MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL ATLANTICO

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL
Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora. _____

No. S-2019 -032603 /DISAN-CLICA-CONTR

Soledad, 17 de Junio de 2019.

Subintendente. **AYDA LUAZ CRISTANCHO**
Jefe presupuesto SECSA-DEATA (E).
Ciudad

Asunto: **SOLICITUD DE CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPÚESTAL.**

De manera atenta me permito solicitar a la señora subintendente expedir el certificado de disponibilidad Presupuestal SIIF y/o QUIPU, por el valor de; El valor estimado de la presente contratación, es de **$70.000.000,00 SETENTA MILLONES DE PESOS M/CTE,** con el fin de adelantar el proceso contractual cuyo objeto es **"SERVICIOS DE SUBESPECIALIDAD MEDICA EN REUMATOLOGIA CONSULTA AMBULATORIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, CONTENIDOS EN EL ACUERDO NO. 002 / 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL.".**

$ VIGENCIA 2019	**$ 30.000,000.00**
$ VIGENCIA 2020	**$ 40,000,000.00**
TOTAL	**$ 70.000.000,00**

Atentamente,

Capitan. **GUILLERMO OROZCO CASTRILLON**
Jefe administrativo y financiero Seccional Sanidad Atlantico

Elaborado/Revisado por: TH. JHN VICTOR FRANCO JIMENEZ
Analista de contratos SECSA DEATA.

Revisó: Teniente CAMILO ANDRES BARON TRUJILLO
Analista Líder de Contratos SECSA DEATA.

Fecha de Elaboración: 17/06 /2019
Ubicación c:\\Mis documentos\oficios

POLICIA NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD

Nit: 802016407

SECCIONAL ATLANTICO

AREA DE SANIDAD SECCIONAL ATLANTICO

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Numero: 634

EL JEFE DE: NO SE ENCONTRO PARAMETRO: 222

C E R T I F I C A :

Que en el presupuesto de gastos para la presente vigencia fiscal, existe disponibilidad presupuestal por cuantía de SETENTA MILLONES DE PESOS M/CTE *** $70,000,000.00 para amparar el compromiso que se pretende realizar como se determina a continuación:

Por Concepto de: AMPARA PRESTACION DE SERVICIO DE SUBESPEIALIDAD MEDICA EN REUMATOLOGIA PARALOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL CONTENIDOSEN EL ACUERDO 002/2001

Estado: **AUTORIZADO**
Area Solicitante: ATENCION SALUD SECC ATLA
Nombre Solicitante: CT GUILLERMO OROZCO CASTRILLON
Fecha Solicitud: 18/06/2019
Observaciones: ..
Proyecto:

AREA		IMPUTACION PRESUPUESTAL									DESCRIPCION	VIGENCIA	VALOR
		Tpo	Cls	Cta	Scta	Obg	Ord	Sordaux	Recu				
1520400	ATENCION SALUD SECC ATLA	0	2	020	200	9				16	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES*	2019	$30,000,000.00
1520400	ATENCION SALUD SECC ATLA	0	2	020	200	9				16	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES*	2020	$40,000,000.00
											TOTAL		$70,000,000.00

Expedido a los 18 dias del mes de Junio de 2019 en la ciudad de BARRANQUILLA

SI AYDA LUZ CRISTANCHO FUENTES
RESPONSABLE DE PRESUPUESTO SECSA DEATA

SIIF Nación

Certificado de Disponibilidad Presupuestal – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHalcrista	AYDA LUZ CRISTANCHO FUENTES
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	16-01-02-007	DISAN SECCIONAL DE SANIDAD ATLANTICO
Fecha y Hora Sistema:	2019-06-18-9:44 a. m.	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Ítems de afectación de gastos"

Numero:	63019	**Fecha Registro:**	2019-06-18	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	16-01-02-007 DISAN SECCIONAL DE SANIDAD ATLANTICO				
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado		**Tipo:**	Gasto		**Uso Caja Menor**	Ninguno
Valor Inicial:	30.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00		**Valor Actual.:**	30.000.000,00	**Saldo X Comprometer:**	30.000.000,00	**Vr. Bloqueado** 0,00

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS					
Número:	64519	**Fecha Registro:**	2019-06-18	**Número:**		**Modalidad de contratación:**		**Tipo de contrato:**	

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
C07 DISAN SECCIONAL DE SANIDAD ATLANTICO ATENCION SALUD	A-02-02-02-009 SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	Nación	16	SSF						
					Total:	30.000.000,00	0,00	30.000.000,00	30.000.000,00	0,00

Objeto:	AMPARA PRESTACION DE SERVICIO DE SUBESPEIALIDAD MEDICA EN REUMATOLOGIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL CONTENIDOS EN EL ACUERDO 002/2001.

SI AYDA LUZ CRISTANCHO FUENTES

RESPONSABLE SECSA DEATA E

DIRECCIÓN DE SANIDAD SECCIONAL ATLÁNTICO

N° **/ GRUCO-SECSA-10.7.5-17.10**

Soledad, 17 de Junio de 2019

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MINIMA CUANTIA PN SECSA DEATA MIC 041 - 2019

La Seccional de Sanidad Atlántico invita a todas las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras domiciliadas o con sucursal en Colombia en Consorcio o Unión Temporal existentes en el mercado Nacional, con capacidad el **"SERVICIOS DE SUBESPECIALIDAD MEDICA EN REUMATOLOGIA CONSULTA AMBULATORIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, CONTENIDOS EN EL ACUERDO NO. 002 / 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL".**

.De acuerdo a las condiciones técnicas mínimas establecidas y cumplan con todos los requisitos exigidos para el mismo.

MODALIDAD DE SELECCIÓN

El presente proceso de contratación se adelantará por modalidad de SELECCIÓN DE MINIMA CUANTIA, según lo establecido en el las Leyes 1150 y 1474 de 2011 y Decreto 1082 de 2015.

Las condiciones de la presente invitación son las siguientes:

DATOS DEL PROCESO

Objeto

"SERVICIOS DE SUBESPECIALIDAD MEDICA EN REUMATOLOGIA CONSULTA AMBULATORIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, CONTENIDOS EN EL ACUERDO NO. 002 / 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL".

CLASIFICACIÓN UNSPSC	Segmento	Familia	Clase	Producto
85121700	SERVICIOS DE SALUD	Practica medica	Servicios de prestadores especializados de servicios de salud	

Presupuesto

El valor estimado en el presente proceso es de **SETENTA MILLONES DE PESOS ($70.000.000,00) M/CTE. Incluido IVA,** treita millones ($ 30.000.000) para la vigencia 2019 y cuarenta millones (40.000.000) para la vigencia 2020.

Amparados con los Certificados de Disponibilidad Presupuestal SIIF No. **63019** del 18 de Junio de 2019 y QUIPU No. 634 del 18 de Junio del 2019.

No CERTIFICADO	FECHA	VIGENCIA	DESIGNACION PRESUPUESTAL	VALOR
		2019	204412	30,000,000,00

			2020	204412	40,000,000,00
				TOTAL	70,000,000,00

	NOTA: La Seccional de Sanidad Atlántico requiere la presentación de una **OFERTA TOTAL. NO SE ACEPTAN OFERTAS PARCIALES,** la oferta que exceda el precio techo no será tenido en cuenta en el presente proceso de selección. Diligenciar **ANEXO No. 3**
Plazo de ejecución	El plazo de ejecución del contrato es de ONCE (11) meses, contados a partir de la fecha de expedición de la carta de inicio de ejecución del mismo. La vigencia del contrato será igual al plazo de su ejecución y cuatro (4) meses más. Estos cuatro (4) meses serán únicamente para efectos de su liquidación de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007
Lugar de prestación del servicio	La entidad proponente que le sea adjudicada la contratación objeto del presente estudio, deberá prestar los servicios en la sede o sedes en cuya dirección ofertó en su propuesta Las cuales deben encontrarse debidamente habilitados por el Ministerio de Salud y Protección Social y ubicadas en la ciudad de Barranquilla o Soledad
Forma de ejecución del contrato	La ejecución de presente contrato se requiere bajo la modalidad de tracto sucesivo, en las condiciones, presentaciones y con las garantías exigidas, hasta agotar el presupuesto asignado al presente proceso. Para cumplir con el objeto del contrato el oferente que resulte seleccionado en la evaluación de las propuestas, deberá ejecutarlo cumpliendo estrictamente las condiciones y especificaciones solicitadas por la parte contratante.
Forma de pago	La Seccional Sanidad Atlántico efectuará el pago del valor del contrato en los términos establecidos por la ley siempre y cuando EL CONTRATISTA presente los documentos requeridos por la Seccional Sanidad Atlántico para efectuar el pago. Estos documentos soportes de la facturación, deberán estar acompañados del recibo a satisfacción de la prestación del servicio expedido por el **SUPERVISOR DEL CONTRATO,** previo cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes y conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional, y de acuerdo al derecho de turno señalado en el artículo 19 de la ley 1150 de 2007. En ningún momento la aprobación de cupos de PAC será impedimento para la ejecución del contrato. Todos los pagos a que se compromete la SECCIONAL SANIDAD ATLANTICO serán cancelados dentro de los treinta (30) días calendario siguiente a aquel en que haya sido presentada la respectiva factura y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Dirección de Sanidad. **PARAGRAFO PRIMERO**: *Documentos que se deben presentar para el pago de los* SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS ASI: **Enviar la facturación los 5 (cinco) primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio a la Ventanilla Única de Central de Cuentas de la Seccional Sanidad Atlántico, ubicada en la Avenida Circunvalar No. 45-124 Soledad, con los siguientes soportes:** **a.** Factura comercial en original y copia, donde se estipule cada servicio prestado con su respectivo código (CUPS), individual por cada paciente. **b.** Recibo a satisfacción de la prestación de servicio expedido por el **SUPERVISOR DEL CONTRATO**. ~~c.~~ **Original de la boleta de autorización (orden de servicio externo) expedida por los funcionarios de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Seccional Sanidad Atlántico adicionando los siguientes documentos:** a) RIPS en medio

magnético correspondientes a la facturación presentada. b) Fotocopia de los resultados de exámenes paraclínicos y demás ayudas diagnósticas, incluídas las lecturas correspondientes. c) Facturas con soportes: orden de servicio externo, con la firma del usuario del servicio recibido a satisfacción, anexando copia de documentos de identidad del usuario (carné en copia por ambas caras o constancia vigente, cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil). d) Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes establecidos por la DIAN

d. Facturar los servicios médicos, diagnósticos y terapéuticos según la tarifa presentada por la entidad en la oferta económica aprobada.

e. En lo referente a los RIPS, el CONTRATISTA debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen. Los RIPS deberán ser presentados en medio magnético mensualmente y deben corresponder a la facturación que se está radicando.

f. **Allegar con la correspondiente factura, el recibo de pago de aportes parafiscales y de seguridad social actualizado** según corresponda de acuerdo a la ley 1607 de 2012, donde se especifique el mes de pago del mismo, de igual manera anexar en los casos que apliquen la planilla pila.

g. Fotocopia de la hoja del contrato en donde se encuentra el registro presupuestal.

h. Las cuentas que sean radicadas deben corresponder a la facturación de los servicios que fueron prestados en el mes inmediatamente anterior a la fecha en que se entrega la facturación.

CAUSALES DE NO PAGO

a) Todo servicio prestado que no cuente con el formato de autorización por parte de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Seccional Sanidad Atlántico.
b) Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente.
c) LOS SERVICIOS QUE NO CUENTEN CON EL DEBIDO RESPALDO DE AUTORIZACIÓN O NOTIFICACIÓN. SOLO Y EXCLUSIVAMENTE DEBERÁN TRAER LA AUTORIZACIÓN EMITIDA POR LA OFICINA DE REFERENCIA y CONTRAREFERENCIA DE LA SECCIONAL SANIDAD ATLANTICO.
d) En las complicaciones imputables al prestador del servicio, estas no serán reconocidas ya que corren por cuenta de este, de acuerdo a lo establecido en el manual ISS.
f) Todo bien o servicio para la administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del Comité Técnico Científico CTC DISAN.
g) Las contempladas en la Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.

OBJECIONES Y GLOSAS.

DECRETO 4747/2007 Artículo 23. Trámite de glosas. Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y Ley 1438 de 2011. La entidad deberá dar respuesta a las glosas notificadas por la Seccional Sanidad Atlántico, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar justificadamente, que la glosa no tiene lugar. En caso de no dar respuesta se entenderá como aceptada y se procederá a realizar su respectivo trámite.

	El valor de la factura que no fue objetado, continuará con el trámite de pago establecido en la presente cláusula Forma de Pago
Causales de rechazo de la propuesta o declaratoria desierta del proceso	Son causales para el rechazo de las propuestas, las siguientes: **A.** Cuando se compruebe que un proponente ha interferido, influenciado, u obtenido correspondencia interna, proyectos de concepto de evaluación o de respuesta a observaciones, no enviados oficialmente a los proponentes. **B.** Cuando se compruebe confabulación entre los proponentes que altere de cualquier manera la aplicación del principio de selección objetiva. **C.** Cuando el proponente o alguno de sus integrantes se encuentre incurso en las causales de inhabilidades o incompatibilidad fijadas por la Constitución y la Ley. **D.**Cuando en la propuesta se encuentre información o documentos que no correspondan a la realidad que le permita cumplir un requisito mínimo. **E.**Cuando el Objeto Social de la firma, incluido en el Certificado de Existencia y Representación Legal no faculte a la sociedad para desarrollar la actividad materia de la futura contratación. **F.**Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación proferidas por Autoridad Competente. **G.** Cuando se presente más de una oferta por un mismo oferente o se ostente la calidad de representante legal o socio de más de una persona jurídica participante en el presente proceso de selección. **H.**Cuando el valor de la propuesta contenga precios artificialmente bajos **I.** Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas exigidas. **J.** La no presentación de la oferta económica. **K.** En el evento en que la Seccional de Sanidad Atlántico haya solicitado al oferente por escrito con posterioridad a la presentación de la oferta, aclaraciones o explicaciones relacionadas con información de la misma y éste no de respuesta dentro del término establecido para ello en el escrito de solicitud, o dentro del plazo señalado en el Cronograma del proceso. **L.**Cuando la oferta se presente en forma extemporánea o en un lugar distinto al señalado en la presente invitación pública. El hecho de que un proponente se encuentre dentro de las instalaciones policiales no lo habilita para que se le reciba la propuesta después de la hora citada. El proponente deberá presentarse a las oficinas del Grupo Contratos de la Seccional de Sanidad Atlántico previendo la demora que implica la entrada al Complejo Policial. En ningún caso la Seccional de Sanidad Atlántico se hará responsable del retraso en la entrada de algún proponente, por lo que es de única y exclusiva responsabilidad de este, disponer del tiempo necesario para la asistencia oportuna a la diligencia del cierre del presente proceso. **M.** La NO presentación de los documentos habilitantes dentro del término establecido en la invitación.

	N. La no presentación de la oferta económica, cuando supere los precios techos establecidos por la Seccional además de no presentar porcentaje de descuento global sobre los precios techo establecidos. **CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO** LA SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO DE LA POLICÍA NACIONAL declarará desierto el presente proceso al vencimiento del plazo previsto para adjudicar, cuando entre las propuestas presentadas no se logre adjudicar a ninguna el contrato ofrecido, ya sea porque las propuestas no cumplan con las condiciones para ser adjudicatarias, porque no se presenten propuestas, o por cualquier otra causa que impida la selección objetiva. Si de la consulta y análisis de precios o condiciones del mercado se desprende que no existen razones que justifiquen la diferencia de precios entre los precios de referencia y los presentados por los oferentes en el presente proceso, la entidad podrá descalificarlos o declarar desierto el proceso, caso en el cual deberá darse inicio a uno nuevo. La declaratoria de desierta del proceso se hará mediante comunicación motivada, la cual se publicará en el SECOP.
Factores que se tendrán en cuenta para la evaluación	Al momento de la entrega de las propuestas, se determinará el orden de elegibilidad, de acuerdo con la propuesta con oferta de menor precio ofertado, hasta la de mayor valor ofertado. La entidad procederá a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el ofrecimiento económico de menor valor, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento económico con el segundo menor valor y así sucesivamente. Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas, no se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto mediante acto administrativo motivado.
Procedimiento en caso de empate a menor precio	De conformidad con la subsección 5 en su Artículo 2.2.1.2.1.5.2, numeral 7 del Decreto 1082 de 2015, la entidad adjudicará a quien haya entregado primero la oferta entre los empatados, según el orden de entrega de las mismas.
Información de aceptación de la oferta	Con la comunicación de aceptación de la oferta publicada en el SECOP, el proponente seleccionado quedará notificado de la aceptación de su oferta.
Análisis de garantías: tipificación, estimación y asignación del riesgo	Las contenidas en el **Anexo No. 4** de la presente Invitación

2. REQUISITOS MÍNIMOS HABILITANTES.

Los proponentes deberán presentar su oferta en original debidamente foliada en sobre sellado y con los siguientes documentos:

- ✓ Carta de presentación de la oferta de acuerdo al formulario No. 1 firmada por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica).
- ✓ Certificado Existencia y Representación Legal para personas jurídicas y/o matricula de persona natural expedido (s) por la Cámara de Comercio respectiva, no superior a un (1) mes.
- ✓ Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal y/o proponente
- ✓ Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal.
- ✓ Certificado de antecedentes judiciales del oferente o su representante legal.
- ✓ Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del representante legal.
- ✓ Certificación de Aportes Parafiscales suscrito por el Representante Legal, o Revisor Fiscal. En este último evento, se deberá anexar fotocopia de la tarjeta profesional del revisor fiscal.
- ✓ Copia del Formulario de Inscripción en el Registro Único Tributario.
- ✓ Certificación Bancaria vigente.
- ✓ DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (diligenciar **formulario N° 2** adjunto)
- ✓ Compromiso anticorrupción de acuerdo con el **Formulario No. 3** suscrito por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica)
- ✓ Certificación de incompatibilidad e inhabilidad para contratar con el estado.

- ➢ **Oferta Económica**: la Seccional Sanidad Atlántico cancelara el servicio máximo al valor establecido en el **Anexo No. 2**

3. CRONOLOGÍA DEL PROCESO

- La estipulada en forma virtual por la página del **SECOP II**, del referido proceso.

NOTA 1: La validez de la oferta será de sesenta (60) días calendario contados a partir de la fecha de presentación.

NOTA 2: De ser necesaria la modificación de las condiciones de la invitación, esta se efectuará mediante ADENDA, la cual será expedida y publicada en el portal único de contratación hasta el día anterior a la fecha establecida para la recepción de las ofertas.

4. SUPERVISOR DEL CONTRATO

El supervisor del contrato será el líder de Referencia y Contrarreferencia, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la resolución No. 3256 del 16 de Diciembre de 2004

"SE INVITA A LAS VEEDURÍAS CIUDADANAS PARA EJERCER CONTROL SOCIAL, DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE"

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 850 de 2003, se convoca a todas las veedurías ciudadanas, asociaciones de retiro de la Policía Nacional y entes de control para que participen en la etapa precontractual, contractual y pos-contractual del presente proceso de contratación, de conformidad con lo establecido en el artículo 66 de la Ley 80 de 1993.

Se informa a los interesados, que la Seccional Sanidad Atlántico de la Policía Nacional, adelantará la Presente Invitación Pública y para ello suministra la siguiente información básica, con el fin de convocarlos a participar en el mismo.
Los estudios y documentos previos y la Invitación Pública podrán ser consultados a través de la página electrónica www.colombiacompra.gov.co, e igualmente podrán ser consultados y retirados en la oficina de Contratos de la Seccional Sanidad Atlántico de la Policía Nacional, ubicada en la Avenida Circunvalar No. 45-124, en horario de 08:00 a 12:00 y de 14:30 a 18:00 horas. La presente invitación no tiene costo alguno.

Atentamente,

Capitán. **JOHON SANTANDER HERNANDEZ HERRERA**
Jefe Seccional de sanidad Atlántico (E)

Funcionario o Asesor	Dependencia	Nombre	Firma
elaboro	GRUCO SECSA DEATA	IT.JOHN VICTOR FRANCO JIMENEZ	
Revisado por:	ANALISTA LIDER GRUCO SECSA	TE. CAMILO ANDRES BARON TRUJILLO	
Vo. Bo.	JEFE GADFI SECSA DEATA	CT.GUILLERMO OROZCO CASTRILLON	
Aprobó	ASESOR JURÍDICO ÁREA DE CONTRATOS SECSA DEATA	Abog. OMAR TORES HERNANDEZ	

ANEXO No. 1

CONDICIONES TECNICAS

Para lo anterior se diligencia la información en el siguiente cuadro y anexar los documentos respectivos:

CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
CONDICIONES TECNICAS MÍNIMAS HABILITABLES El servicio de REUMATOLOGIA requiere que el prestador-proponente se encuentre debidamente habilitado para ello en su jurisdicción, mediante acto administrativo o certificación expedida por la autoridad de salud competente, de acuerdo al decreto 1011/2006 expedido por el Ministerio de Protección Social. Para el cumplimiento de lo anterior anexar certificación de habilitación o renovación vigente según la resolución 2003 / 14.		
PORTAFOLIO DE SERVICIOS: El proponente debe anexar su portafolio de servicios habilitados que oferte acorde con las especificaciones y requerimientos de la Seccional Sanidad Atlántico, indicando teléfonos, fax, e-mail de la entidad para los contactos respectivos con los servicios ofertados.		
MODELO DE ATENCION: Anexar modelo de prestación de servicios que ofrecen		
El oferente deberá cumplir con la normatividad legal vigente en implementación de **sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo** según la Decreto 1072 del 2015 y Resolución 1111 del 2017 Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para Empleadores y Contratantes (anexar documento de evaluación de la entidad del cumplimiento de esta norma).		
EXPERIENCIA CONTRACTUAL DEL PROPONENTE: Con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere que el oferente acredite experiencia igual o similar en la prestación del servicio objeto del contrato, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización en los tres (3) últimos años de contrataciones con el mismo objeto del presente proceso, cuya suma supere el 70% del presupuesto asignado al presente proceso, con empresas públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar certificaciones de contratos con concepto favorable de la recepción de los servicios.		
IDONEIDAD DEL TALENTO HUMANO: REUMATOLOGO Para el cumplimiento de lo anterior, se deben anexar única mente los soportes básicos y el Anexo Formato de Idoneidad del talento Humano, que acrediten al personal que presta los servicios. **(ANEXO 7)** No se deben anexar soportes de educación continuada como diplomados, asistencia a congresos, etc. Los soportes mínimos que se verificaran de sus hojas de vida son:-Fotocopia del Titulo de la especialidad y / o su certificación de validación del título de la especialidad si fue obtenido (a) en el exterior.--Fotocopia del documento que demuestra la relación laboral (en cualquier modalidad) con la entidad proponente, firmado por el representante legal y el profesional. Fotocopia de la tarjeta profesional del MPS.		

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, y puede ser verificada.

NOMBRE DEL PROPONENTE:
NIT o C.C.:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
C. C.:
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:
DIRECCION:
TELEFONO:

ANEXO No. 2

INFORMATIVO PRECIO TECHO

Oferta Económica La Seccional Sanidad Atlántico cancelara los servicios objeto de la presenta contratación MAXIMO a los precios establecidos en el siguiente cuadro:

CODIGO	ESPECIALIDAD	VALOR PRECIO TECHO
890302	CONSULTA DE REUMATOLOGIA	$ 98.000.oo

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, y puede ser verificada.

NOMBRE DEL PROPONENTE:
NIT o C.C.:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
C. C.:
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:
DIRECCION:
TELEFONO:

ANEXO No. 3

OFERTA ECONOMICA DEL PROPONENTE

ITEM	DESCRIPCION	VALOR OFERTADO
1	"SERVICIOS DE SUBESPECIALIDAD MEDICA EN REUMATOLOGIA CONSULTA AMBULATORIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, CONTENIDOS EN EL ACUERDO NO. 002 / 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL".	

OBSERVACION: El oferente deberá ofertar de manera global el incremento para todos los servicios, en caso contrario no se evaluara y no continuara dentro del proceso de selección

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, y puede ser verificada.

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL;

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

ANEXO No. 4

CERTIFICACION CAPACIDAD INSTALADA

Yo _____, representante de la firma _____, identificado con C.C._____ de _____, certifico que la firma que represento cuenta con la infraestructura, recursos y disponibilidad e idoneidad del personal, necesarios para cumplir el objeto de la presente contratación, en las condiciones señaladas.

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C. C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCION:

TELEFONO:

ANEXO No. 5
TIPIFICACIÓN, ESTIMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

ETAPA CONTRACTUAL

#	CLASE	FUENTE	ETAPA	TIPO	DESCRIPCIÓN (QUE PUEDE SUCEDER Y COMO PUEDE OCURRIR PROBABILIDAD	PROBABILIDAD	IMPACTO	CATEGORÍA DEL RIESGO	MITIGACIÓN DEL RIESGO
1	General	Interno	Selección	Operacionales	La no suscripción del contrato sin justa causa	1	2	3	Transferir
2	General	Interno	Selección	Operacionales	La no ampliación de la vigencia de la garantía de seriedad de oferta cuando el termino previsto en la invitación para la adjudicación del contrato se prorrogue o cuando el termino previsto para la suscripción del contrato se prorrogue siempre y cuando esas prorrogas no excedan un término de tres meses.	1	2	3	Transferir
3	General	Interno	Selección	Operacionales	La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado de garantía de cumplimiento exigida por la entidad para amparar el incumplimiento de las obligaciones del contrato.	1	2	3	Transferir
4	General	Interno	Selección	Operacionales	El retiro de la oferta después de vencido el termino fijado para la presentación de las ofertas	1	2	3	Transferir
5	General	Interno	Selección	Económicos	Variación en las circunstancias financieras del contratista en forma negativa que pongan en riesgo la ejecución del contrato.	1	2	3	Transferir
6	General	Interno	Selección	Operacionales	Aspectos que afecten el desarrollo del proceso o la ejecución del contrato, incluyendo aquí el personal idóneo y con el perfil adecuado para el buen y normal desarrollo del contrato.	1	2	3	Reducir la probabilidad de ocurrencia del evento
7	General	Interno	Planeación	Operacionales	Situaciones de orden legal que impidan la presentación de una oferta o el posterior desarrollo del contrato ya suscrito.	1	2	3	Reducir la probabilidad de ocurrencia del evento
8	General	Interno	Planeación	Operacionales	Ausencia de oferentes o que habiendo recibido ofertas ninguna de ellas haya resultado habilitada.	2	2	3	Reducir la probabilidad de ocurrencia del evento
9	General	Externo	Contratación	Operacionales	Inexistencia de causa justificada para que el adjudicatario no suscriba el contrato dentro del tiempo fijado por la Administración.	1	2	3	Transferir
10	General	Externo	Ejecución	Operacionales	Cumplimiento tardío o incumplimiento definitivo de las obligaciones contraídas.	1	2	3	Transferir
11	Especifico	Externo	Ejecución	Operacionales	Calidad inferior de los servicios entregados frente a los ofertados y adjudicados	1	4	5	Transferir
12	General	Externo	Ejecución	Operacionales	No pago de las obligaciones de carácter laboral que por su naturaleza debe asumir el contratista.	2	2	4	Transferir
13	Especifico	Externo	Ejecución	Operacionales	Daños causados por la prestación del servicio por parte de personas que no se encuentren legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuentan con la autorización o licencia otorgada por la autoridad competente	2	3	5	Transferir

14	**Especific o**	**Externo**	**Ejecución**	**Operacionales**	Abandono del usuario o negación de atención medica	**2**	**3**	**5**	**Transferir**

MECANISMO DE COBERTURA	MONTO Y COBERTURA	PLAZO
Póliza de cumplimiento	20% del valor total del contrato	Vigencia del contrato y 60 días calendario más.
Póliza de calidad del servicio	50% del valor total del contrato	Vigencia del contrato y 1 año más.
* Póliza de pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones	5% del valor total del contrato	Vigencia del contrato y 3 años más.
* Póliza de responsabilidad civil clínicas hospitales	200 SMMLV contratos cuyo valor sea igual o inferior a 1.500 SMLMV numeral 1 del art. 2.2.1.2.3.1.17 del Decreto 1082 de 2015 300 SMMLV para contratos cuyo valor sea superior a mil quinientos (1.500) SMML V e inferior o igual a dos mil quinientos (2.500) SMML V. numeral 2 del art. 2.2.1.2.3.1.17 del Decreto 1082 de 2015 400 SMMLV para contratos cuyo valor sea superior a dos mil quinientos (2.500) SMMLV e inferior o igual a cinco mil (5.000) SMMLV. numeral 3 del art. 2.2.1.2.3.1.17 del Decreto 1082 de 2015	Duración del contrato.

ANEXO No. 6
VALORACION DE LA PROPUESTA ECONOMICA

Señores
POLICÍA NACIONAL
SECCIONAL SANIDAD ATLANTICO
Ciudad.

El suscrito _____, obrando en nombre y representación de _____, de conformidad con lo establecido en el pliego de condiciones, del presente proceso de contratación, adelantado por LA SECCIONAL
DE SANIDAD ATLANTICO DE LA POLICIA NACIONAL, por medio de la presente, oferto de forma irrevocable y como precio fijo y global, para la celebración del contrato que es objeto el presente proceso, y en consecuencia, ofrezco proveer los servicios y/o bienes correspondientes previstos en el pliego por un valor total que se discrimina así:

CODIGO	ESPECIALIDAD	VALOR OFERTADO
890302	REUMATOLOGIA	

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, y puede ser verificada.

NOMBRE DEL PROPONENTE :

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

ANEXO 7

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO
PROFESIONAL MEDICO ALERGOLOGO

Ciudad (donde presta el servicio) y fecha:	
Unidad donde labora el profesional empleado:	
Nombres y Apellidos:	
Cédula de Ciudadanía:	
Fecha de Nacimiento:	**Nacionalidad:**
Profesión:	
Universidad:	
No. de Registro Profesional:	
Título Obtenido:	
Especialización:	
Subespecialidades: (tómese por su especialista al profesional especializado que luego de cursada la especialidad base tiene un entrenamiento certificado mínimo de un año en la subespecialidad)	
Tiempo de experiencia en la Profesión:	
Tiempo de servicio en la Institución Oferente.	
Cargo que desempeña	
Tiempo de dedicación (donde labora)	

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
C.C. :

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :
DIRECCION :
TELEFONO :

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD :

FIRMA DEL DIRECTOR CIENTIFICO DE LA ENTIDAD:

ANEXO 8

"MODELO DE ATENCION EN SALUD FAMILIAR CON ENFOQUE DE RIESGO DE LA POLICIA NACIONAL"

LINEAMIENTOS PARA LA RED EXTERNA

1. INTRODUCCIÓN

En aplicación al Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007 "Por *medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones"*, en el capítulo II Artículo 5. Requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, literal a). Por parte de los prestadores de servicios de salud, numeral 3, Modelo de prestación de servicios definido por el prestador, literal b). Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, numeral 2. Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago; la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional emite el presente Instructivo que complementa lo establecido en el Instructivo N°013 del 04/06/2013 DISAN/AGESA *"Modificación al Modelo de Regulación para la Prestación de Servidos de Salud en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional"*, en su numeral 4,2.4. Punto 2. Que traía sobre el suministro por parte de las Unidades de Sanidad Policial a las IPS contratistas, del Modelo de atención en salud definido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional especificándole a la IPS según el objeto de contratación, cuál sería su participación y compromisos con éste.
Establecido mediante Instructivo 042 DISAN del 7 de mayo de 2009, "Por la cual se difunde la Guía Metodológica para la implementación del Modelo de atención en salud con enfoque de riesgo de la Policía Nacional". El Modelo de atención en salud es una estrategia fundamentada en la Atención Primaria en Salud APS que buscar reordenar los procesos de gestión y atención en salud, para mejorar el acceso y eficiencia del servicio de salud.

1. GENERALIDADES DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR CON ENFOQUE DE RIESGO DE LA POLICÍA NACIONAL

^Se dirige al usuario y no al paciente. *s* Centrado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Privilegia el trabajo transdisciplinario en cambio del individual. ^ Tiene enfoque de riesgo por lo que propone lo operativo, lo rural y lo más costo efectivo a nivel básico como sus ejes. •*S* Enfocado en la asistencia integral de la familia. Incluye la evaluación e intervención de los aspectos bio-psicosociales que afectan la salud ^ Tiene el componente pedagógico para la inducción a la participación del usuario y su familia en la gestión de la salud ^ Involucra la programación de alternativas de manejo racional de los pacientes con enfermedades de alto impacto mediante intervenciones individuales y colectivas que mejoran la calidad de vida en su entorno familiar y la adherencia a los programas de salud •*s* Se sustenta en resultados documentados del impacto en la salud y los costos en países en dónde se ha aplicado por varias décadas *s* Define el actuar de los equipos de atención primaria en salud que lideran la asistencia y son responsables de una operación articulada aplicando los conceptos de la circunscripción, Nucleación y focalización para la ejecución de la intervención en salud necesaria, conforme al diagnóstico individual y familiar establecido / Precisa las características propias de la población usuaria, como la operación en zonas rurales de difícil acceso por condiciones geográficas y de seguridad , ' nacional, "'.que dificultan la implementación del Modelo de Atención e ' " incrementan la vulnerabilidad en salud con énfasis en el mantenimiento de la salud ocupacional y operacional.

2. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD APS Y MODELO DE SALUD FAMILIAR:

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del usuario en todos los niveles de complejidad, conforme a la organización de la red de servicios usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Elementos para la ¡implementación de la APS, articulada con el modelo de atención en salud de la Dirección de Sanidad: • Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Desarrollar las actividades conforme a los lineamientos definidos por el Grupo Gestión del Riesgo General, Gestión de¡ Riesgo Ocupacional y Gestión del Riesgo Operacional, en ia organización de la red de servicios del modelo de atención: Núcleos de Atención Integral NAI, Grupos de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico GADT y Grupos de Apoyo Hospitalario GAH. » Acciones intersectoriales con los diferentes entes {cooperativas, clubes, Asociaciones) para impactar los determinantes en salud. • Cultura del auto cuidado: Se desarrolla dentro de cada programa, subprograma y estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad conforme a los lineamientos del Grupo Gestión del Riesgo General. • Orientación individual y familiar, en busca de una integración del usuario como ser bio-sico-socio espiritual, involucrando a su núcleo familiar para garantizar redes de apoyo y atención más humana. • Atención integral, integrada y continua: La construcción de redes de servicio debe responder a dichas características tanto en red propia corno en red externa, conforme al modelo de atención en salud. ▪ Interculturalidad: incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud. • Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, de manera coordinada e integrada en: Núcleos de Atención Integral NAI, Grupos de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico GADT y Grupos de Apoyo Hospitalario GAH, engranados con referencia y contra referencia y red de urgencias y emergencias. • Fortalecimiento de la baja complejidad, con el fin de mejorar capacidad del prestador de servicios de salud de responder de manera integral, con calidad y oportunidad a la demanda de atención de salud. • Participación activa de la comunidad. • Enfoque regional, buscando descentralizar, mejorando de esta manera la resolutividad local, accesibilidad y cobertura adecuada a los usuarios

FORMULARIO 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Soledad, de 2.019

Señores
POLICÍA NACIONAL
SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO
Soledad.

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía **PN SECSA DEATA MIC 041 2019** cuyo objeto es **"SERVICIOS DE SUBESPECIALIDAD MEDICA EN REUMATOLOGIA CONSULTA AMBULATORIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, CONTENIDOS EN EL ACUERDO NO. 002 / 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL".**

Yo (Nombre) (s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de (Calidad en la que actúa el(los) firmante(s) de la propuesta; si el(los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste (éstos) deberá(n) suscribirlo. Si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una Unión Temporal o de un Consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el Representante Legal de la misma), de conformidad con lo establecido en el (En el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de Unión Temporal o Consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás), me permito presentar, en nombre de (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), propuesta seria y formal para participar en el proceso Mínima Cuantía No. **PN SECSA DEATA MIC 041 2019**, convocado por la SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO, cuyo objeto es **"SERVICIOS DE SUBESPECIALIDAD MEDICA EN REUMATOLOGIA CONSULTA AMBULATORIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, CONTENIDOS EN EL ACUERDO NO. 002 / 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL".** conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus Decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en la invitación y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

En relación con la propuesta que presento, manifiesto lo siguiente:

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de los adendas hechos al mismo.

2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

3. Que ni el representante legal o apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.

4. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

5. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL - SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
6. Que la presente propuesta consta de _____ () folios distribuidos en... (Número de fólderes en los que es presentada la propuesta)

7. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones): Teléfono(s): Fax

8. Que en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).

9. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).

10. El plazo de ejecución del contrato que se derive del presente proceso, se inicia a partir de la aprobación de la garantía única por sesenta (60) días calendario.

11. Que la vigencia de la presente oferta es de sesenta (60) días calendario contados a partir de la presentación de la misma.

12. Que el valor del descuento de nuestra propuesta es por _____ % (porcentaje de descuento)

_____

(Firma del representante legal)

FORMULARIO No. 2
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ **FECHA** _____

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____

_____ Y/O

_____ C.C. _____

Dirección _____ Teléfono_____ Fax_____

_____ _____

_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta **Corriente** _____

Ahorros _____

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el contratista deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico, para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el contratista verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código _____Ciudad _____

Dirección _____Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____
(Adjuntar certificación bancaria)

_____

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

FORMULARIO No. 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El (los) suscrito(s) a saber: (Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o Unión Temporal proponente) domiciliado en (Domicilio de la persona firmante), identificado con (Documento de Identificación de la persona firmante. y lugar de expedición), quien obra en calidad de (Representante legal de la Sociedad, del Consorcio, de la Unión Temporal, o de la Asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha Sociedad, Consorcio, Unión Temporal, o Asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la Cámara de Comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente invitación, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la POLICÍA NACIONAL – SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO adelanta un proceso de Selección Abreviada para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL - SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés de EL PROPONENTE participar en el proceso de Selección Abreviada aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1.1. EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,

1.1. EL PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

1.2. EL PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de Selección Abreviada y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios LA SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de LA POLICÍA NACIONAL - SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.3. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de Selección Abreviada.

EL PROPONENTE asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la solicitud de oferta del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de (Ciudad donde se firma el presente documento) a los (Día del mes en letras y números, días del mes de del año).

EL PROPONENTE:

(Nombre, número del documento de identificación y firma del proponente o su representante)

SUSCRIBIRÁN EL DOCUMENTO TODOS LOS INTEGRANTES DE LA PARTE PROPONENTE SI ES PLURAL (CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL), A TRAVÉS DE SUS REPRESENTANTES LEGALES