

## CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITABLES

### CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

El oferente deberá diligenciar y presentar en el sistema electrónico para la contratación pública el formato de Especificaciones Técnicas que se presenta a continuación debidamente firmado por el representante legal, en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas, las cuales serán verificadas por el Comité Técnico aplicando el criterio de cumple o no cumple.

#### **CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIÓN TÉCNICA PROPONENTE:**

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de la (empresa o persona) que represento, que cumplo en su totalidad con las especificaciones técnicas de verificación y de obligatorio cumplimiento.

El proponente deberá marcar con una (X) la respectiva casilla por cada ítem y/o descripción **CUMPLE SI / NO**

ITEM	DESCRIPCION	CUMPLE	NO CUMPLE
1	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD +		
2	CIRUGÍA APICAL POR DIENTE		
3	CIRUGIA GINGIVAL POR DIENTE		
4	COLOCACION DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTOPEDIA (ARCADA) MANTENEDOR DE ESPACIO O ARCO LINGUAL O BOTON DE NANCE O REJILLA LINGUAL FIJA O BARRA PALATINA		
5	COLOCACION DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTOPEDIA (ARCADA) MANTENEDOR DE ESPACIO O ARCO LINGUAL O BOTON DE NANCE O REJILLA LINGUAL FIJA O BARRA PALATINA		
6	COLOCACION DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE INTRAORAL PARA ORTOPEDIA MAXILAR (ARCADA) -PLACAS DE EXPANSION CON REJILLA LINGUAL Y RESORTES		
7	COLOCACION DE APARATOS DE RETENCION SOD		
8	COLOCACION DE APARATOS DE RETENCION SOD ARCADA		
9	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMOCURADA		
10	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA +		
11	CONSULTA DE URGENCIAS		
12	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA, REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPEDICO FUNCIONAL Y MECANICO +		
13	CORONA EN FELDESPATO (UNIDAD)		
14	CORONAS METALICAS		
15	CORONAS PLASTICAS		
16	CUNA DISTAL		
17	CURETAJE A CAMPO ABIERTO +		
18	DETARTRAJE SUBGINGIVAL POR CUADRANTE		
19	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD +		
20	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL POR CUADRANTE		
21	ELIMINACION DE TORUS		
22	ENDODONCIA BIRRADICULAR		
23	ENDODONCIA MULTIRRADICULAR		
24	ENDODONCIA UNIRRADICULAR		
25	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO A CAMPO ABIERTO		
26	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL NO LUXADO		
27	EXODONCIA DE RESTO RADICULAR CON COLGAJO UNIRRADICULAR		
28	EXODONCIA SIMPLE DE DIENTE PERMANENCE MULTIRRADICULAR		
29	EXODONCIA SIMPLE DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR		
30	EXTRACCION DE FERULAS DENTALES SOD		
31	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR)		
32	FRENILECTOMIA		
33	FRENILLECTOMIA LABIAL		
34	FRENILLECTOMIA LINGUAL		
35	INTERCONSULTA ENDODONCISTA		
36	INTERCONSULTA MAXILIOFACIAL		
37	INTERCONSULTA ODONTOPEDIATRIA		
38	INTERCONSULTA PERIODONCIA		
39	INTERCONSULTA REHABILITADOR ORAL		
40	JUEGO PERIAPICAL COMPLETO		
41	MASCARA FACIAL TERAPEUTICA + FÉRULA MC NAMARA		

ITEM	DESCRIPCION	CUMPLE	NO CUMPLE
42	OBTURACION EN IONOMERO DE VIDRIO		
43	OBTURACION EN RESINA DE FOTOCURADO 1 SUPERFICIE		
44	OBTURACION EN RESINA DE FOTOCURADO 2 SUPERFICIES		
45	OBTURACION EN RESINA DE FOTOCURADO 3 SUPERFICIES		
46	OPERCULECTOMIA		
47	PAQUETE DE PROMOCION Y PREVENCIÓN (PROFILAXIS, BARNIZ DE FLUOR Y SELLANTES)		
48	PLACA NEUROMIORELAJANTE		
49	PLASTIAS PREPROTESICAS (AUMENTO DE CORONA CLINICA)		
50	POSTE EN FIBRA DE VIDRIO (UNIDAD)		
51	PROTESIS REMOVIBLE DENTOMUCOSOPORTADA		
52	PROTESIS TOTAL MEDIO CASO (SUPERIOR O INFERIOR)		
53	PULPECTOMIA		
54	PULPOTOMIA		
55	PULPOTOMIA CON MTA		
56	RADIOGRAFIA PANORAMICA ESTANDAR		
57	RADIOGRAFIA PANORAMICA PERFIL		
58	RADIOGRAFIA PERIAPICAL		
59	RASPAJE Y ALISADO RADICULAR A CAMPO ABIERTO (POR CUADRANTE)		
60	RASPAJE Y ALISADO RADICULAR A CAMPO CERRADO (POR CUADRANTE)		
61	REGULARIZACIÓN DE REBORDE		
62	REGULARIZACION DE REBORDE POR CUADRANTE		
63	REIMPLANTE POR DIENTE (POR AVULSIÓN)		
64	REPARACION DE APARATOLOGIA FIJA O REMOVIBLE SOD		
65	REPARACION O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD SIN MATERIALES		
66	RESINA DE FOTOCURADO 1 SUPERFICIE		
67	RESINA DE FOTOCURADO 2 SUPERFICIES		
68	RESINA DE FOTOCURADO 3 SUPERFICIES		
69	RETIRO DE APARATOLOGIA ORTODONTICA FIJA SOD		
70	RETIRO DE PROTESIS DENTAL FIJA POR UNIDAD		
71	TERAPIA DE DIENTE VITAL (RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO)		
72	TOMAGRAFIA MAXILAR INFERIOR		
73	TOMAGRAFIA MAXILAR SUPERIOR		
74	TOMOGRAFIA BIMAXILAR		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
1	El oferente se compromete a prestar los servicios de salud a los usuarios de la unidad prestadora de salud del Archipiélago San Andrés, Providencia y Santa Catalina, en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención ambulatoria estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad, sin discriminación frente a otro tipo de pacientes que atienda.		
2	Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 CSSMP de 2001) y el Manual único de Medicamentos y Terapéutica del SSPN (Acuerdo 080 DE 2022) y demás normas que lo complementen o modifiquen.		
3	Suministrar un servicio eficaz, eficiente y responsable que satisfaga las necesidades de los usuarios de La Unidad Prestadora de Salud del Archipiélago San Andrés, Providencia y Santa Catalina.		
4	Llevar y presentar mensualmente estadística de pacientes atendidos, diagnósticos, tratamientos, que faciliten su control y seguimiento en caso de implementarse clínicas de manejo de patologías crónicas de la especialidad.		
5	Llevar los registros de atención diaria consultas, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.		
6	El oferente deberá contar con la habilitación de los servicios en odontología, especializadas en el área y procedimientos de rehabilitación oral de mayor complejidad, soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS sede principal y cada una de las IPS sedes alternas puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (Anexar formulario de inscripción y cumplimiento con los requisitos de habilitación para los servicios ofrecidos) y las establecidas en la Resolución 3100 de 2019.		
7	Prestar los servicios que se encuentran relacionados en el presente estudio previo con las características técnicas exigidas		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
8	El servicio debe ser prestado bajo responsabilidad de la IPS contratada, con cumplimiento de Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2.006; Resolución 00002003 del 28 de mayo de 2014 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de habilitación en prestación de servicios de salud por el hoy Ministerio de Salud y de la Protección Social o quien haga sus veces.		
9	El Contratista habilitará a un funcionario de su planta de personal que servirá de enlace directo con el Supervisor del contrato de La Unidad Prestadora de Salud del Archipiélago San Andrés, Providencia y Santa Catalina; esta persona debe estar perfectamente identificada y dispondrá de un teléfono celular como soporte técnico para la solución inmediata de problemas en el caso que se requiera al menos 1 vez por semana.		
10	Constancia firmada por el oferente donde Soporte que cuenta con la capacidad Instalada y firmada por el representante legal, para garantizar los servicios que se estipulen en el contrato.		
11	Modelo de prestación de servicios de salud debe estar adherido a las necesidades de los usuarios con el fin de garantizar una atención oportuna frente a los horarios que se manejarán por parte del oferente para la atención de los usuarios.		
12	La prestación de los servicios a contratar deberá llevarse a cabo, cumpliendo la normatividad vigente para las Instituciones Prestadoras de Servicios		
13	<b>EI OFERENTE</b> se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 2762 de 1991 por medio del cual se adoptan medidas para controlar la densidad poblacional en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina; reglamentado por el decreto 2171 de 2001 por el cual se reglamenta el Decreto 2762 de 1991, este requisito es de obligatorio cumplimiento por parte del oferente que le sea adjudicado el presente contrato toda vez que se verificara para la iniciación de ejecución del mismo.		

## CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS

ITEM	CARACTERÍSTICA	CUMPLE	NO CUMPLE
1	El oferente se compromete a prestar los servicios de salud a los usuarios de La Unidad Prestadora de Salud del Archipiélago San Andrés, Providencia y Santa Catalina, en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención ambulatoria estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad, sin discriminación frente a otro tipo de pacientes que atienda.		
2	El oferente deberá contar con la habilitación de los servicios a prestar en odontología, especializaciones en el área y procedimientos de rehabilitación oral de mayor complejidad, soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS sede principal y cada una de las IPS sedes alternas puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (Anexar formulario de inscripción y cumplimiento con los requisitos de habilitación para los servicios ofrecidos).		
3	El oferente atenderá a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios a contratar, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.		
4	El oferente debe salvaguardar igualdad de condiciones clínicas en el área de odontología teniendo prioridad la atención a maternas, personas en situación de discapacidad y adulto mayor.		
5	El oferente se compromete a mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias para prestar servicios de salud del nivel de atención ofertado.		
6	En oferente se compromete a que la atención de pacientes remitidos por la Unidad de Sanidad Policial, se haga bajo las condiciones definidas en las guías de manejo acordadas.		
7	Para la prestación del servicio se compromete el oferente a solicitar al usuario que <u>Demuestre sus derechos así:</u> a. Para acceder al servicio directamente con el proveedor se debe presentar el <u>carné que acredite los derechos de Sanidad</u> de la Policía Nacional. En caso tal que los usuarios no tengan aún su carné, pueden presentar constancia VIGENTE de que se encuentra en trámite, expedida por la Oficina de Talento Humano del Comando de Policía San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Caja de Sueldos de Retiro (CASUR) o Caja General de Pensionados de la Policía (CAGEN). b. Acompañando al carné que autoriza los servicios de sanidad, debe presentarse		

ITEM	CARACTERISTICA	CUMPLE	NO CUMPLE
	<u>documento de identificación</u> en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad). c. Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos, salvo los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente (Atención de urgencias) y que anexe la autorización emitida por la central de autorizaciones oficina de referencia y Contrarreferencia.		
8	Para el caso de procedimientos adicionales que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente deberá direccionar al usuario a la Unidad Prestadora de Salud de San Andrés con el fin se le genere la nueva autorización y transcripción del procedimiento que se le debe realizar dependiendo de la condición clínica del usuario.		
9	El oferente se compromete a gestionar el proceso de Contrarreferencia: Luego de culminado el procedimiento con consulta (interconsulta o remisión) por especialista en odontología especializada, siempre deberá remitirse el paciente con una epicrisis del procedimiento del paciente y el estado del tratamiento del usuario, su evolución clínica y plan de manejo. Todas las citas de control con especialista requerirán siempre la contrarreferencia para ser autorizadas.		
10	El oferente deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato. cuando haya lugar.		
11	El oferente deberá implantar su propio sistema de auditoría médica y permitir que La Unidad Prestadora de Salud del Departamento de Policía San Andrés, Providencia y Santa Catalina, a través de su auditor de calidad o de concurrencia realice las auditorías e inspecciones que sean necesarias a las áreas y documentos que éste o el Unidad Prestadora de salud San Andrés consideren pertinentes.		
12	El servicio programado por el oferente, se prestará a los pacientes previa solicitud del mismo en original, la cual debe expresar el procedimiento o atención solicitada de conformidad con los códigos únicos de procedimiento, el objeto del contrato, la malla de pertinencia definida por la Dirección de Sanidad y el diagnóstico de la patología en tratamiento y/o estudio y la firma del profesional solicitante, el diligenciamiento por parte del facilitador o quien haga sus veces del formato de autorizaciones con la asignación de código de autorizaciones expedido por la central de autorizaciones referencia y Contrarreferencia del La Unidad Prestadora de Salud de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.		
13	Una vez agotado el contrato, el oferente se compromete con la Unidad Prestadora de Salud de San Andrés, Providencia y Santa Catalina a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso en el que se comprometa la vida del paciente, debidamente justificado, de acuerdo con la normatividad vigente. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados.		
14	La Oportunidad para Consulta Especializada en odontología se ejecutará con un tiempo de espera máximo de 15 días de acuerdo la oferta de servicios presentada por la IPS.		
15	El oferente se compromete a reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 030 de 2006. 056. 058 de 2009. así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud		
16	El oferente notificara al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.		
17	El oferente se compromete a Informar al supervisor del contrato cuando se haya ejecutado en un cincuenta 50% y en un setenta 70% el valor del contrato.		
18	Teniendo en cuenta lo establecido por la Ley 100 del 1993 que en su capítulo cuarto del título segundo establece la necesidad de garantizar un adecuado sistema de información a los usuarios, el Decreto 1011 del 2006 en los artículos 49, 50 y 51 crea el Sistema de Información para la calidad y dicta sus objetivos y principios. Se requiere que el oferente se comprometa a permitir la ubicación de un buzón de sugerencias.		

## CALIDAD DEL SERVICIO

Para la calificación de la calidad en el servicio se evaluará los siguientes estándares:

ITEM	CONDICIONES	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Se requiere que la Entidad a contratar cumpla con Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 1043 del 2006 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de servicios de salud		
2	Constancia de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores expedido por la Secretaría de Salud vigente.		
3	La IPS debe adjuntar al ofrecimiento el portafolio actualizado de los servicios que a la fecha de la presentación de la oferta se encuentre prestando realmente con los horarios y días, la Oportunidad para los Procedimientos diagnósticos y terapéuticos solicitados por los usuarios de La Unidad Prestadora de Salud San Andrés, Providencia y Santa Catalina la Policía Cundinamarca de atención ofrecida		
4	Presentar documento de <b>HABILITACIÓN</b> para prestar los servicios de salud que ofrece, expedida por el ente el Ente Territorial de Salud respectivo.		
5	Certificar por escrito que cuenta con personal capacitado, con una experiencia mínima laboral de UN (1) AÑO y anexar copia de las hojas de vida de los mismos.		
6	Certificar por escrito que MANTENDRA LOS PRECIOS OFERTADOS. DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO QUE SE LLEGUE A CELEBRAR.		
7	El contratista deberá dar aplicación a la Directiva presidencial 09 del 17/09/2022 y la Resolución Número 000042 del 05/05/2022 en cumplimiento de la Normatividad relacionada con la Facturación Electrónica.		
8	El oferente deberá adjuntar al momento de la legalización del contrato el listado en Excel de los CUPS contratados con su respectivo valor en pesos.		
9	REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL: En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, el contratista deberá anexar a la oferta el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social de conformidad con la Ley 10 de 1990, y deberá mantenerlo vigente durante la ejecución del contrato.		
10	Garantizar las siguientes condiciones de accesibilidad: <b>a)</b> Accesibilidad física: el especialista se obliga a tener espacio de fácil acceso para cualquier tipo de usuario (pacientes con discapacidad, ancianos y niños). Ausencia de barreras arquitectónicas. <b>b)</b> Accesibilidad geográfica: el especialista se obliga a ofrecer a los usuarios un sitio de fácil accesibilidad vial.		

## FORMACIÓN ACADÉMICA

Los oferentes deben disponer de los profesionales que se mencionan a continuación con el fin dar cobertura a los diferentes servicios, así:

ITEM	PROFESIONAL	NIVEL ACADEMICO	CANTIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
1	ODONTOLOGIA GENERAL	PREGRADO	1		
2	CIRUJANO MAXILOFACIAL	POST GRADO	1		
3	ODONTOPEDIATRÍA	POST GRADO	1		
4	ENDODONCISTA	POST GRADO	1		
5	TECNICO AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA	TECNICO	1		

Para la acreditación de la experiencia del proponente, se debe exigir la presentación de máximo tres (03) certificaciones y/o contratos ejecutados o en ejecución con entidades públicas o privadas, cuyo objeto sea igual o similar al objeto de la presente contratación cuya sumatoria sea igual o superior al 70% del presupuesto oficial asignado al presente proceso.

El oferente acreditará la experiencia a través de certificaciones de contratos que deben contener la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, número del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio y finalización, nombre del contratista debidamente suscrita por el representante legal del contratante del proponente o por la persona autorizada para tal fin y

referencia que incluya el desempeño del servicio prestado. En caso de contratos en ejecución se tomará la fecha de legalización del contrato hasta la fecha de expedición de la certificación.

Cuando se certifiquen contratos que se encuentren en ejecución al momento de presentar la oferta, además de la información solicitada en el párrafo anterior, se debe incluir el porcentaje de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, el cual será tomado para verificar la experiencia solicitada.

Cuando se certifiquen Contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del Consorcio o Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.

## **EL PROPONENTE:**

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: \_\_\_\_\_

Identificación (NIT  C.C  C.E ): \_\_\_\_\_

Nombre Representante Legal: \_\_\_\_\_

Identificación (C.C  C.E. ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**ANEXO**

**SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS**

Bogotá D.C.,

Señores  
**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1**  
**POLICÍA NACIONAL**  
La Ciudad.-

La firma \_\_\_\_\_ se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso **PN RASES MIC 003 2023**, durante la vigencia del contrato si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto la **PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, ESPECIALIZADADES EN EL AREA Y PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA.**

EL PROPONENTE:

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: \_\_\_\_\_

Identificación (NIT  C.C  C.E ): \_\_\_\_\_

Nombre Representante Legal: \_\_\_\_\_

Identificación (C.C  C.E. ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_



## ANEXO

### FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1.

Referencia: compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el proceso cuyo objeto es la **PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, ESPECIALIZADADES EN EL AREA Y PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA.**

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), quien adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesta (n) su voluntad de asumir de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Certifico que la empresa a la cual represento cumple con la afiliación a seguridad social de sus empleados, que tiene implementado el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo conforme a los establecido en título 4, capítulo 6 del Decreto 1072 de 2015 *“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo”* y la Resolución No. 0312 de 2019 *“Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo”*, así mismo, que cuenta con el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de acuerdo al Código Sustantivo del Trabajo.

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.

---

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente

Identificación (NIT  C.C  C.E ): Diligenciar la identificación del proponente

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal

Identificación (C.C  C.E. ): Diligenciar el documento de identificación del representante legal

Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor

Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor

Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

## FORMULARIO

### CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Bogotá, D.C.,

de 2023

Señores  
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1  
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía **PN RASES No. 1 MIC 003 2023**, que tiene por objeto la **PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, ESPECIALIZADADES EN EL AREA Y PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA.**

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 **PN RASES No. 1 MIC 003 2023**, convocado por la **PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, ESPECIALIZADADES EN EL AREA Y PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**, 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 pública y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de las 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 incurso en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.
4. Que el proponente, en este caso (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), está compuesto por las siguientes personas, y que el nombre de su representante legal, dirección, teléfono y fax son los siguientes: (Información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; Si se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente).
5. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en la invitación pública y en la Ley, y cualquier omisión, contradicción o declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.

Que nos comprometemos a proveer a la DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1 Unidad Ejecutora, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, los bienes ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por la invitación pública para el proceso de Mínima Cuantía, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en la invitación pública, y en las condiciones allegada a esa entidad a través de la presente carta de presentación.

7. Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características, funcionalidades y especificaciones de los bienes que nos obligamos a prestar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los bienes que entregamos a la DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de la invitación pública, sus Anexos, sus Formularios y adendas que llegaren a suscribirse.

8. Manifestamos además que hemos realizado el examen completo y cuidadoso, y que hemos investigado plenamente, las condiciones del proceso que nos comprometemos a ejecutar, así como los riesgos que del mismo se derivan, y declaramos que se encuentra bajo nuestra responsabilidad y es nuestra especialidad técnica el conocimiento detallado de la tecnología y los equipos a los cuales aplicaremos nuestro trabajo, y en general, que conocemos todos los factores determinantes de los costos de ejecución del proceso a suscribir, los cuales se encuentran incluidos en los términos de nuestra propuesta.

9. En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.

10. Reconocemos que ni la DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1 DE LA POLICÍA NACIONAL, ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia o visita efectuada a las instalaciones en las cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del proceso, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.

11. Reconocemos que ni la invitación pública, del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del proceso ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del proceso que se suscriba.

12. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del proceso que se nos ofrece, de la invitación pública y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del proceso, salvo aquellas modificaciones que determine incluir LA DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1 DE LA POLICÍA NACIONAL, por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de los adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación No. , las que de antemano aceptamos.

13. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana, y, en consecuencia, consideramos que la DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1 DE LA POLICÍA NACIONAL, se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes o participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y al público en general (Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones,

decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).

14. Los suscritos (Integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (Forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del proceso ofrecido, según los términos del Reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del proceso respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.

15. 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.

16. Que me obligo a suministrar a solicitud de la DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1 DE LA POLICÍA NACIONAL cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

17. Que la presente propuesta consta de \_\_\_\_\_ (Número de folios de la propuesta) folios distribuidos en... (Número de fólder en los que es presentada la propuesta) fólder.

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

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

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

21. Que la vigencia de la presente oferta es de cuatro (4) meses, contados a partir de la presentación de la misma.

22. Que el valor del descuento de nuestra propuesta es por \_\_\_\_\_ % (porcentaje de descuento).

---

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: [Diligenciar el nombre completo del proponente](#)

Identificación (NIT  C.C  C.E ): [Diligenciar la identificación del proponente](#)

Nombre Representante Legal: [Diligenciar el nombre completo del representante legal](#)

Identificación (C.C  C.E. ): [Diligenciar el documento de identificación del representante legal](#)

Dirección: [Diligenciar la dirección del proveedor](#)

Teléfono: [Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor](#)

Email: [Diligenciar correo electrónico de notificaciones](#)

## FORMULARIO

### DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

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

APERTURA \_\_\_\_\_ CANCELACIÓN \_\_\_\_\_

#### I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario \_\_\_\_\_ NIT \_\_\_\_\_ 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 proponente deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico o telefónicamente para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el proponente verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.
2. Si desea la información vía telefónica al día hábil siguiente de confirmada la información deberá acercarse personalmente a la Tesorería para firmar el egreso original y el libro de radicación de giros de cuentas comerciales

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 original de certificación bancaria con destino a la Dirección Administrativa y Financiera).**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

Anexar: Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal

## FORMULARIO

### 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 –DIRECCIÓN DE SANIDAD- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1 adelanta un proceso de Mínima Cuantía cuyo valor no excede al 10% de la menor cuantía de conformidad con el Artículo 2.2.1.2.1.5.1 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015.

**SEGUNDO:** Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL–DIRECCIÓN DE SANIDAD- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1 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 Mínima Cuantía 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 registrá 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.

1.2. 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.

1.3. 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 Mínima Cuantía 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 de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1, 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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.4. 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 Mínima Cuantía.

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, 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.
--

## FORMULARIO

### ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS

Proceso de Contratación **PN RASES No. 1 MIC 003 2023**

Bogotá, D.C., \_\_\_\_\_ de 2023

Señores  
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD  
N° 1

Bogotá

Yo \_\_\_\_\_ Identificado (a) con cédula de ciudadanía Nro. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_ certifico que lo que los activos y recursos que conforman el patrimonio de la empresa o establecimiento de comercio (según corresponda) \_\_\_\_\_ Nit. \_\_\_\_\_, así como el patrimonio de cada uno de los socios, que se destinarán para el desarrollo del proceso de la **PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, ESPECIALIZADADES EN EL AREA Y PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA.** Proviene de actividades lícitas y que no estamos incluidos en listas nacionales o internacionales de lavado de activos.

Manifestación que se entiende prestada bajo la gravedad de juramento.

Atentamente;

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente

Identificación (NIT  C.C  C.E ): Diligenciar la identificación del proponente

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal

Identificación (C.C  C.E. ): Diligenciar el documento de identificación del representante legal

Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor

Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor

Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

## FORMULARIO

### ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Señores.

POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD  
Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Mínima Cuantía , **PN UPRES MIC 003 2023** cuyo objeto es la: **PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, ESPECIALIZADADES EN EL AREA Y PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**

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 Seleccionar la opción correspondiente, 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, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

**Primero:** que la Policía Nacional adelanta un proceso de contratación a través de la modalidad de Mínima Cuantía, para la celebración de un contrato estatal para la. **PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, ESPECIALIZADADES EN EL AREA Y PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**

**Segundo:** que el **proponente** entiende que parte de la información a la cual tendrá acceso por causa o con ocasión de los procesos de contratación descritos en el numeral anterior se encuentra sujeta a reserva legal por tratarse de actividades relacionadas con la defensa y seguridad de la nación.

#### **Cláusula primera. Compromisos asumidos.**

**El proponente**, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1. Mantener en reserva y no divulgar la **información confidencial** revelada por la **policía nacional** o por terceros formalmente designados para el efecto.
2. Mantener en reserva y no divulgar ni utilizar, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el **contrato**, la información que le sea entregada directamente por la **policía nacional** y/o sus designados.
3. Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del **contrato**.
4. Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de la **información confidencial**.
5. Reconocer que el recibo de la **información confidencial** no concede, ni expresa ni implícitamente, autorización, permiso o licencia de uso de marcas, patentes, derechos de autor, o de cualquier otro derecho de propiedad industrial o intelectual de la **Policía Nacional**.

6. Suscribir, con antelación a la revelación de la **información confidencial**, los acuerdos de confidencialidad que se ajustan a todo lo dispuesto en el presente acuerdo con todos sus empleados y/o familiares de los mismos, contratistas, subcontratistas, proveedores y demás personas naturales o jurídicas que haya involucrado, involucre o llegare a involucrar en la ejecución de las actividades que le correspondan para el cumplimiento del objeto del **contrato**.
7. El **proponente** mantendrá una lista de usuarios de la **información confidencial** que será entregada al **proponente** cuando lo solicite.
8. Utilizar única y exclusivamente la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución de lo que le compete en relación con el contrato.
9. No utilizar la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución del **contrato**, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el mismo, prohibiéndose la divulgación inclusive para fines académicos.
10. Adoptar y mantener mecanismos internos de seguridad adecuados para proteger la confidencialidad de toda la información que conozca o llegare a conocer en desarrollo del **contrato**.
11. No usar la **información confidencial** de modo que pueda ser de alguna manera, directa o indirectamente, perjudicial para los intereses de la **policía nacional**.
12. No acceder, copiar, reproducir, distribuir o transmitir por ningún medio conocido o por conocer la **información confidencial**, en todo o en parte, sin previo y escrito consentimiento de la **Policía Nacional**.
13. Cumplir con la confidencialidad en las mismas condiciones y formas, y con el mismo cuidado con que realiza la protección de la información confidencial.

El proponente:

---

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente

Identificación (NIT  C.C  C.E ): Diligenciar la identificación del proponente

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal

Identificación (C.C  C.E. ): Diligenciar el documento de identificación del representante legal

Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor

Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor

Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

## FORMULARIO

### CERTIFICACION DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA OPERACIONAL

YO \_\_\_\_\_, Representante de la firma \_\_\_\_\_, certifico que la firma que represento, cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para cumplir el objeto de la presente contratación por mínima cuantía que tiene como objeto la **“PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, ESPECIALIZADADES EN EL AREA Y PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA”**, en las condiciones señaladas en el presente Estudio Previo.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: [Diligenciar el nombre completo del proponente](#)

Identificación (NIT  C.C  C.E ): [Diligenciar la identificación del proponente](#)

Nombre Representante Legal: [Diligenciar el nombre completo del representante legal](#)

Identificación (C.C  C.E. ): [Diligenciar el documento de identificación del representante legal](#)

Dirección: [Diligenciar la dirección del proveedor](#)

Teléfono: [Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor](#)

Email: [Diligenciar correo electrónico de notificaciones](#)