*** *donde consta la distribución de los derechos en la sociedad y el tiempo en el que las mujeres han mantenido su participación.*	
2	*Por lo menos el cincuenta por ciento (50%) de los empleos del nivel directivo son ejercidos por mujeres y éstas han estado vinculadas laboralmente a la empresa durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección en el mismo cargo u otro del mismo nivel. (Se entiende por empleos de Nivel Directivo aquellos cuyas funciones están relacionadas con la dirección de áreas misionales de la empresa y la toma de decisiones a nivel estratégico.)*	***Certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador,*** *donde se indica el detalle de todas las personas que conforman los cargos de nivel directivo del proponente, el número de mujeres y el tiempo de vinculación. La certificación deberá relacionar el nombre completo y el número de documento de identidad de cada una de las personas que conforman el nivel directivo del proponente. Como soporte debe anexar las copias de los respectivos documentos de identidad, copia de los contratos de trabajo o certificación laboral con las funciones, así como el certificado de aportes a seguridad social del último año en el que se demuestra los pagos realizados por el empleador.*	
3	*La persona natural proponente es una mujer y ha ejercido actividades comerciales a través de un establecimiento de comercio durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del proceso de selección.*	*Copia de cédula de ciudadanía, la cédula de extranjería o el pasaporte, así como la copia del registro mercantil.*	
4	*En la asociación y/o cooperativa proponente, más del cincuenta por ciento (50%) de los asociados son mujeres y la participación ha correspondido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección.*	***Certificación expedida por el representante legal****.*	

NOTA: El proponente debe aportar con su propuesta, los soportes para acreditar la condición de emprendimiento y empresa de mujeres, en los términos del artículo 2.2.1.2.4.2.14 del Decreto 1082 de 2015. Las certificaciones antes referidas deben expedirse bajo la gravedad de juramento **con una fecha de máximo treinta (30) días calendario anteriores a la prevista para el cierre del procedimiento de selección.**

En caso que el proponente no adjunte a su propuesta alguno(s) del (los) soporte(s) requeridos o que alguno de los documentos o certificaciones allegados no cumpla con lo solicitado, el proponente podrá subsanar el documento o certificación para efectos de habilitación de su propuesta; sin embargo, los documentos o soportes que subsane no le otorgarán puntaje alguno.

NOMBRE DEL PROPONENTE:
IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
IDENTIFICACIÒN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

ANEXO Nº 1

MATRIZ DE RIESGOS GRUPO 1 SERVICIO DE NACIONALIZACION

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción (Que puede pasar y, cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Valoración del Riesgo	Categoría	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/Controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento				¿Afecta la ejecución del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión	
													Probabilidad	Impacto	Valoración del Riesgo	Categoría					¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
1	Especifico	Interno	Ejecución	Regulatorio	Cambios regulatorios en materia administrativa o normativa, relacionados con el objeto contractual	Retraso en el cumplimiento de las obligaciones y/o en el plazo establecido para la ejecución del contrato	1	1	2	Baja	Ministerio y/o contratista según sujeto de obligación	Revisión del contrato con el fin de hacer las modificaciones pertinentes para poder desarrollar el contrato	1	1	2	Bajo	Si	Supervisor	Inmediato, una vez se presente el evento	Una vez se realicen los ajustes requeridos para hacer posible la ejecución del contrato	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato	Mensual
2	General	Externo	Ejecución	Económicos	Incremento inusual en los requerimientos del MSPS, teniendo en cuenta las actividades a desarrollar durante la vigencia del contrato	Retraso en el cumplimiento de la misionalidad del Ministerio	2	1	3	Baja	Contratista 100 %	Revisión de la capacidad operativa	1	1	2	Bajo	No	Contratista	Inmediato, una vez se presente el evento	Inmediata, según la necesidad	Seguimiento en tiempos de entrega	Continuo
3	Especifico	Interno	Ejecución	Regulatorio	Expedición de nuevas normas tributarias que afecten la ejecución financiera del contrato.	Retraso en el cumplimiento de las obligaciones y/o en el plazo establecido para la ejecución del	1	1	2	Baja	Ministerio y/o contratista según sujeto de obligación	Revisión del contrato con el fin de hacer las modificaciones pertinentes para poder desarrollar el contrato	1	1	2	Bajo	Si	Supervisor	Inmediato, una vez se presente el evento	Una vez se realicen los ajustes requeridos para hacer posible la ejecución del contrato	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato	Mensual

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción (Que puede pasar y, cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Valoración del Riesgo	Categoría	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/Controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento				¿Afecta la ejecución del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión	
													Probabilidad	Impacto	Valoración del Riesgo	Categoría					¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
4	Especifico	Interno	Ejecución	operativo	Indebida manipulación de los bienes o insumos por parte del contratista o sus de pendientes	Perdida o daño patrimonial para el ministerio	1	2	3	Media	100 % al contratista	Seguimiento al cumplimiento por parte del contratista de los manuales, procedimientos y guías entregados por el Ministerio	1	2	3	bajo	No	Supervisor	Inmediato, una vez se presente el evento	Inmediata, según la necesidad	Seguimiento documentado frent a las actividades del contratista	Mensual

MATRIZ DE RIESGOS GRUPO 2 SERVICIO DE TRANSPORTE

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción (Que puede pasar y, cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Valoración del Riesgo	Categoría	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/Controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento				¿Afecta la ejecución del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión	
													Probabilidad	Impacto	Valoración del Riesgo	Categoría					¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
1	General	Externo	Ejecución	Económicos	Incremento en los precios de peajes, combustibles, fletes, personal u otros de naturaleza relacionada.	que el margen de ganancia sea menor para el contratista	3	2	5	Bajo	Contratista 100%	Prever dentro de la oferta la fluctuación de precios	1	1	2	Bajo	No	Contratista	Inmediato, una vez se presente el evento	Inmediata, según la necesidad	Actualización de información relacionada con el tema	Segunnecesidad

No.	2	3	4
Clase	Específico	General	Específico
Fuente	Interno	Externo	Interno
Etapa	Ejecución	Ejecución	Ejecución
Tipo	Regulatorio	Económicos	Regulatorio
Descripción (Que puede pasar y, cómo puede ocurrir)	Cambios regulatorios en materia administrativa o normativa, relacionados con el objeto contractual	Incremento inusual en los despachos del MSPS, teniendo en cuenta las actividades a desarrollar durante la vigencia del contrato	Expedición de nuevas normas tributarias que afecten la ejecución financiera del contrato.
Consecuencia de la ocurrencia del evento	Retraso en el cumplimiento de las obligaciones y/o en el plazo establecido para la ejecución del contrato	Retraso en el cumplimiento de la misionalidad del Ministerio	Retraso en el cumplimiento de las obligaciones y/o en el plazo establecido para la ejecución del contrato
Probabilidad	1	2	1
Impacto	1	1	1
Valoración del Riesgo	2	3	2
Categoría	Baja	Baja	Baja
¿A quién se le asigna?	Ministerio y/o contratista según sujeto de obligación	Contratista 100%	Ministerio y/o contratista según sujeto de obligación
Tratamiento/Controles a ser implementados	Revisión del contrato con el fin de hacer las modificaciones pertinentes para poder desarrollar el contrato	Revisión de la capacidad operativa	Revisión del contrato con el fin de hacer las modificaciones pertinentes para poder desarrollar el contrato
Impacto después del tratamiento: Probabilidad	1	1	1
Impacto después del tratamiento: Impacto	1	1	1
Impacto después del tratamiento: Valoración del Riesgo	2	2	2
Impacto después del tratamiento: Categoría	Bajo	Bajo	Bajo
¿Afecta la ejecución del contrato?	Si	No	Si
Persona responsable por implementar el tratamiento	Supervisor	Contratista	Supervisor
Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Inmediato, una vez se presente el evento	Inmediato, una vez se presente el evento	Inmediato, una vez se presente el evento
Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Una vez se realicen los ajustes requeridos para hacer posible la ejecución del contrato	Inmediata, según la necesidad	Una vez se realicen los ajustes requeridos para hacer posible la ejecución del contrato
Monitoreo y revisión: ¿Cómo se realiza el monitoreo?	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato	Seguimiento en tiempos de entrega	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato
Monitoreo y revisión: Periodicidad ¿Cuándo?	Mensual	Continuo	Mensual

No.	5	6	7
Clase	Especifico	Especifico	Especifico
Fuente	Externo	Externo	Interno
Etapa	Ejecución	Ejecución	Ejecución
Tipo	Sociales o Politicos	Operacional	operacional
Descripción (Que puede pasar y, cómo puede ocurrir)	Accionar de grupos armados que retrasen, dificulten o impidan la entrega de los insumos	Pérdida de los bienes (biológicos, medicamentos y demás insumos de uso en salud pública) objeto del contrato	Riesgos existentes al transportar material biológico
Consecuencia de la ocurrencia del evento	Retraso en el logro de los objetivos institucionales de la Contratación.	Prever o asumir los costos extras que se generen con ocasión a la pérdida	Hurto y/o daño, ocasionando retrasos en los tiempos de entrega de las biológicos, medicamentos e insumos
Probabilidad	1	1	4
Impacto	1	3	5
Valoración del Riesgo	2	4	9
Categoría	Bajo	Bajo	Alta
¿A quién se le asigna?	Contratista 50% y Ministerio 50%	Contratista 100%	Contratista 100%
Tratamiento/Controles a ser implementados	Establecer plan de contingencia	Afectación de pólizas y/o acuerdo de pago entre el contratista y la Entidad	Establecer plan de contingencia
Impacto después del tratamiento: Probabilidad	1	1	5
Impacto después del tratamiento: Impacto	1	3	5
Impacto después del tratamiento: Valoración del Riesgo	1	4	10
Impacto después del tratamiento: Categoría	Bajo	Bajo	bajo
¿Afecta la ejecución del contrato?	No	No	No
Persona responsable por implementar el tratamiento	Supervisor	Supervisor	Contratista
Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Inmediato, una vez se presente el evento	Inmediato, una vez se presente el evento	Inmediato, una vez se presente el evento
Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Según los plazos establecidos en el plan de contingencia	Una vez concluido el proceso sancionatorio contractua—	Ejecución del contrato
Monitoreo y revisión: ¿Cómo se realiza el monitoreo?	Seguimiento al plan de contingencia	Seguimiento en tiempos de entrega	Seguimiento y control
Monitoreo y revisión: Periodicidad ¿Cuándo?	Según lo establecido en el plan de contingencia	Continuo	Continuo

ANEXO Nº2
DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS OBJETO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO GRUPO 2 SERVICIO DE TRANSPORTE
(Ver estudio previo)

ANEXO Nº3
TABLA DESPACHOS PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A JUNIO DE 2022 POR TIPO DE CAJA
(Ver estudio previo)

ANEXO Nº4
NACIONALIZACIONES COMPRENDIDAS ENTRE ENERO A JUNIO DE 2022
(Ver estudio previo)

ANEXO Nº5
GLOSARIO
(Ver estudio previo)

ANEXO Nº6
ESTUDIO DE MERCADO
(Ver estudio previo)

ANEXO Nº6.1
ANÁLISIS COTIZACIONES FRENTE A LOS VALORES DEL CONTRATO ACTUAL SERVICIO DE TRANSPORTE Y SERVICIO DE NACIONALIZACIÓN.
(Ver estudio previo)