

FORMULARIO No 1
CARTA DE PRESENTACIÓN

Ciudad y fecha

Señores

DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA

DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

EJERCITO NACIONAL

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

Nilo, Cundinamarca

REFERENCIA: PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA N°. XX DE (AÑO).

OBJETO: LA PRESENTE INVITACIÓN PÚBLICA, TIENE COMO FIN “(ESCRIBIR EL OBJETO DE LA INVITACIÓN, ESTE DEBE SER CLARO, PRECISO, NO AMBIGUO QUE NO SE PRESTE PARA DIFERENTES INTERPRETACIONES Y ACORDE CON EL CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL).”

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 que adjunto a la presente, de acuerdo con las condiciones que se establecen en los documentos del Proceso de Selección Pública de la referencia, cordialmente me permito presentar propuesta para participar en el proceso citado en la referencia.

En caso que esa Entidad me adjudique el Proceso de Selección, me comprometo a aceptar el contrato correspondiente y efectuar los trámites la ejecución y legalización del mismo, dentro del término señalado para el efecto en la invitación pública y en el estudio previo.

Así mismo declaro:

- Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse solo compromete al oferente.
- Que ninguna otra persona fuera del proponente tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato que de ella se derive.
- Que si se nos adjudica el contrato, nos comprometemos a aceptar el contrato dentro de los términos señalados para ello.
- Que conozco la información general y especial y demás documentos que integran la invitación pública y acepto los requisitos en ella contenidos.
- Que hemos conocido las Adendas publicadas en el SECOP II.
- Que el suscrito afirma bajo la gravedad del juramento, que no existe ninguna causal de inhabilidad, incompatibilidad, conflicto de interés y/o prohibición, de las señaladas en la Constitución Política, en la Ley, especialmente en el artículo 8° de la Ley 80 de 1993, y demás normas complementarias y concordantes, que impidan la participación del oferente en el presente proceso y en la celebración y ejecución del respectivo contrato.

- Que afirmo bajo la gravedad del juramento, que el proponente, los socios de la persona jurídica, cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, no nos encontramos reportados en el boletín de responsables fiscales expedido por la Contraloría General de la República.
- Que no hemos sido sancionados o multados por ninguna Entidad Oficial por incumplimiento de contratos estatales, mediante providencia ejecutoriada dentro de los últimos dos (2) años anteriores a la fecha de cierre de este Proceso de Selección. (Nota: Si el proponente es un consorcio o una unión temporal, deberá tener en cuenta a cada uno de sus miembros individualmente considerados. Si durante dicho período el proponente ha sido objeto de sanciones contractuales (multas y/o cláusula penal) por parte de cualquier entidad estatal, en lugar de hacer este juramento debe indicar aquí que ha tenido las sanciones y/o que le han sido hecho efectiva la garantía única.
- Que la propuesta consta de _____ folios numerados en forma consecutiva tanto en el original como en la copia, y se presenta la propuesta económica en sobre separado.
- Que la propuesta tiene vigencia de 90 días calendario.

Atentamente,

NOMBRE Y FIRMA

(persona natural; representante legal de la sociedad; representante del consorcio o unión temporal o apoderado según el caso)

C.C. No. _____ expedida en ____ Nit: ____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

Correo electrónico: _____

NOTA: La suscripción de la presente carta de presentación **NO EXIME** al oferente de la obligación de aportar los documentos solicitados en el presente proceso de selección. Esto quiere decir que no subsana o sustituye requisitos

FORMULARIO No. 2
BENEFICIARIO CUENTA SIIF

CIUDAD: _____ FECHA: _____

Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF – Nación

I. DATOS PERSONA NATURAL Y/O JURIDICA (Beneficiario)

Nombre o Razón Social: _____

Tipo Documento de Identificación:

Cedula de Ciudadanía:	<table><tr><td></td><td>No.</td></tr></table>		No.	Cuál?
	No.			
Cedula Extranjería:	<table><tr><td></td><td>No.</td></tr></table>		No.	
	No.			
Persona Jurídica:	<table><tr><td></td><td>No.</td></tr></table>		No.	
	No.			
Nit Persona Natural:	<table><tr><td></td><td>No.</td></tr></table>		No.	
	No.			
Otro Tipo de Documento	<table><tr><td></td><td>No.</td></tr></table>		No.	
	No.			
Pasaporte :	<table><tr><td></td><td>No.</td></tr></table>		No.	
	No.			
Tarjeta de Identidad	<table><tr><td></td><td>No.</td></tr></table>		No.	
	No.			

Dirección: _____ Teléfono: _____
E- mail: _____ Fax: _____
Departamento: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____
Denominación de la cuenta: Corriente_ De Ahorros: _____

NOTA 1: Adjuntar fotocopia legible: Cédula de Ciudadanía, RUT o Registro Cámara o documento equivalente.

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera: _____ Código: _____
Sucursal: _____ Ciudad: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
Número de la Cuenta: _____

NOTA 2: Adjuntar la Certificación Bancaria, indicando que la cuenta está activa y vigente. Asimismo se debe verificar que su expedición no sea mayor a treinta días.

El Beneficiario debe solicitar a la entidad financiera la certificación bancaria con el número de identificación que aparece registrado en el RUT.

Nombre y firma del Beneficiario

Solicitud Aprobada _____

Solicitud rechazada _____

Vo Bo:
Nombre y firma Funcionario Perfil Presupuesto.

Vo Bo
Nombre y firma Funcionario Perfil Beneficiario Cuenta

OBSERVACIONES:

FORMULARIO No. 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN Y/O TRANSPARENCIA

El suscrito a saber **[NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O DE LA PERSONA NATURAL]**, identificado como aparece al pie de mi firma, [obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [nombre del Proponente], manifiesto que:

Apoyamos la acción del Estado colombiano y el MDN-EJERCITO NACIONAL-DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.

No estamos en causal de inhabilidad, incompatibilidad ni conflicto de interés alguno para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación de **MÍNIMA CUANTÍA N°. XX DE (AÑO)**.

Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación **MÍNIMA CUANTÍA N°. XX DE (AÑO)**.

Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación **MÍNIMA CUANTÍA N°. XX DE (AÑO)** nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los _____ días del mes de _____ del 2019.

Atentamente,

NOMBRE Y FIRMA

(persona natural; representante legal de la sociedad; representante del consorcio o unión temporal o apoderado según el caso)

C.C. No. _____ expedida en _____ Nit: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

Correo electrónico: _____

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

FORMULARIO N° 4
VALORACIÓN PROPUESTA ECONOMICA

Ciudad y fecha

Señores
DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD
EJERCITO NACIONAL
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
Nilo, Cundinamarca

REFERENCIA: PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA N°. XX DE (AÑO).

(El apoderado o representante legal), obrando en nombre y representación de conformidad con lo establecido en este pliego de condiciones, oferto de forma irrevocable y con precio fijo, los equipos objeto de este proceso de contratación, que cumplen con las características técnicas exigidas, por un presupuesto total de (\$ XXX), donde la lista de precios es la siguiente:

ÍTEM	DESCRIPCION ELEMENTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDADES	PRECIO SIN IVA	IVA	PRECIO TOTAL OFERTADO INCLUIDO IVA
TOTAL						

NOTA 1: El proponente debe enviar la propuesta económica, **al SECOP II**, el cual debe coincidir en los términos establecidos en el pliego de condiciones y/o sus equivalentes, la cual será objeto de evaluación económica.

NOTA 2: El precio unitario, el valor del IVA (cuando aplique) y el precio total, se deberá presentar con dos decimales.

NOTA 3: El precio total ofertado con IVA (cuando aplique) para cada uno de los ítems, no podrá superar el precio de referencia correspondiente.

NOTA 4: La sumatoria total de la lista de precios ofertados para cada grupo debe ser inferior al presupuesto oficial asignado.

NOTA 5: La lista de precios determinará el valor total de la oferta y servirá para la comparación y calificación de las propuestas, además para determinar el valor del contrato.

Atentamente,

NOMBRE Y FIRMA

(persona natural; representante legal de la sociedad; representante del consorcio o unión temporal o apoderado según el caso)

C.C. No. _____ expedida en ____ Nit: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

Correo electrónico: _____

FORMULARIO 5
PACTO DE INTEGRIDAD

Ante la opinión pública nacional e internacional, nosotros: por una parte, **LOS REPRESENTANTES LEGALES Y DIRECTIVOS DE LAS EMPRESA XXXXXX** en el proceso de Mínima Cuantía No. XXXXXX para la adquisición de **XXXXXXXXXX**, con destino al **MDN- EJÉRCITO NACIONAL** actuando en nombre propio y en representación de las **PERSONAS JURÍDICAS QUE OBRAN COMO PROPONENTES**, en este proceso de contratación, y por **OTRA LOS FUNCIONARIOS ASESORES DEL MDN-DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO** que han participado y/o participarán en la estructuración técnica, económica y jurídica del presente proceso de contratación, o en su trámite, impulso, revisión, y definición, hemos acordado suscribir el presente **PACTO DE INTEGRIDAD**, teniendo en cuenta que en Colombia todas las formas de corrupción son ilegales, y que el Estado procesa y continuará procesando a los infractores.

Sin perjuicio del cumplimiento de la ley colombiana, el Pacto de Integridad se enfoca en el compromiso de no soborno con el fin de obtener o retener un contrato u otra ventaja impropia, incluyendo la colusión con otros con el fin de limitar la competencia para este contrato, y la actuación desleal y contraria a la libre competencia y al interés de propiciar la selección objetiva dentro de las instancias del proceso de contratación.

Lo anterior incluye cualquier tipo de pagos, dádivas u otros favores ofrecidos o concedidos, de manera directa o a través de terceros, a funcionarios o asesores del **MDN-DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO** con el fin de:

1. Procurar que se diseñe el proyecto o partes de éste de una manera que ofrezca ventajas a uno o varios participantes;
2. Dar ventaja indebida a cualquiera de los participantes en la evaluación y elección de los mismos para la adjudicación del contrato;
3. Ganar la adjudicación del contrato;
4. Lograr cambios sustanciales en el contrato ajustando las especificaciones, los plazos o cualquier otro componente importante del contrato;
5. Logar que sean aprobados por funcionarios públicos, asesores o por el interventor o supervisor del contrato (o por su personal, asesores y subcontratistas) resultados por debajo de los parámetros que sean propuestos por los PROPONENTES y pactados con el MDN - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO.
6. Abstenerse de monitorear apropiadamente la implementación del proyecto, de informar sobre violaciones de especificaciones del contrato u otras formas de incumplimiento, o de hacer plenamente responsable al contratista de sus obligaciones legales;
7. Evadir impuestos, derechos, licencias o cualquier otra obligación legal que s e debería satisfacer;
8. Inducir a un funcionario a quebrantar sus deberes oficiales de cualquier otra manera;

Dentro de este marco los firmantes adquieren los siguientes compromisos, en todo de acuerdo con las leyes colombianas:

1. Las empresas participantes y el MDN - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO asignan importancia a la presentación de propuestas en un entorno libre, imparcial, competitivo y no sujeto a abuso. A las empresas les complace confirmar que:
 - a. No han ofrecido o concedido, ni han intentado ofrecer o conceder y no ofrecerán ni concederán, no directa ni indirectamente mediante agentes o terceros, ninguna inducción o recompensa impropias a ningún funcionario o asesor del MDN - EJÉRCITO NACIONAL sus parientes, o socios de negocios, con el fin de obtener o retener este contrato u otra ventaja impropia, y
 - b. No han coludido y no coludirán con otros con el fin de limitar indebidamente la competencia para este contrato. Las empresas comprenden la importancia material de estos compromisos para el MDN - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO y la seriedad de los mismos.

Por su parte, confirmamos que los FUNCIONARIOS O ASESORES DEL MDN - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO no nos (me) han pedido ni aceptado de nuestra (mi) parte, ni pedirán ni aceptarán, de manera directa o a través de terceros, ningún pago u otro favor por parte de las empresas participantes a cambio de favorecerlos en la obtención o retención del contrato.

2. Las empresas participantes desarrollan sus actividades en el marco de principios éticos de comportamiento y se comprometen a tomar las medidas necesarias a fin de que este compromiso de No soborno sea acatado por todos sus gerentes y empleados, así como por todos los terceros que trabajan con esa compañía en este proyecto, incluyendo agentes consultores y subcontratistas.
3. Este compromiso se presenta en nombre y de parte de los Presidentes y/o Gerentes Generales de las empresas participantes. Quienes participan en consorcio o unión temporal suscriben este pacto en nombre y de parte de cada uno de los Presidentes y/o Gerentes Generales de las empresas asociadas.
4. Las empresas internacionales que participen en este proceso de contratación, asumen este compromiso en nombre y de parte del Presidente y/o Gerentes generales de la casa matriz de la compañía y este compromiso cubre a los gerentes y empleados de la subsidiaria en Colombia cuando esta existiese.
5. Con respecto a la presentación de las propuestas, las empresas participantes se comprometen a estructurar una propuesta seria, con información fidedigna y con una oferta económica ajustada a la realidad que asegure la posibilidad de ejecutar el objeto del contrato y/o prestar el servicio en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en la invitación.
6. Con respecto a los pagos relacionados con el negocio, las empresas participantes acuerdan:
 - a. Los pagos a agentes y otros terceros estarán limitados a una compensación razonable por servicios claramente asociados al negocio.
 - b. En caso de presentarse una queja sobre incumplimiento de los compromisos de no soborno adquiridos en este pacto y existir serios indicios sobre dicho incumplimiento calificados para tal efecto por el Arbitro establecido en el numeral 7 de este documento, el proponente involucrado o el participante adjudicatario se comprometen a poner a disposición del árbitro si así lo exigiere, toda la información sobre pagos efectuados a terceros relacionados con la preparación de la propuesta y/o con el contrato y sobre beneficiarios de los mismos, y toda la documentación relacionada con el contrato. En caso de tratarse de información que puede considerarse reservada, el árbitro deberá comprometerse a respetar dicha reserva.

- c. Al finalizar la ejecución del contrato, el representante legal del participante adjudicatario certificará formalmente que no se han pagado sobornos u otras comisiones ilícitas con el fin de obtener o retener este contrato, El estado final de cuentas incluirá breves detalles de los bienes y servicios suministrados que sean suficientes para establecer la legitimidad de los pagos efectuados.
- 7. Para efectos de salvaguardar el contenido del Pacto de Integridad del presente proceso de contratación frente a eventuales incumplimientos de los compromisos de carácter ético adquiridos por los funcionarios y por los participantes, se pronunciará un “Árbitro denominado defensor para la transparencia”, cuyos fallos serán en equidad al amparo de lo dispuesto en la Ley 446 de 1998.

De las materias relacionadas anteriormente conocerá el Árbitro por solicitud del MDN - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO del programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción, o por manifestación de alguno de los participantes.

Dicho Árbitro deberá tener las mismas calidades que dispone la Constitución Nacional para ser magistrado de la Corte Constitucional o la Corte Suprema de Justicia y será seleccionado.

De la lista de árbitros de la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el sistema de sorteo público.

- 8. Si un participante incumple su compromiso de no soborno y de dicho acto ha sido declarado culpable por parte del Árbitro se generarán, además de los procesos contemplados en la Legislación Colombiana u otra legislación que cubija el proceso de contratación, los siguientes efectos jurídicos:
 - a. Si el participante que hubiere incumplido fuere el adjudicatario del proceso de contratación, cualquiera de las partes del presente documento podrá solicitar ante el juez competente la nulidad absoluta del contrato con fundamento en que el mismo adolece de una causa lícita;
 - b. El contrato estatal terminará por causa imputable al contratista. El participante que hubiere incumplido los compromisos de no soborno derivados del presente documento se obliga incondicional e irrevocablemente a aceptar la terminación del contrato por causa imputable al mismo, en el momento en que el Arbitro declare el incumplimiento de los compromisos referidos, y a asumir las consecuencias contractuales que se deriven de tal terminación.
 - c. Una pena económica equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato a título de estimación anticipada de los perjuicios a favor de los demás proponentes que participaron el proceso de contratación y que no hubieren incumplido los compromisos consignados en el presente documento. Si hubiere más de un proponente el valor referido se repartirá en partes iguales entre dichos proponentes.
 - d. Abstenerse de participar en procesos de contratación de cualquier naturaleza de Entidades Públicas de la República de Colombia, que se lleven a cabo durante un periodo de cinco años.
- 9. Adicionalmente, todos los jefes del MDN - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO se obligarán a realizar todas y cada una de las gestiones y actuaciones necesarias para que las entidades competentes impulsen y desarrollen las investigaciones correspondientes con ocasión de las conductas de los funcionarios de la entidad contratante o de los asesores externos de la misma que pudieren haber infringido el presente pacto y cualquier ley aplicable.

10. En caso de presentarse un incumplimiento probado del compromiso de no soborno de acuerdo con lo establecido de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 de este pacto, el MDN - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO podrá excluir a futuro a aquel infractor para la elegibilidad de contratos en procesos de Mínima Cuantía.
11. Las empresas participantes declaran públicamente que conocen y aceptan las condiciones de participación establecidas en los Documentos del proceso de contratación y en las modificaciones que se han hecho a los mismos hasta la fecha de cierre del proceso de contratación, en términos de su transparencia y equidad. En este marco, se comprometen a no utilizar, en la etapa de evaluación de las propuestas, argumentos sobre incumplimiento de condiciones diferentes a las allí establecidas para efectos de buscar la descalificación de sus competidores.
12. Las empresas participantes aceptan que durante la evaluación de las propuestas prime el criterio de respetar los aspectos de fondo por encima de los de forma, buscando siempre favorecer la libre competencia y la participación del mayor número posible de propuestas en el proceso.
13. Adicionalmente el Gobierno Nacional ha establecido el programa Presidencial de Lucha contra la corrupción con la facultad de servir de canal para la tramitación de cualquier investigación sobre cualquier forma de extorsión o soborno en la contratación pública. Las empresas participantes denunciarán ante este programa cualquier información sobre manejos irregulares sobre los que tengan conocimiento en lo referente al presente proceso de contratación.

Para constancia de lo anterior, **LOS(EL) REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES) Y/O DIRECTIVO(S) DE LA(S) EMPRESA XXXXXX** y los **FUNCIONARIOS DEL MDN - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO** firman el presente documento en xxxxxx., a los xxxx días del mes de xxxxxx de 2019

NOMBRE Y FIRMA

(persona natural; representante legal de la sociedad; representante del consorcio o unión temporal o apoderado según el caso)

C.C. No. _____ expedida en _____ Nit: _____

Dirección: _____

FORMULARIO No. 6**ESPECIFICACIONES TECNICAS DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES**

Ciudad y fecha

El suscrito XXX (oferente) certifica el cumplimiento a cabalidad de las especificaciones técnicas de los servicios requeridos, en el objeto del **PROCESO CONTRACTUAL DE MINIMA CUANTIA No. XXXX**, de acuerdo a los requerimientos, así:

ESPECIFICACION TECNICA:

De acuerdo con la necesidad planteada por el Dispensario Médico de Tolemaida las especificaciones técnicas son las siguientes:

ITEM	CODIGO SAP	CODIGOS UNSPSC	DESCRIPCION	ESPECIFICACIONES	UNIDAD DE MEDIDA	CUMPLE / NO CUMPLE
1	1020512	14111533	FORMATO FORMULA MEDICA	TALONARIO X 100 CON UNA COPIA NUMERADOS TAMAÑO 22 X 14 CM EN PAPEL PERIÓDICO	UNIDAD	
2	1598332	14111533	FORMATO ORDEN MEDICA SERVICIOS NUMERADOS	TALONARIO X 100 CON UNA COPIA NUMERADOS TAMAÑO 22 X 14 CM EN PAPEL PERIÓDICO	UNIDAD	
3	1598351	14111533	FORMATO LABORATORIO CLINICO	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
4	1712441	14111533	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO VHI	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
5	1598410	14111533	FORMATO HOJA DE EVOLUCION	1 HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL BOND 75 GR.	UNIDAD	
6	1598332	14111533	FORMATO ORDENES MEDICAS	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
7	1712462	14111533	FORMATO REFERENCIA CONTRA REFERENCIA	IMPRESAS A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL QUÍMICO ORIGINAL Y COPIA TAMAÑO 19,5 X 37CM, NUMERADAS Y PERFORADAS	UNIDAD	
8		14111533	VOLANTE N°1	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
9	1712430	14111533	FORMATO COMPROMISO E INGRESO RIA MATERNO PERINATAL	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
10	1598410	14111533	FORMATO HOJAS DE EVOLUCION	1 HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL BOND 75 GR.	UNIDAD	
11	1791057	14111533	FORMATO NOTAS DE ENFERMERIA	1 HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN COLOR POR AMBAS CARAS EN PAPEL PERIÓDICO	UNIDAD	

12	1712528	14111533	FORMATO HISTORIA DE URGENCIAS	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
13	1020512	14111533	FORMATO FORMULA MEDICAMENTOS CONTROLADOS	TALONARIO X 100 CON UNA COPIA NUMERADOS TAMAÑO 22 X 14 CM EN PAPEL PERIÓDICO	UNIDAD	
14	1789456	14111533	FORMATO HISTORIA CLINICA PERINATAL – CLAP/SNR OPS/OMS	ANEXO FORMATO ESCANEADO	UNIDAD	
15	1116370	14111533	FORMATO INSCRIPCION Y SEGUIMIENTO NAL CURSO PRENATAL DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD	ANEXO FORMATO ESCANEADO	UNIDAD	
16	1660707	14111533	FORMATO ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL PRENATAL	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN SOLO COLOR A DOBLE CARA EN PAPEL BOND DE 75G	UNIDAD	
17	1660707	14111533	FORMATO N°2 ACTA DE COMPROMISO PRENATAL	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A DOBLE CARA EN PAPEL PERIODICO	UNIDAD	
18	1660707	14111533	FORMATO DE CONCENTIMIENTO INFORMADO PARA EL SERVICIO DE PSICOLOGIA	1 HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL BOND 75 GR.	UNIDAD	
19	1112814	14111533	FORMATO HISTORIA CLINICA DE APERTURA	ANEXO FORMATO ESCANEADO	UNIDAD	
20	1712462	14111533	FORMATO REFERENCIA CONTRA REFERENCIA	IMPRESAS A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL QUÍMICO ORIGINAL Y COPIA TAMAÑO 19,5 X 37CM, NUMERADAS Y PERFORADAS	UNIDAD	
21	1143457	14111533	FORMATO No1 ACTA DE COMPROMISO CONTROL PRENATAL	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A DOBLE CARA EN PAPEL PERIODICO	UNIDAD	
22	1673792	14111533	FORMATO FORMULARIO DE MEDICAMENTOS	TALONARIO X 100 CON UNA COPIA NUMERADOS TAMAÑO 22 X 14 CM EN PAPEL PERIÓDICO	UNIDAD	
23	1712491	14111533	FORMATO SERVICIO AUDIOLOGIA NIÑOS	ANEXO FORMATO ESCANEADO	UNIDAD	
24	1712491	14111533	FORMATO SERVICIO AUDIOLOGIA ADULTOS	ANEXO FORMATO ESCANEADO	UNIDAD	
25	1273378	14111533	FROMATO DE ASISTENCIA	ANEXO FORMATO ESCANEADO	UNIDAD	
26	1598410	14111533	FORMATO HOJA EVOLUCION	1 HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL BOND 75 GR.	UNIDAD	
27	1568963	14111533	FORMATO REMISION REHABILITACION	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
28	1712436	14111533	FORMATO CONCENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA	1 HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL BOND 75 GR.	UNIDAD	

29	1712487	14111533	FORMATO SERVICIO DE FISIOTERAPIA DE EVALUACION Y EVOLUCION	PAPEL BOND 75 GR UNA TINTA DOS CARAS TAMAÑO CARTA	UNIDAD	
30	1789462	14111533	CONCENTIMEINTO INFORMADO TERAPIA OCUPACIONAL	1 HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL BOND 75 GR.	UNIDAD	
31	1512089	14111533	FORMATO SERVICIO DE ASISTENCIA FISIOTERAPIA	ANEXO FORMATO ESCANEADO	UNIDAD	
32	1143457	14111533	COMPROMISO INGRESOS RIA MATERNO PERINATAL	ANEXO FORMATO ESCANEADO	UNIDAD	
33	1712426	14111533	CERNE DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO NIÑO	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A DOBLE CARA EN PAPEL PERIODICO	UNIDAD	
34	1712428	14111533	FORMATO RIESGO CARDIOVASCULAR	CARTULINA BLANCA DOS TINTAS DOS CARAS PLEGABLE 32 CMS ANCHO X 21 CMS LARGO	UNIDAD	
35	1143457	14111533	INSCRIPCION Y SEGUIMIENTO AL CURSO PREPARACION DE MATERNAS Y PATERNIDAD	CARTULINA BLANCA DOS TINTAS DOS CARAS PLEGABLE 32 CMS ANCHO X 21 CMS LARGO	UNIDAD	
36	1274136	14111533	CARNET DE SALUD INFANTIL	HOJA DE 18*12 IMPRESA A UN SOLO COLOR EN PAPEL CARTULINA VERDE	UNIDAD	
37	1143457	14111533	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ASESORIA INTERRUPCION DEL EMBARAZO IVE	ANEXO FORMATO ESCANEADO	UNIDAD	
38	1712419	14111533	FORMATO CRECIMIENTO PESO PARA LA TALLA EN NIÑAS	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A DOBLE CARA EN PAPEL PERIODICO	UNIDAD	
39	1144116	14111533	FORMATO ESCALA DE RIESGO BIOPDICOSOCIAL	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN SOLO COLOR A DOBLE CARA EN PAPEL BOND DE 75G	UNIDAD	
40	1598210	14111533	CARNET CERTIFICADO VACUNACION DEL ADULTO	HOJA DE 18*12 IMPRESA A UN SOLO COLOR EN PAPEL CARTULINA VERDE	UNIDAD	
41	1712430	14111533	FORMATO CARNET PERINATAL	HOJA DE 18*12 IMPRESA A UN SOLO COLOR EN PAPEL CARTULINA VERDE	UNIDAD	
42	1658390	14111533	FORMATO EVOLUCION ENFERMERIA	PAPEL BOND 75 GR UNA TINTA DOS CARAS TAMAÑO CARTA	UNIDAD	
43	2900487	14111533	FORMATO SIGNOS VITALES	PAPEL BOND 75 GR UNA TINTA DOS CARAS TAMAÑO CARTA	UNIDAD	
44	1598406	14111533	FORMATO INSTRUMENTO VERIFICACION SEGURIDAD DEL PACIENTE	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
45	1712437	14111533	FORMATO AUTORIZACION PARA LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
46	1658405	14111533	FORMATO HOJA DE LA CALIDAD DE INSTRUMENTOS	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
47	1020512	14111533	FORMATO FORMULA MEDICAMENTOS CONTROLADOS	IMPRESAS A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL QUÍMICO ORIGINAL Y DOS COPIAS TAMAÑO 22 X 20 CM, NUMERADAS	UNIDAD	

48	1072716	14111533	FORMATO ACTUALIZACION DE DATOS	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
49	1700612	14111533	FORMATO HOJA DE GASTOS PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
50	1020512	14111533	FORMATO FORMULA MEDICAS	TALONARIO X 100 CON UNA COPIA NUMERADOS TAMAÑO 22 X 14 CM EN PAPEL PERIÓDICO	UNIDAD	
51	1598341	14111533	FORMATO BOLETA DE SALIDA SALA DE CIRUGIA	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
52		14111533	FORMATO HOJA DE MEDICAMENTOS	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
53		14111533	FORMATO IDENTIFICACION PACIENTE	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
54		14111533	FORMATO CONCENTIMEINTO INFORMADO FLUJO VAGINAL MENORES DE EDAD	1 HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL BOND 75 GR.	UNIDAD	
55	1598351	14111533	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA PARA MAYORES DE EDAD	DE ACUERDO AL MODELO ANEXO	UNIDAD	
56		14111533	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA PARA MENORES DE EDAD	DE ACUERDO AL MODELO ANEXO	UNIDAD	
57	1598351	14111533	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTA O DIAGNOSTICA DE VIH	DE ACUERDO AL MODELO ANEXO	UNIDAD	
58	1598351	14111533	FORMATO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE EXAMENES PARA SUTANCIAS PSICOACTIVAS	DE ACUERDO AL MODELO ANEXO	UNIDAD	
59		14111533	FORMATO ENTREGA RESULTADOS DE LABORATORIO	DE ACUERDO AL MODELO ANEXO	UNIDAD	
60		14111533	BOLETIN INFORMATIVO DE CONDICIONES GENERALES PARA LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO	DE ACUERDO AL MODELO ANEXO	UNIDAD	
61	1020512	14111533	FORMATO FORMULA MEDICAS	TALONARIO X 100 CON UNA COPIA NUMERADOS TAMAÑO 22 X 14 CM EN PAPEL PERIÓDICO	UNIDAD	

62	1020512	14111533	FORMATO FORMULA MEDICAMENTOS CONTROLADOS	IMPRESAS A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL QUÍMICO ORIGINAL Y DOS COPIAS TAMAÑO 22 X 20 CM, NUMERADAS	UNIDAD	
63		14111533	FORMATO LABORATORIO CLINICO	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
64	1598410	14111533	FORMATO HOJA DE EVOLUCION	1 HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL BOND 75 GR.	UNIDAD	
65		14111533	FORMATO CONSENTIMINETO INFORMADO FISIOTERAPIA	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
66	1598410	14111533	FORMATO HOJA DE EVOLUCION CAMA	1 HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL BOND 75 GR.	UNIDAD	
67	1598410	14111533	FORMATO HOJA DE EVOLUCION DATOS DE IDENTIFICACION	1 HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL BOND 75 GR.	UNIDAD	
68	1712495	14111533	FORMATO EXCUSA TEMPORAL PERMANENTE	TALONARIO POR 100 HOJAS TAMAÑO 22X14CM NUMERADOS INPRESOS CON COPIA EN PAPEL BOND DE 60GR.	UNIDAD	
69		14111533	FORMATO CERTIFICADO ODONTOLOGICO	PAPEL BOND 75 GR UNA TINTA UNA CARAS TAMAÑO CARTA	UNIDAD	
70		14111533	FORMATO URGENCIA ODONTOLOGICA	PAPEL BOND 75 GR UNA TINTA UNA CARAS TAMAÑO CARTA	UNIDAD	
71	1020512	14111533	FORMATO FORMULA MEDICA	TALONARIO X 100 CON UNA COPIA NUMERADOS TAMAÑO 22 X 14 CM EN PAPEL PERIÓDICO	UNIDAD	
72	1598410	14111533	FORMATO HOJA DE EVOLUCION CAMA	1 HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL BOND 75 GR.	UNIDAD	
73		14111533	FORMATO HISTORIA ODONTOLOGICA	PAPEL BOND 75 GR UNA TINTA UNA CARAS TAMAÑO CARTA	UNIDAD	
74		14111533	FORMATO CLINICA ODONTOLOGICA CONSENTIMIENTO INFORMADO	PAPEL BOND 75 GR UNA TINTA UNA CARAS TAMAÑO CARTA	UNIDAD	
75		14111533	FORMATO HISTORIA ODONTOLOGICA	PAPEL BOND 75 GR UNA TINTA UNA CARAS TAMAÑO CARTA	UNIDAD	
76		14111533	FORMATO CONCENTIMIENTO PARA ENDODONCIA	1 HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL BOND 75 GR.	UNIDAD	
77		14111533	FORMATO TRATAMIENTO ENDODONCIA	PAPEL BOND 75 GR UNA TINTA UNA CARAS TAMAÑO CARTA	UNIDAD	
78	1712462	14111533	FORMATO REFERENCIA CONTRA REFERENCIA	IMPRESAS A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL QUÍMICO ORIGINAL Y COPIA TAMAÑO 19,5 X 37CM, NUMERADAS Y PERFORADAS	UNIDAD	
79		14111533	FORMATO CONSENTIMIENTO ODONTOLOGICO GENERAL	PAPEL BOND 75 GR UNA TINTA UNA CARAS TAMAÑO CARTA	UNIDAD	
80		14111533	FORMATO KARDEX	DE ACUERDO AL MODELO ANEXO	UNIDAD	
81		14111533	FORMATO HISTORIA CLINICA DE (URGENCIAS) – TRIAGE	DE ACUERDO AL MODELO ANEXO	UNIDAD	

82		14111533	FORMATO SIGNOS VITALES	DE ACUERDO AL MODELO ANEXO	UNIDAD	
83		14111533	FORMATO CONTRO, DE LIQUIDOS	PAPEL BOND 75 GR UNA TINTA UNA CARA MEDIA CARTA	UNIDAD	
84		14111533	FORMATO HOJA DE MEDICAMENTOS	PAPEL BOND 75 GR UNA TINTA UNA CARA MEDIA CARTA	UNIDAD	
85	1598376	14111533	FORMATO BITACORA DE REMISION DE URGENCIAS	PAPEL BOND 75 GR UNA TINTA UNA CARA MEDIA CARTA	UNIDAD	
86	1598410	14111533	FORMATO HOJA DE EVOLUCION	1 HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL BOND 75 GR.	UNIDAD	
87		14111533	FORMATO EXCUSA TEMPORAL PERMANENTE	TALONARIO POR 100 HOJAS TAMAÑO 22X14CM NUMERADOS INPRESOS CON COPIA EN PAPEL BOND DE 60GR.	UNIDAD	
88	1020512	14111533	FORMATO FORMULA MEDICA Y MEDICAMENTOS CONTROLADOS	IMPRESAS A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL QUÍMICO ORIGINAL Y DOS COPIAS TAMAÑO 22 X 20 CM, NUMERADAS	UNIDAD	
89	1791057	14111533	NOTAS DE ENFERMERIA	1 HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN COLOR POR AMBAS CARAS EN PAPEL PERIÓDICO	UNIDAD	
90		14111533	FORMATOS REGISTRO SIGNOS VITALES	PAPEL BOND 75 GR UNA TINTA UNA CARA MEDIA CARTA	UNIDAD	
91	1712462	14111533	FORMATO REFERENCIA CONTRA REFERENCIA	IMPRESAS A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL QUÍMICO ORIGINAL Y COPIA TAMAÑO 19,5 X 37CM, NUMERADAS Y PERFORADAS	UNIDAD	
92		14111533	FORMATO HOJA DE APERTURA HISTORIA CLINICA	PAPEL BOND 75 GR UNA TINTA UNA CARA MEDIA CARTA	UNIDAD	
93		14111533	FORMATO SOLICITUD DE DIETA	PAPEL BOND 75 GR UNA TINTA UNA CARA MEDIA CARTA	UNIDAD	
94	1791057	14111533	FORMATO NOTAS DE ENFERMERIA	1 HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN COLOR POR AMBAS CARAS EN PAPEL PERIÓDICO	UNIDAD	
95		14111533	FORMATO MEDICAMENTOS	PAPEL BOND 75 GR UNA TINTA UNA CARA MEDIA CARTA	UNIDAD	
96		14111533	FORMATO CONTROL DE LIQUIDOS	PAPEL BOND 75 GR UNA TINTA UNA CARA MEDIA CARTA	UNIDAD	
97		14111533	FORMATO SOLICITUD DIETA HOSPITALARIA	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
98		14111533	FORMATO KARDEX PACIENTES HOSPITALIZADOS	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
99		14111533	FORMATO HOJA DE NEUROLOGIA	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
100	1598410	14111533	FORMATO HOJA DE EVOLUCION	1 HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL BOND 75 GR.	UNIDAS	

101	1712462	14111533	FORMATO REFERENCIA CONTRA REFERENCIA	IMPRESAS A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL QUÍMICO ORIGINAL Y COPIA TAMAÑO 19,5 X 37CM, NUMERADAS Y PERFORADAS	UNIDAD	
102	1598416	14111533	FORMATO FORMULA MEDICAMENTOS CONTROLADOS	IMPRESAS A UN COLOR POR UNA CARA EN PAPEL QUÍMICO ORIGINAL Y DOS COPIAS TAMAÑO 22 X 20 CM, NUMERADAS		
103	1712495	14111533	FRMATO INCAPACIDAD MEDICA	PAPEL BOND 75 QUÍMICO CON NUMERACIÓN DOS TINTAS UNA CARA MEDIA CARTA	UNIDAD	
104		14111533	FORMULA MEDICA	TALONARIO X 100 CON UNA COPIA NUMERADOS TAMAÑO 22 X 14 CM EN PAPEL PERIÓDICO	UNIDAD	
105	1598376	14111533	FOMULA BITACORA UNIDAD	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDAD	
106		14111533	FORMATO SIGNOS VITALES	HOJA TAMAÑO CARTA IMPRESA EN UN SOLO COLOR A UNA SOLA CARA EN PAPEL BOND 75 GR	UNIDADES	

ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES:

El contratista deberá garantizar el cumplimiento del objeto contractual realizando:

DESCRIPCION	CUMPLE / NO CUMPLE
• El oferente debe presentar de manera escrita la certificación donde se compromete a realizar las respectivas devoluciones de los materiales con defectos de fábrica entregados en los pedidos.	
• El Contratista de manera escrita certificará que los elementos a suministrar se encuentran acordes con el cumplimiento de las especificaciones técnicas exigidas.	
• El Contratista de manera escrita certifica que los implementos requeridos serán Suministrados de excelente calidad en las fechas y horas requeridas.	
• El contratista se compromete a suministrar todos los elementos solicitados una vez el supervisor de contrato envíe la orden de suministro a este junto con el formato y/o modelo requerido, conforme la demanda del DMTOL, los cuales deberán ser entregados en un plazo máximo de quince (15) días hábiles.	
• El proponente deberá presentar la oferta incluyendo todos los elementos obligatorios solicitados. No se aceptan ofertas parciales a los elementos obligatorios.	
• El supervisor del contrato, entregará los modelos soporte del contrato que se realizarán por parte del oferente y garantizará de manera escrita donde mencione que suplirá cualquier cambio y/o modificación que establezca los entes superiores de acuerdo a la prestación de servicios de salud.	
• El oferente deberá anexar la hoja de vida de un (1) técnico profesional en preimpresión, mínimo con cinco (5) años de experiencia, esto con el fin de que se garantice la calidad de la impresión de cada uno de los impresos solicitados. Conforme a lo anterior, deberá incluir la certificación laboral vigente, la cual no deberá ser inferior a treinta (30) días contados a partir de la publicación de la presente.	

Las especificaciones técnicas descritas anteriormente son de carácter obligatorio (No modificar, no adicionar y no suprimir), el cual debe estar firmado por el proponente.

Atentamente,

NOMBRE Y FIRMA

(persona natural; representante legal de la sociedad; representante del consorcio o unión temporal o apoderado según el caso)

C.C. No. _____ expedida en _____ Nit: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

Correo electrónico: _____

NOTA 1: ESTE FORMULARIO DEBE DILIGENCIARSE TENIENDO EN CUENTA LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DESCRITAS EN EL NUMERAL DE "ESPECIFICACIONES TÉCNICAS" DEL ESTUDIO PREVIO E INVITACION.

FORMULARIO N° 7
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía No _____ de _____ en calidad de Representante Legal de la empresa _____, con NIT _____; certifico que actualmente nuestra organización se encuentra en la adecuación, transición y aplicación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento a la normatividad establecida por el Ministerio del Trabajo en el Decreto 1072 de 2015, Capítulo 6, “Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo” y en la Resolución No. 0312 de 2019, “Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo”.

Nuestra empresa cumple con la asignación del responsable para el diseño e implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con los requisitos establecidos en la Resolución 0312 de 2019:

TABLA DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA POR NÚMERO DE TRABAJADORES			
Marque con una X de acuerdo al número de trabajadores (independientemente de su forma de contratación o vinculación) y de acuerdo a la clasificación del riesgo en la columna CLASIFICACIÓN (X)			
NÚMERO DE TRABAJADORES	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	REQUISITOS RESPONSABLE SG-SST	CLASIFICACIÓN (X)
Diez (10) o menos trabajadores	I, II ó III	<ul style="list-style-type: none"> Podrá ser realizado por un técnico en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) o en alguna de sus áreas o por un tecnólogo en SST, profesional en SST y profesional con posgrado en SST. Debe contar con licencia vigente en SST. Acreditar mínimo un (1) año de experiencia certificada por las empresas o entidades en las que laboró en el desarrollo de actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo. Acredite la aprobación del curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas en SST. <p>NOTA: Las personas que solo cuentan con el curso virtual de cincuenta (50) horas en Seguridad y Salud en el Trabajo, están facultadas para administrar y ejecutar el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo en las empresas de diez (10) o menos trabajadores clasificadas en riesgo I, II ó III, pero no pueden diseñar dicho sistema, en concordancia con lo señalado en la Resolución 4927 de 2016 del Ministerio del Trabajo.</p>	
Once (11) a cincuenta (50) trabajadores	I, II ó III	<ul style="list-style-type: none"> Podrá ser realizado por un tecnólogo en SST o en alguna de sus áreas. Debe contar con licencia vigente en SST. Acreditar mínimo dos (2) años de experiencia certificada por las empresas o entidades en las que laboró en el desarrollo de actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo Debe contar con el curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas en SST. 	
Cincuenta (50) o menos trabajadores	IV ó V	<ul style="list-style-type: none"> Podrá ser realizado por un profesional en SST o profesional con posgrado en SST. Debe contar con licencia en SST vigente Debe contar con el curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas en SST 	
Más de cincuenta (50) trabajadores	I, II, III, IV ó V	<ul style="list-style-type: none"> Podrá ser realizado por un profesional en SST o profesional con posgrado en SST. Debe contar con licencia en SST vigente Debe contar con el curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas en SST. 	

NOTA: Anexe a esta certificación los soportes documentales del responsable de SG-SST en su organización.

Así mismo certifico que a la fecha nos encontramos en la fase de Seguimiento y plan de mejora, conforme a lo establecido en la Resolución 0312 de 2019, en su Artículo 25:



La Dirección General de Sanidad Militar dentro de sus políticas establece un cumplimiento en la Evaluación de los Estándares Mínimos de Seguridad y Salud en el Trabajo, igual o superior al 61% (Moderadamente Aceptable), de acuerdo a los criterios de valoración de la Resolución 0312 de 2019, Artículo 28.

RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Art. 28	
CRITERIO	VALORACIÓN
Puntaje obtenido menor al 60%	CRITICO
Puntaje obtenido entre el 61% y el 85%	MODERADAMENTE ACEPTABLE
Puntaje obtenido mayor o igual al 86%	ACEPTABLE

Doy fe que a la fecha hemos evaluado y calificado los ítems - Tabla de Valores de los Estándares Mínimos contenidos en el Artículo 27 de la Resolución 0312 de 2019 de acuerdo al número de trabajadores de nuestra organización, con un porcentaje de cumplimiento del ____%.

Teniendo en cuenta lo anterior en caso de requerirse estaremos dispuestos a recibir visita de verificación de cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, por parte del contratante.

La presente se firma a los_días del mes_del año 201__.

Firma Representante Legal

Nombre Representante
Legal Cedula de
ciudadanía

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en este documento se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público.