

ANEXO No. 1

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIÓN TÉCNICA.

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional **de** las personas jurídicas que representamos, que cumplimos en su totalidad con las especificaciones técnicas de verificación y de obligatorio cumplimiento.

REQUISITOS GENERALES

- a. Las especificaciones técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta se considerará no apta técnicamente.

En la columna CUMPLE/NO CUMPLE, se evaluará las especificaciones técnicas

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS REQUERIDAS Nota: Favor marcar con “x” CUMPLE ó no CUMPLE según corresponda, El servicio a prestar tendrá las siguientes características, el oferente deberá indicar si cumple o no cumple en cada ítem, según el grupo a ofertar.

RELACIONAR EL GRUPO QUE APLIQUE

GRUPO 1: PERIODONCIA

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	OFRECE	NO OFRECE
1	890221	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
2	890304	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
3	890421	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
4	890704	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
5	236100	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
6	236200	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO SOD	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
7	236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
8	240300	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
9	240301	ALISADO RADICULAR, CAMPO ABIERTO	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
10	242202	CURETAJE A CAMPO CERRADO (CADA CUADRANTE)	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
11	242201	CURETAJE A CAMPO ABIERTO (CADA CUADRANTE).	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
12	242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
13	242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
14	243201	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
15	243202	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
16	243301	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA INTRAORAL	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
17	243302	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA EXTRA ORAL	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
18	243400	GINGIVECTOMIA SOD	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
19	243401	GINGIVOPLASTIA (CADA DIENTE)	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
20	243502	OPERCULECTOMÍA NCOC	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
21	245100	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
22	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
23	25500	FRENILLECTOMIA LINGUAL	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		
24	274101	FRENILLECTOMIA LABIAL	PROCEDIMIENTO		

			POR PACIENTE		
25	274103	INJERTO GINGIVAL (CADA DIENTE)	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE		

CONDICIONES TÉCNICAS			
ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
1	EXPERIENCIA DEL PROPONENTE EN PRODUCIR O COMERCIALIZAR EL BIEN Y/O OFRECER EL SERVICIO: El proponente debe acreditar experiencia en contratos ejecutados IGUALES Y/O SIMILARES al objeto del presente estudio previo. Tal acreditación será avalada con la presentación de las minutas de los contratos cuyo valor deberá ser superior al setenta por ciento (70%) del valor establecido para el presente proceso, con empresas públicas o privadas; para lo cual el oferente deberá presentar mínimo tres (3) contratos con certificación de concepto favorable del cumplimiento del objeto contractual por cada uno, suscrita por el representante legal. Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica: • Nombre de la entidad pública o privada contratante. • Nit de la entidad pública o privada contratante. • Número del proceso en el SECOP II. (aplica para contratos con las Entidades Estatales) • Número del contrato. • Fecha de inicio del contrato. • Fecha de término del contrato. • Objeto del contrato (El objeto celebrado deber ser similar el presente proceso). • Valor del contrato (La sumatoria total del valor debe ser igual o mayor al 70 % del valor del presupuesto asignado para el presente proceso). • Fecha de inicio y fecha de terminación del contrato. • Plazo de ejecución del contrato. NOTA 1: En caso de que el oferente desee aportar certificaciones de contratos celebrados con la Unidad Prestadora de Salud Arauca, este podrá aportar en documento escrito donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, y la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 verificará la información, según lo señalado en el Decreto 019 de 2012. ✓ No se tendrán en cuenta contratos en ejecución (entiéndase en ejecución hasta el acta de recibo final). ✓ No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada anteriormente o que presenten inconsistencias. JUSTIFICACIÓN: La experiencia específica del proponente es importante por cuanto le asegura a la entidad que el contrato será ejecutado con la suficiente idoneidad, que garantice la calidad final de la prestación del servicio del contrato y el cumplimiento del tiempo de ejecución establecido para el mismo.		
2	NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO: Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR UNA CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL de la entidad, donde conste que el personal que ejecutará las especificaciones técnicas dispuestas en el presente estudio previo ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjeta profesional y demás documentos que acreditan su idoneidad para desarrollar las actividades que se pretenden contratar en el presente proceso, así mismo en la certificación debe constar que el personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo un (01) año. Por ende deberá anexar la (s) hoja (s) de vida de los profesionales junto con el respectivo listado de relación de talento humano del personal que prestaran los servicios, especificando nombres completos, documento de identidad, profesión y rol para el que está propuesto, así mismo deberán certificar el personal se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS).		

	NOTA 1: A través del Supervisor del contrato LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5, se reserva el derecho de confirmar la información suministrada a través de verificación personal y/o telefónica. A través del supervisor designado, se reserva el derecho de solicitar el cambio de personal asignado para la ejecución del contrato, si no existe entera satisfacción acerca de la idoneidad y experiencia del mismo, previa notificación por escrito al contratista, debiendo éste asignar uno nuevo de las mismas o mejores condiciones académicas y de experiencia, en un término máximo de cinco (5) días calendario contados a partir de la notificación de la solicitud. En caso que el cambio sea solicitado por el contratista, este contará con máximo cinco (5) días calendario para proveer el personal de las mismas o mejores condiciones académicas y de experiencia. Cada uno de los perfiles corresponde a una determinada persona, esto es, no se podrá acreditar que una misma persona cumple con varios de los perfiles. DEBERÁ DILIGENCIAR EL ANEXO NIVEL DE EDUCACIÓN Y ANEXO RELACIÓN DE TALENTO HUMANO, DEL PRESENTE ESTUDIO Y RELACIÓN DE SU EQUIPO DE TALENTO HUMANO, ASÍ MISMO DEBERÁ ADJUNTAR CON LA PROPUESTA LAS HOJAS DE VIDAS DE LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS QUE PRESTARÁN LOS SERVICIOS A CONTRATAR CON EL FIN DE VERIFICAR SU IDONEIDAD. <table><tr><th colspan="3">PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL</th></tr><tr><th>ROL Y/O CARGO A DESEMPEÑAR</th><th>CANTIDA</th><th>REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO</th></tr><tr><td>PERIODONCISTA</td><td>1</td><td> Requisito: Profesional en odontología, con posgrado en periodoncia expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS. Experiencia Requerida: Certificar MÍNIMO UN (1) AÑO contados a partir de la fecha de expedición de la Tarjeta Profesional. </td></tr><tr><td>AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA.</td><td>1</td><td> Requisito: Tener título de técnico en odontología clínico, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS. Experiencia Requerida: MÍNIMO UN (1) AÑO contado a partir de la fecha del acta de grado. </td></tr></table>	PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL			ROL Y/O CARGO A DESEMPEÑAR	CANTIDA	REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO	PERIODONCISTA	1	Requisito: Profesional en odontología, con posgrado en periodoncia expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS. Experiencia Requerida: Certificar MÍNIMO UN (1) AÑO contados a partir de la fecha de expedición de la Tarjeta Profesional.	AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA.	1	Requisito: Tener título de técnico en odontología clínico, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS. Experiencia Requerida: MÍNIMO UN (1) AÑO contado a partir de la fecha del acta de grado.		
PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL															
ROL Y/O CARGO A DESEMPEÑAR	CANTIDA	REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO													
PERIODONCISTA	1	Requisito: Profesional en odontología, con posgrado en periodoncia expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS. Experiencia Requerida: Certificar MÍNIMO UN (1) AÑO contados a partir de la fecha de expedición de la Tarjeta Profesional.													
AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA.	1	Requisito: Tener título de técnico en odontología clínico, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS. Experiencia Requerida: MÍNIMO UN (1) AÑO contado a partir de la fecha del acta de grado.													
3	El oferente deberá adjuntar una certificación suscrita por entidad pública y/o privada donde se pueda constatar la experiencia mínima de un (1) año, donde el profesional hubiese desempeñado actividades de endodoncia, periodoncia cirugía oral y maxilofacial (de acuerdo al caso que apliquen) y en el caso de los técnicos como auxiliar de odontología. NOTA: No se aceptarán certificaciones con enmendaduras o que no contengan la información exigida, se deja en claro que el personal propuesto será quien ejecute en forma directa el objeto de la presente contratación.														
4	CAPACIDAD OPERATIVA: Con el fin de asegurar la accesibilidad, oportunidad en la PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN NIVEL II EN ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN PERIODONCIA descritos en el presente estudio previo y su respectiva atención oportuna, los oferentes deben ofrecer los medios, instalaciones y elementos necesarios en el Municipio de Arauca, para llevar a cabo las consultas, procedimientos y atenciones que requieran los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que hagan uso del servicio que se va a contratar. Los oferentes, IPS y/o especialistas deberán contar como mínimo con capacidad instalada para la prestación del servicio a contratar, debidamente acreditado y habilitado por el MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL O EN SU DEFECTO														

	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD O ENTE TERRITORIAL (Resolución 1043 de 2006 "Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones", Resolución 2680 del 2007 "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones"., Resolución 2003 de 2014 del ministerio de la protección social "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud "y Decreto 1011 del 03 de abril de 2006 "Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud". Para la prestación de los servicios debe contar con un área exclusiva y determinada por espacios con una sala de espera y con disponibilidad de unidad sanitaria, contar con los equipos óptimos como son: La unidad odontológica, autoclaves, instrumental básico y primario para realizar los diferentes procedimientos que correspondan a periodoncia, cirugía oral, maxilofacial y endodoncia, también debe tener el equipo de rayos x, para lo cual deberá contar con la respectiva certificación de habilitación ya que son necesarios para la prestación del servicio y del que deberá allegar registro en la propuesta. PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR ANEXO CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.		
5	COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS: Toda persona natural (especialista), personas jurídicas (clínicas, fundaciones), consorcios, uniones temporales, promesas de sociedad, que se encuentren en capacidad de prestar el servicio de salud a contratar y se encuentre constituido como instituciones prestadoras de salud que se encuentren inscritas en el registro especial nacional del ministerio de salud o quien haga sus veces, de conformidad con la ley 10 de 1990 "Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones", Es necesario que los oferentes cumplan y presenten los requerimientos descritos a continuación: La prestación de los servicios a contratar deberá llevarse a cabo, cumpliendo la normatividad vigente para las instituciones prestadoras de servicios de salud como son: 1. Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios. 2. Decreto 1011 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud". 3. Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019, "Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud. 4. Decreto Reglamentario Único del Sector Salud 0780 de mayo de 2016. 5. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional. El oferente presentará una certificación firmada por el representante legal donde manifieste el cumplimiento de esta normatividad. Por lo anterior debe diligenciar el ANEXO DE COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS. Así mismo, deberán presentar los siguientes documentos: • Constancia de habilitación (vigente) en el registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaria de Salud Departamental de Arauca designada para tal fin. • Portafolio de Servicios de la Entidad oferente. • Entregar formalmente junto con la propuesta el modelo de atención en salud previamente definido por la entidad oferente.		
6	MEDIDAS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: a. Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la evaluación inicial o autoevaluación de los estándares mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones		

	temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la evaluación inicial o autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. b. El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el ANEXO FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST del presente estudio previo firmado por el representante legal de la entidad oferente.		
7	HOJA DE VIDA DE EQUIPOS: El oferente deberá diligenciar y presentar el ANEXO “HOJA DE VIDA DE EQUIPOS” del presente estudio previo, el cual corresponde a la certificación firmada por el representante legal, por medio de la cual relaciona la hoja de vida de los equipos utilizados para la prestación de los servicios de salud en nivel II en ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN PERIODONCIA a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.		
8	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN: El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el ANEXO “OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN” .		
9	BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES: El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el ANEXO DE COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES .		

El oferente deberá contar con las siguientes instalaciones y equipos para la prestación del servicio:

ÁREA EXIGIDA	CANT.	CONDICIONES EXIGIDAS	CUMPLE	NO CUMPLE
Área de intervenciones quirúrgicas.	1	Sala o consultorio para la valoración y/o intervenciones quirúrgicas.		
Área de esterilización, lavado de material	1	Área para esterilización		
Área donde reposan los residuos biológicos (independiente del área de procesamiento)	1	Área para residuos biológicos		
Baños	1	Para usuarios de género masculino y femenino		

NOTA: Espacios físicos o las sedes deben estar habilitados por el SSD, de no contar con la habilitación respectiva se considera que el Proponente no está habilitado para participar en el proceso.

CONDICIONES CAPACIDAD INSTALADA

CAPACIDAD ADMINISTRATIVA MÍNIMA EXIGIDA			CUMPLE	
			SI	NO
El oferente deberá contar como mínimo con capacidad instalada para la prestación del servicio a contratar, debidamente habilitada por el ministerio de protección social o en su defecto la secretaria departamental de salud (resolución 3001 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, y el decreto 1011 del 03 de abril de 2006 por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud).				
Debe contar con sede en el municipio de Arauca, para la atención de la consulta especializada y para realizar de los procedimientos que se deriven de la prestación de servicios odontológicos especializados.				
ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD	PERSONAL MINIMO EXIGIDO		
ESPACIO FÍSICO	01	Sala de espera mínimo para cinco (05) personas.		
ESPACIO FÍSICO	01	Sala de espera personas exclusividad pacientes especiales (embarazadas, personas de la tercera edad, discapacitados de la Policía.		
CAPACIDAD ADMINISTRATIVA MÍNIMA EXIGIDA			CUMPLE	
			SI	NO
LUGAR DE ATENCIÓN AL PÚBLICO	01	Recepcionista.		

OPORTUNIDAD ATENCIÓN PARA CONSULTAS.

El proponente debe garantizar la accesibilidad y oportunidad de atención en la red de servicios a los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional para la atención asignación de citas y realización de procedimientos, en los siguientes niveles de medición:

OPORTUNIDAD EN DÍAS	CUMPLE	NO CUMPLE
cita de control y procedimiento en periodoncia 1 a 2 días		
cita para realización de procedimientos en periodoncia1 a 3 días		
atención constante y permanente sin dilaciones, suspensiones, interrupciones Prolongadas y sin previo aviso o consentimiento de la Unidad Prestadora de Salud Arauca.		

NOTA: EL OFERENTE AL QUE SE LE ADJUDIQUE EL PRESENTE PROCESO DE CONTRATACIÓN, DEBERÁ CONTAR CON REMPLAZOS PARA CUALQUIER EVENTUALIDAD DE VACACIONES, LICENCIAS, O DEMÁS NOVEDADES IMPREVISTAS CON EL PERSONAL DE PROFESIONALES;

PARA LOS EQUIPOS DAÑADOS O AVERIADOS DEBERÁN BUSCAR EL MEDIO ADECUADO PARA SUSTITUIRLOS POR OTROS DEL MERCADO EN UN TÉRMINO PRUDENTE SIN AFECTAR DE NINGUNA MANERA EL SERVICIO, CON EL FIN GARANTIZAR LA CONTINUIDAD, ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD OFERTADA. EL INCUMPLIMIENTO A LO OFERTADO PUEDE CONLLEVAR A LA DECLARACIÓN DE CADUCIDAD DEL CONTRATO POR INCUMPLIMIENTO A LO PACTADO.

Los servicios requeridos por tutelas o CTC habilitados por el Contratista que se encuentren dentro de su portafolio de servicios y que no estén contemplados en listado “Anexo CUPS”. Serán prestados por la entidad a las tarifas aquí pactadas. Mediando solicitud del Supervisor del contrato. En caso de no existir referente para el cobro de éstos servicios. El Contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del Contratante. La cual será objeto de revisión por el Supervisor del contrato. Quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad. Y en caso que la cotización del Contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor. Se exceptúa los servicios prestados como Urgentes. Los cuáles serán sujetos a Verificación por Auditoría Médica. Debiendo ser reportados a la Oficina de Referencia a los siguientes correos: deara.upres-rco@policia.gov.co. a través de la Plataforma establecida. Cuyo ingreso se hace a través de la página web: **201.221.132.98:8081** mediante la cual. Se hará la solicitud formal de la atención. Programa éste que cumple con la normatividad vigente. Sobre Referencia y solicitud de autorizaciones. Decreto 4747 y las demás normas que lo modifiquen.

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

GRUPO 2: MAXILOFACIAL

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	OFRECE	NO OFRECE
1	890236	Consulta de primera vez por especialista en cirugía maxilofacial.	procedimiento por paciente		
2	890336	Consulta de control o de seguimiento por especialista en cirugía maxilofacial.	procedimiento por paciente		
3	230201	exodoncia de diente temporal unirradicular	procedimiento por paciente		
4	230202	exodoncia de diente temporal multirradicular	procedimiento por paciente		
5	230203	exodoncia de dientes temporales	procedimiento por paciente		
6	230101	exodoncia de diente permanente unirradicular	procedimiento por paciente		
7	230102	exodoncia de diente permanente multirradicular	procedimiento por paciente		
8	230103	exodoncia de dientes permanentes	procedimiento por paciente		
9	231100	exodoncia quirúrgica unirradicular sod	procedimiento por paciente		
10	231200	exodoncia quirúrgica multirradicular sod	procedimiento por paciente		
11	231301	exodoncia de incluido en posición ectópica con abordaje intraoral	procedimiento por paciente		
12	231302	exodoncia de incluido en posición ectópica con abordaje extraoral	procedimiento por paciente		
13	231303	exodoncia de diente incluido	procedimiento por paciente		
14	231400	exodoncias múltiples con alveoloplastia, por cuadrante sod	procedimiento por paciente		
15	231500	colgajo desplazado para abordaje de diente retenido (ventana quirúrgica) sod	procedimiento por paciente		
16	255006	plastia de frenillo lingual	procedimiento por paciente		
17	274101	frenillectomia labial vía abierta	procedimiento por paciente		
18	243110	Recesión de lesión profunda mucosa oral.	procedimiento por paciente		

CONDICIONES TÉCNICAS			
ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
1	EXPERIENCIA DEL PROPONENTE EN PRODUCIR O COMERCIALIZAR EL BIEN Y/O OFRECER EL SERVICIO: El proponente debe acreditar experiencia en contratos ejecutados IGUALES Y/O SIMILARES al objeto del presente estudio previo. Tal acreditación será avalada con la presentación de las minutas de los contratos cuyo valor deberá ser superior al setenta por ciento (70%) del valor establecido para el presente proceso, con empresas públicas o privadas; para lo cual el oferente deberá presentar mínimo tres (3) contratos con certificación de concepto favorable del cumplimiento del objeto contractual por cada uno, suscrita por el representante legal.. Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica: - Nombre de la entidad pública o privada contratante. - Nit de la entidad pública o privada contratante. - Número del proceso en el SECOP II. (aplica para contratos con las Entidades Estatales) - Número del contrato. - Fecha de inicio del contrato. - Fecha de término del contrato. - Objeto del contrato (El objeto celebrado deber ser similar el presente proceso). - Valor del contrato (La sumatoria total del valor debe ser igual o mayor al 70 % del valor del presupuesto asignado para el presente proceso). - Fecha de inicio y fecha de terminación del contrato. - Plazo de ejecución del contrato.		

	NOTA 1: En caso de que el oferente desee aportar certificaciones de contratos celebrados con la Unidad Prestadora de Salud Arauca, este podrá aportar en documento escrito donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, y la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 verificará la información, según lo señalado en el Decreto 019 de 2012. ✓ No se tendrán en cuenta contratos en ejecución (entiéndase en ejecución hasta el acta de recibo final). ✓ No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada anteriormente o que presenten inconsistencias. La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5- Policía Nacional se reserva el derecho de hacer las verificaciones que considere necesarias en la documentación presentada ante organismos de control como DIAN, CÁMARA DE COMERCIO, etc., con el fin de garantizar la transparencia del proceso de contratación. JUSTIFICACIÓN: La experiencia específica del proponente es importante por cuanto le asegura a la entidad que el contrato será ejecutado por un tercero con la suficiente experiencia en contratos de similares características, que garantice la calidad final de la prestación del servicio del contrato y el cumplimiento del tiempo de ejecución establecido para el mismo.										
2	NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO: Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR UNA CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL de la entidad, donde conste que el personal que ejecutará las especificaciones técnicas dispuestas en el presente estudio previo ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjeta profesional y demás documentos que acreditan su idoneidad para desarrollar las actividades que se pretenden contratar en el presente proceso, así mismo en la certificación debe constar que el personal cuenta con la experiencia laboral en el ejercicio profesional. Por ende deberá anexar la (s) hoja (s) de vida de los profesionales junto con el respectivo listado de relación de talento humano del personal que prestaran los servicios, especificando nombres completos, documento de identidad, profesión y rol para el que está propuesto, así mismo deberán certificar el personal se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS). NOTA 1: A través del Supervisor del contrato LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5, se reserva el derecho de confirmar la información suministrada a través de verificación personal y/o telefónica. A través del supervisor designado, se reserva el derecho de solicitar el cambio de personal asignado para la ejecución del contrato, si no existe entera satisfacción acerca de la idoneidad y experiencia del mismo, previa notificación por escrito al contratista, debiendo éste asignar uno nuevo de las mismas o mejores condiciones académicas y de experiencia, en un término máximo de cinco (5) días calendario contados a partir de la notificación de la solicitud En caso que el cambio sea solicitado por el contratista, este contará con máximo cinco (5) días calendario para proveer el personal de las mismas o mejores condiciones académicas y de experiencia. Cada uno de los perfiles corresponde a una determinada persona, esto es, no se podrá acreditar que una misma persona cumple con varios de los perfiles. DEBERÁ DILIGENCIAR EL ANEXO NIVEL DE EDUCACIÓN Y ANEXO RELACIÓN DE TALENTO HUMANO, DEL PRESENTE ESTUDIO Y RELACIÓN DE SU EQUIPO DE TALENTO HUMANO, ASÍ MISMO DEBERÁ ADJUNTAR CON LA PROPUESTA LAS HOJAS DE VIDAS DE LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS QUE PRESTARAN LOS SERVICIOS A CONTRATAR CON EL FIN DE VERIFICAR SU IDONEIDAD. <table><tr><th colspan="4">PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL</th></tr><tr><th>ROL Y/O CARGO A DESEMPEÑAR</th><th>CANTIDAD</th><th>REQUISITOS MINIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO</th><th></th></tr></table>	PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL				ROL Y/O CARGO A DESEMPEÑAR	CANTIDAD	REQUISITOS MINIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO			
PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL											
ROL Y/O CARGO A DESEMPEÑAR	CANTIDAD	REQUISITOS MINIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO									

	<table><tr><td>CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL</td><td>1</td><td>Requisito: Profesional en odontología, con posgrado en cirugía oral y maxilofacial expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS Experiencia Requerida: Certificar MÍNIMO UN (1) AÑO contados a partir de la fecha de expedición de la Tarjeta Profesional.</td></tr><tr><td>AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA.</td><td>1</td><td>Requisito: Tener título de técnico en odontología clínico, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS. Experiencia Requerida: Mínimo un (1) año contado a partir de la fecha del acta de grado.</td></tr></table>	CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL	1	Requisito: Profesional en odontología, con posgrado en cirugía oral y maxilofacial expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS Experiencia Requerida: Certificar MÍNIMO UN (1) AÑO contados a partir de la fecha de expedición de la Tarjeta Profesional.	AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA.	1	Requisito: Tener título de técnico en odontología clínico, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS. Experiencia Requerida: Mínimo un (1) año contado a partir de la fecha del acta de grado.		
CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL	1	Requisito: Profesional en odontología, con posgrado en cirugía oral y maxilofacial expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS Experiencia Requerida: Certificar MÍNIMO UN (1) AÑO contados a partir de la fecha de expedición de la Tarjeta Profesional.							
AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA.	1	Requisito: Tener título de técnico en odontología clínico, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS. Experiencia Requerida: Mínimo un (1) año contado a partir de la fecha del acta de grado.							
3	El oferente deberá adjuntar una certificación suscrita por entidad pública y/o privada donde se pueda constatar la experiencia mínima de un (1) año, donde el profesional hubiese desempeñado actividades de endodoncia, periodoncia cirugía oral y maxilofacial (de acuerdo al caso que apliquen) y en el caso de los técnicos como auxiliar de odontología. NOTA: No se aceptarán certificaciones con enmendaduras o que no contengan la información exigida, se deja en claro que el personal propuesto será quien ejecute en forma directa el objeto de la presente contratación.								
4	CAPACIDAD OPERATIVA: Con el fin de asegurar la accesibilidad, oportunidad en la PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL. Descritos en el presente estudio previo y su respectiva atención oportuna, los oferentes deben ofrecer los medios, instalaciones y elementos necesarios en el Municipio de Arauca, para llevar a cabo las consultas, procedimientos y atenciones que requieran los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que hagan uso del servicio que se va a contratar. Los oferentes, IPS y/o especialistas deberán contar como mínimo con capacidad instalada para la prestación del servicio a contratar, debidamente acreditado y habilitado por el MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL O EN SU DEFECTO SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD O ENTE TERRITORIAL (Resolución 1043 de 2006 “Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”, Resolución 2680 del 2007 “Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones”., Resolución 2003 de 2014 del ministerio de la protección social “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud “y Decreto 1011 del 03 de abril de 2006 “Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud”. Para la prestación de los servicios debe contar con un área exclusiva y determinada por espacios con una sala de espera y con disponibilidad de unidad sanitaria, contar con los equipos óptimos como son: La unidad odontológica, autoclaves, instrumental básico y primario para realizar los diferentes procedimientos que correspondan a cirugía oral y maxilofacial. PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR ANEXO CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.								
5	COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS: Toda persona natural (especialista), personas jurídicas (clínicas, fundaciones), consorcios, uniones temporales, promesas de sociedad, que se encuentren en capacidad de prestar el servicio de salud a contratar y se encuentre constituido como instituciones prestadoras de salud que se encuentren inscritas en el registro especial nacional del ministerio de salud o quien haga sus veces, de conformidad con la ley 10 de 1990 “Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y								

	se dictan otras disposiciones", Es necesario que los oferentes cumplan y presenten los requerimientos descritos a continuación: La prestación de los servicios a contratar deberá llevarse a cabo, cumpliendo la normatividad vigente para las instituciones prestadoras de servicios de salud como son: 1. Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios. 2. Decreto 1011 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud". 3. Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019, "Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud. 4. Decreto Reglamentario Único del Sector Salud 0780 de mayo de 2016. 5. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional. El oferente presentará una certificación firmada por el representante legal donde manifieste el cumplimiento de esta normatividad. Por lo anterior debe diligenciar el ANEXO DE COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS. Así mismo, deberán presentar los siguientes documentos: • Constancia de habilitación (vigente) en el registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaria de Salud Departamental de Arauca designada para tal fin. • Portafolio de Servicios de la Entidad oferente. • Entregar formalmente junto con la propuesta el modelo de atención en salud previamente definido por la entidad oferente.		
6	MEDIDAS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: c. Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la evaluación inicial o autoevaluación de los estándares mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la evaluación inicial o autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. d. El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el ANEXO FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST del presente estudio previo firmado por el representante legal de la entidad oferente.		
7	HOJA DE VIDA DE EQUIPOS: El oferente deberá diligenciar y presentar el ANEXO "HOJA DE VIDA DE EQUIPOS" del presente estudio previo, el cual corresponde a la certificación firmada por el representante legal, por medio de la cual relaciona la hoja de vida de los equipos utilizados para la prestación de los servicios de salud en nivel II en odontología especializada en periodoncia a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.		
8	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN: El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el ANEXO "OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN".		
9	BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES: El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el ANEXO DE COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES.		

El oferente deberá contar con las siguientes instalaciones y equipos para la prestación del servicio:

ÁREA EXIGIDA	CANT.	CONDICIONES EXIGIDAS	CUMPLE	NO CUMPLE
Área de intervenciones quirúrgicas.	1	Sala o consultorio para la valoración y/o intervenciones quirúrgicas.		
Área de esterilización, lavado de material	1	Área para esterilización		
Área donde reposan los residuos biológicos (independiente del área de procesamiento)	1	Área para residuos biológicos		
Baños	1	Para usuarios de género masculino y femenino		

NOTA: Espacios físicos o las sedes deben estar habilitados por el SSD, de no contar con la habilitación respectiva se considera que el Proponente no está habilitado para participar en el proceso.

CONDICIONES CAPACIDAD INSTALADA

CAPACIDAD ADMINISTRATIVA MÍNIMA EXIGIDA			CUMPLE	
			SI	NO
El oferente deberá contar como mínimo con capacidad instalada para la prestación del servicio a contratar, debidamente habilitada por el ministerio de protección social o en su defecto la secretaria departamental de salud (resolución 3001 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, y el decreto 1011 del 03 de abril de 2006 por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud).				
Debe contar con sede en el municipio de Arauca, para la atención de la consulta especializada y para realizar de los procedimientos que se deriven de la prestación de servicios odontológicos especializados.				
ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD	PERSONAL MINIMO EXIGIDO		
ESPACIO FÍSICO	01	Sala de espera mínimo para cinco (05) personas.		
ESPACIO FÍSICO	01	Sala de espera personas exclusividad pacientes especiales (embarazadas, personas de la tercera edad, discapacitados de la Policía.		
CAPACIDAD ADMINISTRATIVA MÍNIMA EXIGIDA			CUMPLE	
			SI	NO
LUGAR DE ATENCIÓN AL PÚBLICO	01	Recepcionista.		

OPORTUNIDAD ATENCIÓN PARA CONSULTAS.

El proponente debe garantizar la accesibilidad y oportunidad de atención en la red de servicios a los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional para la atención asignación de citas y realización de procedimientos, en los siguientes niveles de medición:

OPORTUNIDAD EN DÍAS	CUMPLE	NO CUMPLE
cita de control y procedimiento en periodoncia 1 a 2 días		
cita para realización de procedimientos en periodoncia 1 a 3 días		
atención constante y permanente sin dilaciones, suspensiones, interrupciones Prolongadas y sin previo aviso o consentimiento de la Unidad Prestadora de Salud Arauca.		

NOTA: EL OFERENTE AL QUE SE LE ADJUDIQUE EL PRESENTE PROCESO DE CONTRATACIÓN, DEBERÁ CONTAR CON REMPLAZOS PARA CUALQUIER EVENTUALIDAD DE VACACIONES, LICENCIAS, O DEMÁS NOVEDADES IMPREVISTAS CON EL PERSONAL DE PROFESIONALES; PARA LOS EQUIPOS DAÑADOS O AVERIADOS DEBERÁN BUSCAR EL MEDIO ADECUADO PARA SUSTITUIRLOS POR OTROS DEL MERCADO EN UN TÉRMINO PRUDENTE SIN AFECTAR DE NINGUNA MANERA EL SERVICIO, CON EL FIN GARANTIZAR LA CONTINUIDAD, ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD OFERTADA. EL INCUMPLIMIENTO A LO OFERTADO PUEDE CONLLEVAR A LA DECLARACIÓN DE CADUCIDAD DEL CONTRATO POR INCUMPLIMIENTO A LO PACTADO.

Los servicios requeridos por tutelas o CTC habilitados por el Contratista que se encuentren dentro de su portafolio de servicios y que no estén contemplados en listado “Anexo CUPS”. Serán prestados por la entidad a las tarifas aquí pactadas. Mediando solicitud del Supervisor del contrato. En caso de no existir referente para el cobro de éstos servicios. El Contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del Contratante. La cual será objeto de revisión por el Supervisor del contrato. Quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad. Y en caso que la cotización del Contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor. Se exceptúa los servicios prestados como Urgentes. Los cuáles serán sujetos a Verificación por Auditoría Médica. Debiendo ser reportados a la Oficina de Referencia a los siguientes correos: deara.upres-rco@policia.gov.co. a través de la Plataforma establecida. Cuyo ingreso se hace a través de la página web: **201.221.132.98:8081** mediante la cual. Se hará la solicitud formal de la atención. Programa éste que cumple con la normatividad vigente. Sobre Referencia y solicitud de autorizaciones. Decreto 4747 y las demás normas que lo modifiquen.

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

GRUPO 3: ENDODONCIA

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	OFRECE	NO OFRECE
1	890218B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	procedimiento por paciente		
2	890318B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	procedimiento por paciente		
3	870440B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES	procedimiento por paciente		
4	870450B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	procedimiento por paciente		
5	870451B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	procedimiento por paciente		
6	870452B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	procedimiento por paciente		
7	870453B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	procedimiento por paciente		
8	870454B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	procedimiento por paciente		
9	870455B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	procedimiento por paciente		
10	870456B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	procedimiento por paciente		
11	870460B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	procedimiento por paciente		
12	237301B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	procedimiento por paciente		
13	237302B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	procedimiento por paciente		
14	237303B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	procedimiento por paciente		
15	237304B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	procedimiento por paciente		
16	237305B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	procedimiento por paciente		
17	237306B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR	procedimiento por paciente		
18	237401B	CURETAJE APICAL CON APIPECTOMÍA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR)	procedimiento por paciente		

CONDICIONES TÉCNICAS			
ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
1	EXPERIENCIA DEL PROPONENTE EN PRODUCIR O COMERCIALIZAR EL BIEN Y/O OFRECER EL SERVICIO: El proponente debe acreditar experiencia en contratos ejecutados IGUALES Y/O SIMILARES al objeto del presente estudio previo. Tal acreditación será avalada con la presentación de las minutas de los contratos cuyo valor deberá ser superior al setenta por ciento (70%) del valor establecido para el presente proceso, con empresas públicas o privadas; para lo cual el oferente deberá presentar mínimo tres (3) contratos con certificación de concepto favorable del cumplimiento del objeto contractual por cada uno, suscrita por el representante legal.. Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica: - Nombre de la entidad pública o privada contratante. - Nit de la entidad pública o privada contratante. - Número del proceso en el SECOP II. (aplica para contratos con las Entidades Estatales) - Número del contrato. Fecha de inicio del contrato. Fecha de término del contrato. - Objeto del contrato (El objeto celebrado deber ser similar el presente proceso). - Valor del contrato (La sumatoria total del valor debe ser igual o mayor al 70 % del valor del presupuesto asignado para el presente proceso).		

	- Fecha de inicio y fecha de terminación del contrato. - Plazo de ejecución del contrato. NOTA 1: En caso de que el oferente desee aportar certificaciones de contratos celebrados con la Unidad Prestadora de Salud Arauca, este podrá aportar en documento escrito donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, y la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 verificará la información, según lo señalado en el Decreto 019 de 2012. ✓ No se tendrán en cuenta contratos en ejecución (entiéndase en ejecución hasta el acta de recibo final). ✓ No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada anteriormente o que presenten inconsistencias. La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5- Policía Nacional se reserva el derecho de hacer las verificaciones que considere necesarias en la documentación presentada ante organismos de control como DIAN, CÁMARA DE COMERCIO, etc., con el fin de garantizar la transparencia del proceso de contratación. JUSTIFICACIÓN: La experiencia específica del proponente es importante por cuanto le asegura a la entidad que el contrato será ejecutado por un tercero con la suficiente experiencia en contratos de similares características, que garantice la calidad final de la prestación del servicio del contrato y el cumplimiento del tiempo de ejecución establecido para el mismo.										
2	NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO: Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR UNA CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL de la entidad, donde conste que el personal que que ejecutará las especificaciones técnicas dispuestas en el presente estudio previo ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjeta profesional y demás documentos que acreditan su idoneidad para desarrollar las actividades que se pretenden contratar en el presente proceso, así mismo en la certificación debe constar que el personal cuenta con la experiencia laboral en el ejercicio profesional. Por ende deberá anexar la (s) hoja (s) de vida de los profesionales junto con el respectivo listado de relación de talento humano del personal que prestaran los servicios, especificando nombres completos, documento de identidad, profesión y rol para el que está propuesto, así mismo deberán certificar el personal se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS). NOTA 1: A través del Supervisor del contrato LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5, se reserva el derecho de confirmar la información suministrada a través de verificación personal y/o telefónica. A través del supervisor designado, se reserva el derecho de solicitar el cambio de personal asignado para la ejecución del contrato, si no existe entera satisfacción acerca de la idoneidad y experiencia del mismo, previa notificación por escrito al contratista, debiendo éste asignar uno nuevo de las mismas o mejores condiciones académicas y de experiencia, en un término máximo de cinco (5) días calendario contados a partir de la notificación de la solicitud En caso que el cambio sea solicitado por el contratista, este contará con máximo cinco (5) días calendario para proveer el personal de las mismas o mejores condiciones académicas y de experiencia. Cada uno de los perfiles corresponde a una determinada persona, esto es, no se podrá acreditar que una misma persona cumple con varios de los perfiles. DEBERÁ DILIGENCIAR EL ANEXO NIVEL DE EDUCACIÓN Y ANEXO RELACIÓN DE TALENTO HUMANO, DEL PRESENTE ESTUDIO Y RELACIÓN DE SU EQUIPO DE TALENTO HUMANO, ASÍ MISMO DEBERÁ ADJUNTAR CON LA PROPUESTA LAS HOJAS DE VIDAS DE LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS QUE PRESTARAN LOS SERVICIOS A CONTRATAR CON EL FIN DE VERIFICAR SU IDONEIDAD. <table><tr><th colspan="4">PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL</th></tr><tr><th>ROL Y/O CARGO A DESEMPEÑAR</th><th>CANTIDAD</th><th>REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO</th><th></th></tr></table>	PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL				ROL Y/O CARGO A DESEMPEÑAR	CANTIDAD	REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO			
PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL											
ROL Y/O CARGO A DESEMPEÑAR	CANTIDAD	REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO									

	<table><tr><td>ENDODONCISTA</td><td>1</td><td>Requisito: Profesional en odontología, con posgrado en endodoncia expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS. Experiencia Requerida: Certificar MÍNIMO UN (1) AÑO contados a partir de la fecha de expedición de la Tarjeta Profesional.</td></tr><tr><td>AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA.</td><td>1</td><td>Requisito: Tener título de técnico en odontología clínico, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS. Experiencia Requerida: Mínimo un (1) año contado a partir de la fecha del acta de grado.</td></tr></table>	ENDODONCISTA	1	Requisito: Profesional en odontología, con posgrado en endodoncia expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS. Experiencia Requerida: Certificar MÍNIMO UN (1) AÑO contados a partir de la fecha de expedición de la Tarjeta Profesional.	AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA.	1	Requisito: Tener título de técnico en odontología clínico, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS. Experiencia Requerida: Mínimo un (1) año contado a partir de la fecha del acta de grado.		
ENDODONCISTA	1	Requisito: Profesional en odontología, con posgrado en endodoncia expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS. Experiencia Requerida: Certificar MÍNIMO UN (1) AÑO contados a partir de la fecha de expedición de la Tarjeta Profesional.							
AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA.	1	Requisito: Tener título de técnico en odontología clínico, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS. Experiencia Requerida: Mínimo un (1) año contado a partir de la fecha del acta de grado.							
3	El oferente deberá adjuntar una certificación suscrita por entidad pública y/o privada donde se pueda constatar la experiencia mínima de un (1) año, donde el profesional hubiese desempeñado actividades de endodoncia, periodoncia, cirugía oral y maxilofacial (de acuerdo al caso que apliquen) y en el caso de los técnicos como auxiliar de odontología. NOTA: No se aceptarán certificaciones con enmendaduras o que no contengan la información exigida, se deja en claro que el personal propuesto será quien ejecute en forma directa el objeto de la presente contratación.								
4	CAPACIDAD OPERATIVA: CAPACIDAD OPERATIVA: Con el fin de asegurar la accesibilidad, oportunidad en la PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL. Descritos en el presente estudio previo y su respectiva atención oportuna, los oferentes deben ofrecer los medios, instalaciones y elementos necesarios en el Municipio de Arauca, para llevar a cabo las consultas, procedimientos y atenciones que requieran los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que hagan uso del servicio que se va a contratar. Los oferentes, IPS y/o especialistas deberán contar como mínimo con capacidad instalada para la prestación del servicio a contratar, debidamente acreditado y habilitado por el MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL O EN SU DEFECTO SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD O ENTE TERRITORIAL (Resolución 1043 de 2006 “Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”, Resolución 2680 del 2007 “Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones”, Resolución 2003 de 2014 del ministerio de la protección social “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud” y Decreto 1011 del 03 de abril de 2006 “Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud”. Para la prestación de los servicios debe contar con un área exclusiva y determinada por espacios con una sala de espera y con disponibilidad de unidad sanitaria, contar con los equipos óptimos como son: La unidad odontológica, autoclaves, instrumental básico y primario para realizar los diferentes procedimientos que correspondan a endodoncia, también debe tener el equipo de rayos x, para lo cual deberá contar con la respectiva certificación de habilitación ya que son necesarios para la prestación del servicio y del que deberá allegar registro en la propuesta. PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR ANEXO CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.								
5	COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS: Toda persona natural (especialista), personas jurídicas (clínicas, fundaciones), consorcios, uniones temporales, promesas de sociedad, que se encuentren en capacidad de prestar el servicio de salud a contratar y se encuentre constituido como instituciones prestadoras de salud que se encuentren inscritas en el registro especial nacional del ministerio de salud o quien haga sus veces, de conformidad con la ley 10 de 1990 “Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras								

	disposiciones”, Es necesario que los oferentes cumplan y presenten los requerimientos descritos a continuación: La prestación de los servicios a contratar deberá llevarse a cabo, cumpliendo la normatividad vigente para las instituciones prestadoras de servicios de salud como son: 1. Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios. 2. Decreto 1011 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud". 3. Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019, “Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud. 4. Decreto Reglamentario Único del Sector Salud 0780 de mayo de 2016. 5. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional. El oferente presentará una certificación firmada por el representante legal donde manifieste el cumplimiento de esta normatividad. Por lo anterior debe diligenciar el ANEXO DE COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS. Así mismo, deberán presentar los siguientes documentos: • Constancia de habilitación (vigente) en el registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaria de Salud Departamental de Arauca designada para tal fin. • Portafolio de Servicios de la Entidad oferente. • Entregar formalmente junto con la propuesta el modelo de atención en salud previamente definido por la entidad oferente.		
6	MEDIDAS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: e. Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la evaluación inicial o autoevaluación de los estándares mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración “Moderadamente Aceptable” (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la evaluación inicial o autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. f. El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el ANEXO FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST del presente estudio previo firmado por el representante legal de la entidad oferente.		
7	HOJA DE VIDA DE EQUIPOS: El oferente deberá diligenciar y presentar el ANEXO “HOJA DE VIDA DE EQUIPOS” del presente estudio previo, el cual corresponde a la certificación firmada por el representante legal, por medio de la cual relaciona la hoja de vida de los equipos utilizados para la prestación de los servicios de salud en nivel II en ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.		
8	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN: El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el ANEXO “OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN”.		
9	BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES: El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el ANEXO DE COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES.		

El oferente deberá contar con las siguientes instalaciones y equipos para la prestación del servicio:

ÁREA EXIGIDA	CANT.	CONDICIONES EXIGIDAS	CUMPLE	NO CUMPLE
Área de intervenciones quirúrgicas.	1	Sala o consultorio para la valoración y/o intervenciones quirúrgicas.		
Área de esterilización, lavado de material	1	Área para esterilización		
Área donde reposan los residuos biológicos (independiente del área de procesamiento)	1	Área para residuos biológicos		
Baños	1	Para usuarios de género masculino y femenino		

NOTA: Espacios físicos o las sedes deben estar habilitados por el SSD, de no contar con la habilitación respectiva se considera que el Proponente no está habilitado para participar en el proceso.

CONDICIONES CAPACIDAD INSTALADA

CAPACIDAD ADMINISTRATIVA MÍNIMA EXIGIDA			CUMPLE	
			SI	NO
El oferente deberá contar como mínimo con capacidad instalada para la prestación del servicio a contratar, debidamente habilitada por el ministerio de protección social o en su defecto la secretaria departamental de salud (resolución 3001 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, y el decreto 1011 del 03 de abril de 2006 por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud).				
Debe contar con sede en el municipio de Arauca, para la atención de la consulta especializada y para realizar de los procedimientos que se deriven de la prestación de servicios odontológicos especializados.				
ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD	PERSONAL MINIMO EXIGIDO		
ESPACIO FÍSICO	01	Sala de espera mínimo para cinco (05) personas.		
ESPACIO FÍSICO	01	Sala de espera personas exclusividad pacientes especiales (embarazadas, personas de la tercera edad, discapacitados de la Policía.		
CAPACIDAD ADMINISTRATIVA MÍNIMA EXIGIDA			CUMPLE	
			SI	NO
LUGAR DE ATENCIÓN AL PÚBLICO	01	Recepcionista.		

OPORTUNIDAD ATENCIÓN PARA CONSULTAS.

El proponente debe garantizar la accesibilidad y oportunidad de atención en la red de servicios a los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional para la atención asignación de citas y realización de procedimientos, en los siguientes niveles de medición:

OPORTUNIDAD EN DÍAS	CUMPLE	NO CUMPLE
cita de control y procedimiento en periodoncia 1 a 2 días		
cita para realización de procedimientos en periodoncia1 a 3 días		
atención constante y permanente sin dilaciones, suspensiones, interrupciones Prolongadas y sin previo aviso o consentimiento de la Unidad Prestadora de Salud Arauca.		

NOTA: EL OFERENTE AL QUE SE LE ADJUDIQUE EL PRESENTE PROCESO DE CONTRATACIÓN, DEBERÁ CONTAR CON REMPLAZOS PARA CUALQUIER EVENTUALIDAD DE VACACIONES, LICENCIAS, O DEMÁS NOVEDADES IMPREVISTAS CON EL PERSONAL DE PROFESIONALES; PARA LOS EQUIPOS DAÑADOS O AVERIADOS DEBERÁN BUSCAR EL MEDIO ADECUADO PARA SUSTITUIRLOS POR OTROS DEL MERCADO EN UN TÉRMINO PRUDENTE SIN AFECTAR DE NINGUNA MANERA EL SERVICIO, CON EL FIN GARANTIZAR LA CONTINUIDAD, ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD OFERTADA. EL INCUMPLIMIENTO A LO OFERTADO PUEDE CONLLEVAR A LA DECLARACIÓN DE CADUCIDAD DEL CONTRATO POR INCUMPLIMIENTO A LO PACTADO.

Los servicios requeridos por tutelas o CTC habilitados por el Contratista que se encuentren dentro de su portafolio de servicios y que no estén contemplados en listado “Anexo CUPS”. Serán prestados por la entidad a las tarifas aquí pactadas. Mediando solicitud del Supervisor del contrato. En caso de no existir referente para el cobro de éstos servicios. El Contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del Contratante. La cual será objeto de revisión por el Supervisor del contrato. Quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad. Y en caso que la cotización del Contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor. Se exceptúa los servicios prestados como Urgentes. Los cuáles serán sujetos a Verificación por Auditoría Médica. Debiendo ser reportados a la Oficina de Referencia a los siguientes correos: deara.upres-rco@policia.gov.co. a través de la Plataforma establecida. Cuyo ingreso se hace a través de la página web: **201.221.132.98:8081** mediante la cual. Se hará la solicitud formal de la atención. Programa éste que cumple con la normatividad vigente. Sobre Referencia y solicitud de autorizaciones. Decreto 4747 y las demás normas que lo modifiquen.

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

Página 35 de 46	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICÍA NACIONAL
CÓDIGO: 2BS-FR-0004		
FECHA: 15-01-2016	FORMATO DE DILIGENCIAMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE INVITACION	
VERSIÓN: 7		

ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
Garantía única	Riesgo jurídico	Incumplimiento del contrato.	Veinte por ciento (20%) del valor del contrato	Contratista	Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y cuatro meses más.	Ampara el riesgo de incumplimiento durante el plazo de ejecución y liquidación del contrato la estimación del riesgo cubre el 20% del valor del contrato como quiera que se pretende el pago parcial o definitivo de los perjuicios que cause a la entidad en los mismos términos de la cláusula penal pecuniaria.
Garantía única	Riesgo operativo	Calidad del servicio	Cincuenta por ciento (50%) del valor de los estudios.	Contratista	Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y (1 año más)	Ampara el riesgo de mala calidad del servicio de consultoría durante la vigencia del contrato y 1 año más buscando resarcir el detrimento causado a la entidad por mala calidad o insuficiencia del servicio entregado.
Garantía única	Riesgo jurídico	Pago de salarios y prestaciones sociales	5% del valor del contrato	Contratista	Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y (3 años más)	Ampara el riesgo de incumplimiento de las obligaciones laborales a que está obligado el contratista, relacionadas con el personal contratado por este para la ejecución del contrato.
Póliza de responsabilidad civil extracontractual	Riesgo financiero	Daños a terceros por responsabilidad civil extra-contractual	Doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes (200 SMLMV) al momento de la expedición de la póliza.	Contratista	Vigente por un término igual al plazo de ejecución del contrato y seis meses más.	Ampara los daños producidos por el contratista con ocasión de la ejecución del contrato amparado, y serán beneficiarios tanto la entidad contratante como los terceros que puedan resultar afectados por la responsabilidad extracontractual del contratista o sus subcontratistas. La póliza deberá contener como mínimo, amparo de la responsabilidad extracontractual que se pudiera llegar a atribuir a la administración con ocasión de las actuaciones, hechos u omisiones de sus contratistas o subcontratistas contemplados en el artículo 114 de decreto 1082 del 26 mayo de 2015.

EN LA PÓLIZA DEBE SEÑALARSE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 COMO ASEGURADO Y BENEFICIARIO.

NOTA: LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 SE PERMITE INFORMAR QUE NO SE ACEPTAN PÓLIZAS GLOBALES, LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DEBE SER EXPEDIDA DIRECTAMENTE PARA EL CONTRATO QUE SE LLEGARE A SUSCRIBIR.

PARÁGRAFO PRIMERO: En caso de constituirse póliza, en la misma deberá indicar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y de la penal pecuniaria convenidas y que la entidad aseguradora renuncia al beneficio de exclusión.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
Multa	Riesgo Jurídico	Incumplimiento parcial	Multas cuyo valor se liquidará con base en un cero punto cinco por ciento (0.5%) del valor dejado de cumplir o entregar.	Contratista	La multa se aplicará por cada día de retardo hasta por un plazo de quince (15) días calendario, que se descontará del saldo que le adeude la Entidad. Esta sanción se impondrá mediante acto administrativo motivado, en el que se expresará las causas que dieron lugar a ella.	Ampara la mora o incumplimiento parcial de alguna obligación derivada del contrato por causas imputables al contratista
Multa	Riesgo jurídico	La no constitución dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única.	Multa cuyo valor se liquidará con base en un cero punto dos por ciento (0,2%) del valor del contrato.	Contratista	La multa se aplicará por cada día de retardo y hasta por diez (10) días calendario.	Cuando el contratista no constituya dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única.
Cláusula Penal Pecuniaria	Riesgo jurídico	Incumplimiento total – declaratoria de caducidad	Veinte por ciento (20%) del valor total de contrato	Contratista	El Veinte por ciento (20%) del valor total del contrato cuando se trate de incumplimiento total del mismo y proporcional al incumplimiento parcial del contrato.	Ampara el incumplimiento parcial o definitivo del contrato por parte del contratista, se busca el pago parcial y definitivo de los perjuicios que se causen a la entidad

ANEXO No. 3

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. El contratista se obliga a cumplir con el objeto contractual
2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.
3. Responder en los plazos que la **UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA**, establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.
4. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social integral y parafiscal (cajas de compensación familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.
5. Constituir en debida forma y aportar al grupo de contratos la **UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA**, o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la garantía única y responsabilidad civil.
6. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.
7. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Unidad Prestadora Arauca, y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
8. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.
9. El contratista se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente, así mismo en el caso de cambio de representante legal.
10. Restituir a la Unidad Prestadora de Salud Arauca, los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se hayan suministrado.
11. Sostener y mantener las tarifas ofertadas durante todo el plazo de ejecución del futuro contrato que se suscriba como resultado de la adjudicación.
12. Realizar puntualmente los pagos y aportes de seguridad social a las personas que realicen los servicios a contratar, según corresponda de acuerdo al decreto 1273 de 2018.
13. El contratista a partir del inicio de la ejecución del contrato, deberá cargar en la plataforma Colombia Compra Eficiente SECOP II las facturas y presentar en la ventanilla única de central de cuentas del grupo financiero de la unidad prestadora de salud Arauca del Comando del Departamento de Policía Arauca, la facturación en medio físico de los servicios prestados en el mes INMEDIATAMENTE ANTERIOR de la ejecución del contrato, dicha facturación deberá ser radicada a más tardar el día 10 de cada mes, si pasado el mes vencido de la ejecución del contrato la entidad contratada no radica facturación, el contratista deberá presentar mediante un oficio dirigido al jefe de la Unidad Prestadora de Salud Arauca, las razones por las cuales no se cumplió con mencionada obligación informando a su vez el servicio prestado en ese mes.
14. El CONTRATISTA está en la obligación de darle aplicabilidad a la Ley 594 de 2000 Ley General de Archivo ACUERDO A LA LEY 594 DEL 2000, presentando las facturas de los servicios prestados ante la unidad prestadora de salud Arauca, en una CARPETA BLANCA CUATRO ALETAS PARA ARCHIVO, REFORZADAS CON TELA COLETA, PLASTIFICADA EN CARAS EXTERNA Y RESPECTIVO GANCHO LEGAJADOR PLÁSTICO. Los documentos objeto de foliación, deben ser depurados, es decir, se les deben retirar copias o duplicados idénticos, folios en blanco, documentos de soporte o apoyo, material metálico

(ganchos legajadores de metal, clips de metal o grapas), papel químico, si hubiere. Las carpetas que no cumplan con las especificaciones anteriormente dispuestas serán devueltas desde la ventanilla de radicación de la unidad prestadora de salud Arauca.

- 15. Informar por escrito al supervisor del contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en setenta (70%) por ciento y un cien (100%) por ciento ejecutado. Una vez recibida la información se estudiará la viabilidad de adicionar presupuesto al contrato, lo anterior es con el fin de evitar la sobre ejecución del contrato y evitar incurrir en faltas penales de igual forma evitar que se presenten facturas que no cuenten con el respaldo presupuestal y contractual.
- 16. Una vez agotado el presupuesto asignado al contrato, el contratista se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificada, y que sea autorizado por escrito por el supervisor del contrato con el apoyado del jefe de la Unidad Prestadora de Salud Arauca de acuerdo con la normatividad vigente. El servicio que se preste posterior a la terminación presupuestal del contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante.
- 17. Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar el servicio, será asumida como responsabilidad del CONTRATISTA, y sobre el particular como la periodicidad con que se debe presentar informes.
- 18. El contratista se obliga a prestar con oportunidad los servicios de valoración y procedimientos ofrecidos, contando con un profesional que labore de lunes a sábado teniendo un horario de atención a los usuarios y beneficiarios de 08:00 am a 12:00 pm y de 02:00 pm a 07:00 pm.
- 19. El contratista permitirá el acceso a los funcionarios del grupo de garantía de la calidad, auditoría de cuentas, al líder de referencia y contrarreferencia, al igual que el médico concurrente con el fin de que supervisen la atención a los usuarios y beneficiarios del SSPN, cuando se requiera.
- 20. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.

OBLIGACIONES DE SEGURIDAD INFORMÁTICA

- 1. Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.
- 2. Cumplimiento de normatividad: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.
- 3 Presentar la matriz de elementos de protección personal, donde conste el suministro de elementos de dotación protección personal, que se requiere para la realización de sus actividades objeto del contrato. En caso de deterioro daño o pérdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato.
- 4 Presentar declaración de compromiso de cumplimiento en donde se especifique que durante el contrato se cumplirán las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad Ocupacional.
- 5 Certificación donde se reporte que el personal vinculado para la ejecución del Contrato, se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social.

- 6 En el que caso que ocurriera un accidente de trabajo dentro de las instalaciones de la Unidad Prestadora de Salud de Arauca, deberá presentar informe de los reportes de accidentes de trabajo realizados por la ARL durante el plazo de ejecución del contrato.
- 7 Constancia que el personal vinculado para la ejecución de las actividades contractuales cuentan con la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.
- 8 Informe de capacitación realizada al trabajador, donde se evidencie la realización de inducción reintroducción en aspectos generales y específicos de las actividades por realizar que incluya entre otros la identificación de peligros y control de los riesgos en su puesto de trabajo, y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, así como capacitaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con las necesidades identificadas y donde se evidencie la firma del /los Trabajador/es.
- 9 DISPOSICIONES SOBRE EL SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: 1) presentar certificación de la ARL donde se reporte que cuanta con los sistemas de gestión en seguridad y salud en el trabajo (SST) de acuerdo a lo establecido en la resolución 1111 de 2017; 2) presentara certificación de la ARL donde se informe que la empresa no haya presentado accidentes mortales durante el período anterior a la contratación; 3) certificación de la ARL o Sena, que el gerente curso y aprobó el curso de las 50 horas de las sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST); 4) certificación de conocimiento y especificación de los peligros/ riesgos de la empresa, con la forma de controlarlos al momento de ejecutar el servicio.5) tener matriz de los peligros y riesgos; 6) tener plan de emergencia actualizado.

Página 40 de 46	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICÍA NACIONAL
CÓDIGO: 2BS-FR-0004		
FECHA: 15-01-2016	FORMATO DE DILIGENCIAMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE INVITACION	
VERSIÓN: 7		

ANEXO No. 4
OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

1. Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado.
2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un coordinador-Supervisor, a través de quien la **POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5** mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**.
3. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar.
4. Recibir a satisfacción los bienes y/o servicios que sean entregados por el **CONTRATISTA**, cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el anexo técnico.
5. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA**, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.
6. Pagar al **CONTRATISTA** en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto.
7. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato.
8. Solicitar y recibir información técnica respecto del bien ó servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual.
9. Entregar vademécum de medicamentos Policía Nacional - Acuerdo 080 del 2022 Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP.
10. Entregar el modelo de atención definido por la entidad responsable del pago SSPN **Acuerdo Número 070 de 2019** “Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional” el cual se encuentra como anexo en el presente estudio previo y el Instructivo 016 de 2020 Adopción de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal humanizada en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
11. Rechazar los bienes y/o servicios cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos.
12. Poner a disposición del **CONTRATISTA** la información que se requiera para la ejecución del contrato.
13. Las demás que por Ley sean establecidas.

ANEXO No.5
OFERTA ECONÓMICA

PROPONENTE _____

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta Económica para el Proceso de Mínima Cuantía cuyo objeto es la “PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS:”

GRUPO 1:

MUNICIPIO Y FECHA _____

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN PERIODONCIA.

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO TECHO INCLUIDO IVA	% DE ÚNICO DESCUENTO AL TOTAL DE ÍTEM
1	890221	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 35.486	
2	890304	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 25.452	
3	890421	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 25.197	
4	890704	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 25.197	
5	236100	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 1.176.731	
6	236200	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO SOD	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 1.176.731	
7	236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 1.176.731	
8	240300	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 100.960	
9	240301	ALISADO RADICULAR, CAMPO ABIERTO	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 120.473	
10	242202	CURETAJE A CAMPO CERRADO (CADA CUADRANTE)	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 100.960	
11	242201	CURETAJE A CAMPO ABIERTO (CADA CUADRANTE).	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 120.473	
12	242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 100.960	
13	242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 100.960	
14	243201	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 46.662	
15	243202	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 50.904	
16	243301	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA INTRAORAL	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 124.033	
17	243302	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA EXTRA ORAL	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 124.033	
18	243400	GINGIVECTOMIA SOD	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 120.473	
19	243401	GINGIVOPLASTIA (CADA DIENTE)	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 100.960	

20	243502	OPERCULECTOMÍA NCOC	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 79.774	
21	245100	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 114.789	
22	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 90.050	
23	25500	FRENILLECTOMIA LINGUAL	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 75.762	
24	274101	FRENILLECTOMIA LABIAL	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 75.762	
25	274103	INJERTO GINGIVAL (CADA DIENTE)	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 90.050	

NOTA 1: El presente anexo debe diligenciarse por el proponente, de conformidad con las condiciones establecidas en la invitación de convocatoria de mínima cuantía y el valor del precio techo establecido, la entidad oferente deberá diligenciar solo la casilla de PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO APLICABLE A TODOS LOS ITEM.

El proponente deberá tener en cuenta que se ajustara al peso lo precios unitarios que resulten de acuerdo al porcentaje de descuento ofertado, bien sea por exceso o por defecto, así: cuando la fracción decimal de peso sea igual o superior a 0.50 se aproximara por exceso al número entero siguiente del peso y cuando la fracción decimal del peso sea inferior a 0.50 lo aproximara por defecto al número entero anterior al peso.

NOTA 2: El presente formulario es una guía para la presentación de la oferta económica; sin embargo, la información registrada en su diligenciamiento es responsabilidad exclusiva del oferente, el cual en caso de tener alguna duda debe solicitar la aclaración antes de la fecha del cierre o entrega de las ofertas, establecido en el cronograma del proceso **LA CASILLA DE PRECIOS TECHO ES INMODIFICABLE, EN CASO DE MODIFICACION SE RECHASARA LA OFERTA.**

NOTA 3: Al momento de la entrega de las propuestas. Se determinará el orden de elegibilidad. Comenzando por la oferta con mayor porcentaje unico de descuento a la de menor porcentaje.

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

ANEXO No.5
OFERTA ECONÓMICA

PROPONENTE_____

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta Económica para el Proceso de Mínima Cuantía cuyo objeto es la “PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS:”

GRUPO 2:

MUNICIPIO Y FECHA_____

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO TECHO INCLUIDO IVA	% DE ÚNICO DESCUENTO AL TOTAL DE ÍTEM
1	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL.	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 36.000	
2	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL.	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 27.000	
3	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 36.000	
4	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 45.000	
5	230203	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 45.000	
6	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 45.000	
7	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 63.000	
8	230103	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 63.000	
9	231100	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 99.500	
10	231200	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 135.200	
11	231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 304.667	
12	231302	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 306.000	
13	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 279.000	
14	231400	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 306.000	
				\$ 252.000	
15	231500	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA) SOD	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 153.000	
16	255006	PLASTIA DE FRENILLO LINGUAL	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 153.000	
17	274101	FRENILLECTOMIA LABIAL VÍA ABIERTA	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 162.000	
18	243110	RECESIÓN DE LESIÓN PROFUNDA MUCOSA ORAL.	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	161.599	

NOTA 1: El presente anexo debe diligenciarse por el proponente, de conformidad con las condiciones establecidas en la invitación de convocatoria de mínima cuantía **y el valor del precio techo establecido, la entidad oferente deberá diligenciar solo la casilla de PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO APLICABLE A TODOS LOS ITEM.**

El proponente deberá tener en cuenta que se ajustara al peso lo precios unitarios que resulten de acuerdo al porcentaje de descuento ofertado, bien sea por exceso o por defecto, así: cuando la fracción decimal de peso sea igual o superior a 0.50 se aproximara por exceso al número entero siguiente del peso y cuando la fracción decimal del peso sea inferior a 0.50 lo aproximara por defecto al número entero anterior al peso.

NOTA 2: El presente formulario es una guía para la presentación de la oferta económica; sin embargo, la información registrada en **su diligenciamiento es responsabilidad exclusiva del oferente**, el cual en caso de tener alguna duda debe solicitar la aclaración antes de la fecha del cierre o entrega de las ofertas, establecido en el cronograma del proceso **LA CASILLA DE PRECIOS TECHO ES INMODIFICABLE, EN CASO DE MODIFICACION SE RECHASARA LA OFERTA.**

NOTA 3: Al momento de la entrega de las propuestas. Se determinará el orden de elegibilidad. Comenzando por la oferta con mayor porcentaje unico de descuento a la de menor porcentaje.

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

ANEXO No.5
OFERTA ECONÓMICA

PROPONENTE_____

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta Económica para el Proceso de Mínima Cuantía cuyo objeto es la “PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS:”

GRUPO 3:

MUNICIPIO Y FECHA_____

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN ENDODONCIA CON TOMA DE RX PERIAPICAL INICIAL Y FINAL CON SU RESPECTIVA LECTURA.

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO TECHO INCLUIDO IVA	% DE ÚNICO DESCUENTO AL TOTAL DE ÍTEM
1	890218B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 36.177	_____%
2	890318B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 35.485	
3	870440B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 13.574	
4	870450B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 13.574	
5	870451B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 13.574	
6	870452B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 13.574	
7	870453B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 13.574	
8	870454B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 13.574	
9	870455B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 13.574	
10	870460B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 13.574	
11	237301B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 108.169	
12	237302B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 247.586	
13	237303B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 366.571	
14	237304B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 54.500	
15	237305B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 72.112	
16	237306B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 108.169	
17	237401B	CURETAJE APICAL CON APICECTOMÍA Y OBTURACIÓN RETROGADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR)	PROCEDIMIENTO POR PACIENTE	\$ 158.767	

Página 46 de 46	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICÍA NACIONAL
CÓDIGO: 2BS-FR-0004		
FECHA: 15-01-2016	FORMATO DE DILIGENCIAMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE INVITACION	
VERSIÓN: 7		

NOTA 1: El presente anexo debe diligenciarse por el proponente, de conformidad con las condiciones establecidas en la invitación de convocatoria de mínima cuantía **y el valor del precio techo establecido, la entidad oferente deberá diligenciar solo la casilla de PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO APLICABLE A TODOS LOS ITEM.**

El proponente deberá tener en cuenta que se ajustara al peso lo precios unitarios que resulten de acuerdo al porcentaje de descuento ofertado, bien sea por exceso o por defecto, así: cuando la fracción decimal de peso sea igual o superior a 0.50 se aproximara por exceso al número entero siguiente del peso y cuando la fracción decimal del peso sea inferior a 0.50 lo aproximara por defecto al número entero anterior al peso.

NOTA 2: El presente formulario es una guía para la presentación de la oferta económica; sin embargo, la información registrada en **su diligenciamiento es responsabilidad exclusiva del oferente**, el cual en caso de tener alguna duda debe solicitar la aclaración antes de la fecha del cierre o entrega de las ofertas, establecido en el cronograma del proceso **LA CASILLA DE PRECIOS TECHO ES INMODIFICABLE, EN CASO DE MODIFICACION SE RECHASARA LA OFERTA.**

NOTA 3: Al momento de la entrega de las propuestas. Se determinará el orden de elegibilidad. Comenzando por la oferta con mayor porcentaje unico de descuento a la de menor porcentaje.

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](#)

ANEXO No.6

SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Arauca, de 2023

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5
POLICÍA NACIONAL
Ciudad.

La empresa.....se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso **MINIMA CUANTIA PN RASES No. 5 MIC 003 2023**, durante la vigencia del contrato si este se llegará a suscribir, el cual tiene por objeto la “PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN NIVEL II DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA EN EL MUNICIPIO DE ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS:

EL OFERENTE DEBERA ESPECIFICAR A QUE GRUPO APLICA EL PRESENTE ANEXO

GRUPO 1:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN PERIODONCIA.

GRUPO 2:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.

GRUPO 3:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN ENDODONCIA CON TOMA DE RX PERIAPICAL INICIAL Y FINAL CON SU RESPECTIVA LECTURA.

Atentamente,

Representante Legal

ANEXO 7

CIUDAD Y FECHA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5
Calle 60 No 27-82 conucos plaza
Bucaramanga.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de mínima cuantía. Número PN RASES No. 5 MIC 003 2023 cuyo objeto es: “PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN NIVEL II DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA EN EL MUNICIPIO DE ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS:

EL OFERENTE DEBERA ESPECIFICAR A QUE GRUPO APLICA EL PRESENTE ANEXO

GRUPO 1:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN PERIODONCIA.

GRUPO 2:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.

GRUPO 3:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN ENDODONCIA CON TOMA DE RX PERIAPICAL INICIAL Y FINAL CON SU RESPECTIVA LECTURA.

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal. domiciliado en Domicilio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación 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 en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:
La Policía Nacional, mediante la Resolución 03843 del 09/09/2019, prevé en el Artículo 2º, lo relacionado con la **“Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional”**, en lo siguiente:

“La Policía Nacional de Colombia, en el ejercicio de su función de mantenimiento de seguridad y convivencia ciudadana, manifiesta su compromiso con la protección de la seguridad y salud en el trabajo de todos los funcionarios uniformados, no uniformados, contratistas y trabajadores en misión, mediante la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos laborales en todos los niveles de la Institución; para ello destinará el capital humano, financiero y tecnológico, que permita el cumplimiento de los requerimientos legales y las acciones de mejora continua”.

PERSONA JURÍDICA
Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a mi actividad económica, clase de riesgo y tamaño de la empresa, actualizando los documentos técnicos y cumplimientos asociados al objeto del presente contrato.

PERSONA NATURAL
Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a la actividad económica y clase de riesgo para la cual fui contratado, así mismo me comprometo a cumplir con las actividades y recomendaciones establecidas por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el marco del objeto del presente contrato y de las instalaciones policiales en donde preste mis servicios.
Nota: seleccionar, según corresponda.

ANEXO N° 8

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Yo _____, Representante de la Firma _____ certifico que la firma que represento, cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para cumplir el objeto del presente proceso que tiene por objeto la “PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN NIVEL II DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA EN EL MUNICIPIO DE ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS:

EL OFERENTE DEBERA ESPECIFICAR A QUE GRUPO APLICA EL PRESENTE ANEXO

GRUPO 1:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN PERIODONCIA.

GRUPO 2:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.

GRUPO 3:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN ENDODONCIA CON TOMA DE RX PERIAPICAL INICIAL Y FINAL CON SU RESPECTIVA LECTURA.

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

ANEXO No. 9

NIVEL DE EDUCACIÓN Ó NIVEL ACADEMICO

Yo _____, Representante de la entidad _____ certifico que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y certifico que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.

EL OFERENTE DEBERA ESPECIFICAR A QUE GRUPO APLICA EL PRESENTE ANEXO

GRUPO 1:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN PERIODONCIA.

GRUPO 2:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.

GRUPO 3:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN ENDODONCIA CON TOMA DE RX PERIAPICAL INICIAL Y FINAL CON SU RESPECTIVA LECTURA.

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

ANEXO 10
TALENTO HUMANO

Objeto contractual:“PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN NIVEL II DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA EN EL MUNICIPIO DE ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS:

EL OFERENTE DEBERA ESPECIFICAR A QUE GRUPO APLICA EL PRESENTE ANEXO

- GRUPO 1:**
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN PERIODONCIA.
- GRUPO 2:**
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.
- GRUPO 3:**
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN ENDODONCIA CON TOMA DE RX PERIAPICAL INICIAL Y FINAL CON SU RESPECTIVA LECTURA.

RELACIÓN TALENTO HUMANO DE MEDICOS ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS					
NOMBRE DEL PROFESIONAL	TITULO DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA	UNIVERSIDAD QUE EXPIDIO EL TÍTULO	TITULO DE POST GRADOS	UNIVERSIDAD QUE EXPIDIO EL TÍTULO DE POSTGRADO	TIEMPO DE EXPERENCIA EN LA ENTIDAD QUE PRETENDE OFERTAR

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

ANEXO N° 11

RELACIÓN HOJA DE VIDA EQUIPOS

Objeto contractual:“PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN NIVEL II DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA EN EL MUNICIPIO DE ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS:

EL OFERENTE DEBERA ESPECIFICAR A QUE GRUPO APLICA EL PRESENTE ANEXO

GRUPO 1:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN PERIODONCIA.

GRUPO 2:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.

GRUPO 3:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN ENDODONCIA CON TOMA DE RX PERIAPICAL INICIAL Y FINAL CON SU RESPECTIVA LECTURA.

HOJA DE VIDA DE EQUIPOS NOMBRE	CLASE Y MARCA DE EQUIPO	FECHA MANTENIMIENTO PREVENTIVO	FECHA MANTENIMIENTO CORRECTIVO

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

ANEXO No.12

CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA

EL OFERENTE DEBERA ESPECIFICAR A QUE GRUPO APLICA EL PRESENTE ANEXO

El suscrito Representante Legal de la _____
certifica que la prestación de los servicios de salud a contratar objeto del presente proceso contractual se
llevará a cabo cumpliendo la normatividad vigente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
como son:

- 1. Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios.
- 2. Decreto 1011 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud".
- 3. Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019, "Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud."
- 4. Decreto Reglamentario Unico del Sector Salud 0780 de mayo de 2016.
- 5. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional.

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

ANEXO No. 13

COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES

Bucaramanga,

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Calle 60 No. 27-82 Barrio conucos
Bucaramanga

Ref.: Proceso de Mínima Cuantía No. _____, que tiene por objeto :“PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN NIVEL II DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA EN EL MUNICIPIO DE ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS:

EL OFERENTE DEBERA ESPECIFICAR A QUE GRUPO APLICA EL PRESENTE ANEXO

GRUPO 1:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN PERIODONCIA.

GRUPO 2:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.

GRUPO 3:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN ENDODONCIA CON TOMA DE RX PERIAPICAL INICIAL Y FINAL CON SU RESPECTIVA LECTURA.

El suscrito: _____ identificado con C.C. Nro. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma: _____ me comprometo a realizar con la adjudicación del presente proceso contractual buenas prácticas ambientales, en cumplimiento a la Legislación Ambiental Colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos pos consumos y a su disposición final.

Aquellos elementos considerados como contaminantes del medio ambiente, con sujeción a la legislación ambiental son de mi responsabilidad y una vez terminada la vida útil de los bienes que provea a la Policía Nacional de Colombia, los reciba nuevamente y proceda a realizar su disposición final adecuada.

- De igual manera me comprometo a:
- ✓ La aplicación de buenas prácticas ambientales, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar.
 - ✓ Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar el servicio u obra, serán asumidas como mi responsabilidad.
 - ✓ Presentar las actas de disposición final correspondientes y las licencias ambientales de dicha disposición.
 - ✓ El personal bajo mi responsabilidad, deberá contemplar capacitaciones en temas ambientales como: impactos ambientales, manejo de residuos sólidos, líquidos, escombros entre otros, donde se realice el manejo y actuación de los mismos, e igualmente identificar los elementos utilizados (químicos, eléctricos, manufacturación entre otros), para el bien o servicio que se va a realizar de acuerdo a cada actividad específica que se desarrolle.
 - ✓ Presentar al supervisor del contrato el análisis de ciclo de vida del producto y/o servicio a contratar según corresponda.
 - ✓ Allegar copia de destinación final de los elementos al momento de radicación de la factura.

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

NEXO No. 14
OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN

El oferente debe marcar con una (X) en la casilla correspondiente de acuerdo a la oportunidad de la atención ofrecida por la entidad:

APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2, Grupo No 3

OPORTUNIDAD PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICO

SERVICIOS AMBULATORIOS	MARCAR CON UNA (X)
MENOR DE 3 DÍAS	
ENTRE 3 Y 4 DÍAS	
ENTRE 5 DÍAS HASTA 7 DÍAS	

OPORTUNIDAD CONSULTA ESPECIALIZADA

CONSULTA EXTERNA	MARCAR CON UNA (X)
MENOR DE 3 DÍAS	
ENTRE 3 Y 4 DÍAS	
ENTRE 5 DÍAS HASTA 7 DÍAS	

(EL OFERENTE DEBE INDICAR A QUE GRUPO APLICA)

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

ANEXO No. 15

Acuerdo Número 070 De 2019 (Agosto 2) “Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional”

(VER ANEXO ARCHIVO)

ANEXO N° 16

(Plan de Servicios de Sanidad Policial - Acuerdo 002 CSSMP de 2001)

(VER ANEXO ARCHIVO EN EXCEL)

ANEXO N° 17

(Manual único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP - Acuerdo 080 DEL 2022)

(VER ANEXO ARCHIVO EN PDF)

ANEXO N°. 18

(Resolución No. 057del 07/02/2014 Por la cual se reorganiza el CTC de la Dirección de Sanidad y la Resolución No. 438 del 28/11/2017 Por la cual de modifica parcialmente la Resolución No. 057 del 07/02/2014)

(VER ANEXO ARCHIVO EN PDF)

FORMULARIO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

EL OFERENTE DEBERA ESPECIFICAR A QUE GRUPO APLICA EL PRESENTE ANEXO

Arauca, de 2023

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Ciudad.

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía **PN RASES No. 5 MIC 003 2023**, cuyo objeto es la “PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN NIVEL II DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA EN EL MUNICIPIO DE ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: **GRUPO 1:**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN PERIODONCIA,**GRUPO 2:**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL,**GRUPO 3:**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN ENDODONCIA CON TOMA DE RX PERIAPICAL INICIAL Y FINAL CON SU RESPECTIVA LECTURA.”

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. 5 MIC 003 2023**, convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5, cuyo objeto es la “PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN NIVEL II DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA EN EL MUNICIPIO DE ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: **GRUPO 1:**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN PERIODONCIA,**GRUPO 2:**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL,**GRUPO 3:**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN ENDODONCIA CON TOMA DE RX PERIAPICAL INICIAL Y FINAL CON SU RESPECTIVA LECTURA.”, en la Unidad Prestadora de Salud Arauca - Regional de Aseguramiento No. 5.” conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus Decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en la invitación y en el Anexo 1 “Especificaciones Técnicas” y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de los adendas hechos al mismo.
2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
3. Que ni el representante legal ó 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. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las

consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

- 5. El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones.
- 6. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
- 7. Que la presente propuesta consta de _____ () folios.
- 8. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): **(Dirección para notificaciones)**: Teléfono(s): Fax Correo Electrónico:_____
- 9. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro de la aceptación de oferta respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. **(Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario)**.
- 10. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
- 11. El plazo de ejecución de la aceptación de oferta que se derive del presente proceso, se inicia a partir de la aprobación de la garantía única y hasta el vencimiento del plazo o hasta agotar el presupuesto, lo primero que ocurra.
- 12. Que la vigencia de la presente oferta es de sesenta (60) días calendario contados a partir de la presentación de la misma.
- 13. Los valores de la oferta económica son presentados en la plataforma SECOP II.

(Firma del representante legal)

FORMULARIO No. 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

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

PRIMERO: Que la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 adelanta un proceso de contratación de mínima cuantía.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 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 contratación de 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 regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

- 1.1. EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución de la aceptación de oferta 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 contratación de 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 LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5, 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 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 durante el desarrollo de la aceptación de oferta 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 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 y firma del proponente o su representante)

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

Página 63 de 46	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICÍA NACIONAL
CÓDIGO: 2BS-FR-0004		
FECHA: 15-01-2016	FORMATO DE DILIGENCIAMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE INVITACION	
VERSIÓN: 7		

FORMULARIO No.4
ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

CIUDAD Y FECHA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5
Calle 60 No 27-82 conucos plaza
Bucaramanga.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de MINIMA CUANTIA., Número PN RASES No. 5 MIC 003 2023 cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN NIVEL II DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA EN EL MUNICIPIO DE ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS:

EL OFERENTE DEBERA ESPECIFICAR A QUE GRUPO APLICA EL PRESENTE ANEXO

GRUPO 1:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN PERIODONCIA.

GRUPO 2:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.

GRUPO 3:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NIVEL II, ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN ENDODONCIA CON TOMA DE RX PERIAPICAL INICIAL Y FINAL CON SU RESPECTIVA LECTURA.

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 Elegir la modalidad de contratación, para la celebración de un contrato estatal para. Transcribir el objeto del proceso.

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 competa 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