ANEXO

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE VERIFICACIÓN Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

CODIGOS CUPS	ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
870001	1	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE		
870003	2	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO		
870004	3	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA		
870005	4	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS		
870006	5	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS		
870007	6	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO		
870101	7	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)		
870102	8	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS		
870103	9	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS		
870104	10	RADIOGRAFÍA DE MALAR		
870105	11	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO		
870107	12	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES		
870108	13	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES		
870112	14	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR		
870113	15	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR		
870131	16	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]		
870601	17	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO		
870602	18	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO		
871010	19	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL		
871020	20	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA		
871030	21	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR (ESTUDIO DE ESCOLIOSIS)		
871040	22	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA		
871070	23	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL (al valor de la región agregar)		
871121	24	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)		
873306	25	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS MENOR DE 4 años)		
873303	26	RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)		
873304	27	RADIOGRAFIA AXIAL DE SESAMOIDEOS Y CABEZAS DE LOS METATARSIANOS		
871050	28	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX		
871091	29	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS		
871111	30	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL		
871112	31	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN		
871129	32	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES		
872002	33	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE		
872011	34	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)		
873002	35	RADIOGRAFÍA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)		
873004	36	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]		
873111	37	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO		
873112	38	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA		
873121	39	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO		
873122	40	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO		
873123	41	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES (Agregar al valor del estudio, aplica para 873111,873112,873121,873122,873210)		
873202	42	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS		
873204	43	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO (Por lateralidad)		
873205	44	RADIOGRAFÍA DE CODO (Por lateralidad)		
873206	45	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA (Por lateralidad)		
873210	46	RADIOGRAFÍA DE MANO (Por lateralidad)		
873302	47	RADIOGRAFÍA PARA MEDICIÓN DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA]		
873311	48	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL		
873312	49	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)		

873313	**50**	**RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)**		
873314	**51**	**RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL**		
873333	**52**	**RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)**		
873335	**53**	**RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)**		
873411	**54**	**RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)**		
873412	**55**	**RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA (Agregar el valor del estudio código 873411)**		
873420	**56**	**RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)**		
873422	**57**	**RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR) (Agregar al valor del estudio código 873420)**		
873423	**58**	**RADIOGRAFÍA TANGENCIAL O AXIAL DE RÓTULA**		
873431	**59**	**RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA) (Por lateralidad)**		
873443	**60**	**RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES (agregar al valor del estudio) (Aplica para 873312, 873313, 873314, 873333, 873335)**		
873444	**61**	**RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS) (Agregar al valor del estudio por pyección adicional)**		
879111	**62**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE**		
879112	**63**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE**		
879113	**64**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE**		
879116	**65**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)**		
879121	**66**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS**		
879122	**67**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO**		
879131	**68**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA**		
879132	**69**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE**		
879150	**70**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (Bilateral)**		
879161	**71**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO**		
879162	**72**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARÍNGE**		
879201	**73**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)**		
879201	**74**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL**		
879201	**75**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS TORÁCICOS**		
879201	**76**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS LUMBAR Y SACRO**		
879301	**77**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX**		
879391	**78**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES**		
879410	**79**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR**		
879420	**80**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)**		
879421	**81**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA**		
879430	**82**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC] SIMPLE**		
879460	**83**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE PELVIS**		
879510	**84**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES**		
879520	**85**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES**		
879522	**86**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)**		
879523	**87**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)**		
879901	**88**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VASOS (ANGIOTAC)**		
879910	**89**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL**		

879920	**90**	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON MODALIDAD DINÁMICA (SECUENCIA RÁPIDA)**		
876801	**91**	**MAMOGRAFÍA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA**		
876802	**92**	**MAMOGRAFÍA BILATERAL**		
	93	**DIATRIZOATO DE Meglumina (gastroview)**		
	94	**OPTIRAY (endovenoso * 10 Ml)**		
	95	**Los estudios de Escanografía y radiología convencional, que por solicitud del médico tratante o por protocolo de realización requieran el uso de medios de contraste (yodados, orales o baritados) no se incluyen en la tarifa del estudio y se cobrarán de acuerdo a lo pactado contractualmente.**		
	96	**Los estudios que se soliciten con la administración de medio de contraste yodado, se facturará el valor del estudio, más el valor del medio de contraste yodado, de acuerdo a la dosificación por cada paciente. El medio de contraste yodado se cobrará en dosificación con base en el peso del paciente se administra de 1cc a 2 cc por Kg de peso, de acuerdo al criterio médico.**		
	97	**Los estudios de escanografía que se soliciten como simple y con contraste, se facturará un código que cubre la realización del estudio simple y un código adicional que cubre el estudio contrastado (esto es un estudio simple y otro posterior a la aplicación del contraste yodado), más el valor del medio de contraste, de acuerdo a la dosificación por cada paciente.**		
	98	**Los estudios que requieran la aplicación de medio de contraste oral (Diatrizoato de Meglumina), en el caso de los TAC de Abdomen superior o Total, se facturará el medio de contraste oral, en cantidad uno (1).**		
	99	**Cdg. 879431 UROTAC CON CONTRASTE, valor único para estudio con contraste, que incluye (fase simple, fase arterial y fase de eliminación), más el medio de contraste con base en el peso del paciente.**		
	100	**Los estudios de TAC ABDOMEN TRIFASICO solicitados así por parte de Médico tratante y autorizado por parte de la entidad contratante, serán realizados de acuerdo a la solicitud, es decir en fase simple, arterial y venosa, por lo que se hace necesario el cobro de tres (3) estudios de TAC DE ABDOMEN más el uso del medio de contraste.**		
	101	**En los casos de solicitud de ESCANOGRAFIA de COLUMNA, se aclara que el código 879201 es especifico en mencionar: "TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)", lo que significa que el código únicamente cubre tres (3) espacios de cada segmento; se ejemplifica la Columna cervical la cual consta de seis (6) espacios cervicales, lo que significa que se cobraría dos (2) veces el código.**		
	102	**En los casos de solicitud de TAC DE TORAX DE ALTA RESOLUCIÓN o TACAR, se aclara que el cobro se realizará con un TAC DE TORAX SIMPLE y el código 879920 TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON MODALIDAD DINÁMICA (SECUENCIA RÁPIDA), esto por no contar con un código CUPS para su cobro**		

MEDIO DE CONTRASTE

ITEM	CODIGOS CUM	CONDICIONES TECNICAS MINIMAS (MEDIOS DE CONTRASTE)	CUMPLE	NO CUMPLE
1	34342	DIATRIZOATO DE Meglumina (gastroview)		
2	20060332-1	IOBITRIDOL (endovenoso * 10 Ml)		
3	228650	IOPAMIDOL (endovenoso * 10 Ml)		

* CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONES DE CALIFICACIÓN (en caso de que aplique)

ITEM	CONDICIONES TECNICAS ADICIONALES	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Prestar en forma integral los servicios requeridos, incluyendo procedimientos especiales y diagnósticos en cada una de estas áreas de acuerdo a lo reglamentado y/o requisitos exigidos por el Ministerio de la Protección Social y cumpliendo las normas vigentes.		
2	Garantizar la prestación ininterrumpida del servicio durante la ejecución del contrato. El oferente deberá tener un plan de contingencia para cubrir los casos en los que no pueda prestar el servicio por sí mismo.		
3	Garantizar que el servicio prestado sea acorde con el contratado con nuestra institución con criterios de oportunidad, eficacia, eficiencia, efectividad y racionalidad.		
4	El Contratista prestara el servicio después de verificar la autorización expedida por parte de la oficina de Referencia y Contrarreferencia de la unidad prestadora de salud amazonas, la orden médica y el documento de identidad del paciente presentados por el usuario.		
5	Permitir al Auditor Médico delegado, el acceso directo a la información relacionada, la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual.		
6	Reportar mensualmente el número de pacientes y procedimientos realizados, en medio magnético a la Jefatura de la UPRES DEAMA.		
7	El contratista deberá contar el 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 (SG-SST). 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 a 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 de la evaluación inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		
8	La atención del evento adverso entendido como “el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente” corre por cuenta del prestador, no será cancelada por el SSPN. Este estará sujeto a glosa total hasta que el comité ADHOC de la IPS y la dependencia de Garantía de la Calidad (GARCA) del Área de Sanidad Amazonas, se reúnan y expidan el plan de mejoramiento y se determine la inherencia del evento para determinar el monto a cancelar definitivo.		
9	El CONTRATISTA deberá sostener los precios y tarifas ofrecidas ofrecidos durante el plazo de ejecución del Contrato y sus adicciones.		
10	Cumplir con las condiciones técnicas que se exijan para la presentación de la propuesta		
11	Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por el Jefe de la UPRES DEAMA o quien éste designe		
12	El CONTRATISTA se compromete a NO continuar prestando los servicios objeto del presente contrato una vez este agotado el valor del contrato, SALVO en casos de urgencia médica debidamente justificada de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no serán pagados por el CONTRATANTE.		
13	Constancia que los colaboradores vinculados de ejecución de las actividades contractuales cuentan con la idoneidad y competencia para el manejo de quipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.		
14	El contratista certifica que cuenta con la capacidad de atender a los usuarios del sistema de salud de la Policía Nacional en Red Externa, ubicada en el departamento de Amazonas.		
15	Mantener vigente los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas.		
16	Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que formule la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 - Unidad Prestadora de Salud Amazonas para la atención.		
17	El Contratista se compromete a designar un coordinador del contrato como apoyo de solución a los inconvenientes que den a lugar en la ejecución del mismo. Para este ejercicio de su función deberá disponer de los medios logísticos para la comunicación y el acceso a la información, que permita atender a los requerimientos, tales como informes, reuniones, conceptos, entre otros.		
18	En el caso que se requiera de un procedimiento que no esté contemplado en el contrato y que el contratista ofrezca, este se podrá incluir mediante solicitud del supervisor al ordenador del Gasto para realizar la modificación del contrato. el valor será establecido previa cotización por parte del contratista.		
19	REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL: En Cumplimiento De Lo Dispuesto En El Articulo 2.2.1.2.1.2.21 Del Decreto 1082 del 26 De Mayo De 2015, El Contratista Deberá Mantener Vigente Durante La Ejecución Del Contrato El		

	Registro Especial Nacional Del Ministerio De Protección Social de conformidad con la ley 10 de 1990 y Resolución 3100 del 24 de noviembre de 2019.		
20	Cumplir con el sistema Único de Habilitación, el Sistema Obligatorio de Garantías de Calidad y las condiciones sanitarias que piden las autoridades competentes tanto del orden nacional como territorial. (en el departamento de Amazonas).		
21	El contratista se compromete a cumplir con la resolución 1434 del 05 de diciembre del 2005 expedida por el ministerio de minas y energías con la cual se adopta el reglamento de protección y seguridad radiológica.		
22	El contratista debe garantizar el cumplimiento del manual de radio protección, en el cual se debe especificar los procedimientos para la toma de exámenes que implique el manejo de cualquier tipo de radiación ionizante, se debe incluir los procedimientos para evitar el efecto nocivo de la radiación para los pacientes. Funcionarios, visitantes y el público en general, cumpliendo los protocolos que influya, calidad de imagen, vigilancia epidemiológica, vigilancia radiológica, establecidos por la institución.		
23	El contratista se compromete durante la ejecución del contrato a tener actualizada las fichas de datos de seguridad de todos los productos químicos y de aseo que utilicen, para lo cual debe ubicarlas en un lugar visible donde se encuentren almacenados dichos productos. Así como entregar certificados y documentos que soportan capacitación de personal en el manejo de dichas hojas de seguridad y uso de estos insumos.		
24	El contratista cumplirá con lo establecido en el Decreto No. 2090 del 26 de julio de 2003 “por el cual definen las actividades de alto riesgo para la salud del trabajador”.		
25	El Contratista se compromete a realizar a través de su línea telefónica una vez recibidas las órdenes y autorizaciones de servicio externo al realizar en agendamiento de los usuarios en la unidad más cercana a su domicilio que presente su servicio solicitado.		
26	El Contratista se compromete a realizar el agendamiento de los servicios máximo a las 48 horas y prestación de servicios en un tiempo no superior a 5 días, los resultados se deben tener en un tiempo no superior a 5 días según la necesidad del usuario del correo electrónico o impresa.		
27	La Regional de Aseguramiento - la Unidad Prestadora de Salud Amazonas a través de la oficina de referencia y contrarreferencia entregara base de datos diarias de los procedimientos autorizados y el Contratista se compromete a través de su línea de contac center a realizar el agendamiento y notificación a los usuarios con el fin de que estos no tengan que realizar ningún trámite adicional. La asignación de la cita no puede ser superior a 5 días para el ámbito ambulatorio, inmediata para el ámbito de urgencias y hospitalización.		
28	El Contratista deberá suministrar los insumos necesarios para realizar los diferentes procedimientos diagnósticos (medios de contraste. Equipos de venoclisis, sedación entre otras).		
29	El Contratista debe garantizar la prestación del servicio contratado a los usuarios del subsistema de Salud de la Policía Nacional remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud de No. 1 - Unidad Prestadora de Salud Amazonas mediante la aplicación de los conocimientos profesionales con calidad y seguridad siguiendo los protocolos, bajo los principios de eficacia, oportunidad, universalidad y solidaridad que así lo amerite, de acuerdo con los indicadores establecidos en el sistema de Garantía de la Calidad. Decreto 780 del 2016. Resolución No. 1043 del 2006 y demás normas que lo modifiquen, complementen y adicionen dentro del marco de mejoramiento continuo.		
30	En los casos de solicitud de TAC DE TÓRAX DE ALTA RESOLUCIÓN o TACAR, se aclara que el cobro se realizará con un TAC DE TÓRAX SIMPLE y el código 879920 TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON MODALIDAD DINÁMICA (SECUENCIA RÁPIDA), esto por no contar con un código CUPS para su cobro		
31	En los casos de solicitud de ESCANOGRAFIA de COLUMNA, se aclara que el código 879201 es especifico en mencionar: “TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)”, lo que significa que el código únicamente cubre tres (3) espacios de cada segmento; se ejemplifica la Columna cervical la cual consta de siete (7) espacios cervicales, lo que significa que se cobraría dos (2) veces el código.		
32	Los estudios de TAC ABDOMEN TRIFÁSICO solicitados así por parte de Médico tratante y autorizado por parte de la entidad contratante, serán realizados de acuerdo a la solicitud, es decir en fase simple, arterial y venosa, por lo que se hace necesario el cobro de tres (3) estudios de TAC DE ABDOMEN más el uso del medio de contraste.		
33	UROTAC CON CONTRASTE, valor único para estudio con contraste, que incluye (fase simple, fase arterial y fase de eliminación), más el medio de contraste con base en el peso del paciente 10 cc por cada 10 kg de peso		

NOTA: La presentación de las Certificaciones y demás condiciones habilitantes deberán ser presentadas con la Oferta.

EXPERIENCIA PROPONENTE

Para la acreditación de la experiencia del proponente, se debe exigir la presentación de máximo tres (3) certificaciones y/o tres (3) contratos ejecutados o en ejecución, que tengan objeto igual o similar al de la presente contratación y cuya sumatoria sea igual o superior al 70% del presupuesto oficial asignado al presente proceso.

El OFERENTE acreditará la experiencia a través de certificaciones de contratos que deben contener la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, número del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio y finalización, nombre del OFERENTE debidamente suscrita por el representante legal del contratante del proponente o por la persona autorizada para tal fin y calidad del servicio prestado. En caso de contratos en ejecución se tomará la fecha de legalización del contrato hasta la fecha de expedición de la certificación.

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

En el evento que el OFERENTE presente certificaciones en número superior al máximo permitido, Unidad Prestadora de Salud Bogotá, para efectos de verificación de la experiencia, tomará únicamente las de mayor valor que cumplan con los requisitos exigidos en el presente proceso.

NOTA: Para el caso de contratos que se encuentren en ejecución al momento de presentar la oferta, se tomará la fecha de legalización del contrato, hasta la fecha de expedición de la certificación; criterios que aplican igualmente al momento de referirse al % de ejecución, por lo cual se debe incluir el porcentaje de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, el cual será tomado para verificar la experiencia solicitada

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: _____
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____
Nombre Representante Legal: _____
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Email: _____

ANEXO
OFERTA ECONOMICA

ÍTEM	CODIGOS CUPS	DESCRIPCIÓN	PRECIO TECHO UNITARIO INCLUIDO IVA	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO SOBRE EL PRECIO TECHO INCLUIDO IVA
1	870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	**$ 95.000**	
2	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	**$ 84.700**	
3	870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	**$ 84.700**	
4	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	**$ 109.400**	
5	870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS	**$ 109.400**	
6	870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	**$ 109.400**	
7	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	**$ 84.700**	
8	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS	**$ 84.700**	
9	870103	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS	**$ 84.700**	
10	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR	**$ 84.700**	
11	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	**$ 84.700**	
12	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	**$ 84.700**	
13	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	**$ 84.700**	
14	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	**$ 84.700**	
15	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	**$ 84.700**	
16	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	**$ 84.700**	
17	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	**$ 97.800**	
18	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	**$ 97.800**	
19	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	**$ 107.100**	
20	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	**$ 104.800**	**%_____**
21	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR (ESTUDIO DE ESCOLIOSIS)	**$ 176.300**	
22	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	**$ 176.300**	
23	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	**$ 130.700**	
24	871070	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL (al valor de la región agregar)	**$ 47.900**	
25	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	**$ 92.800**	
26	873306	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS MENOR DE 4 años)	**$ 136.900**	
27	873303	RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	**$ 38.300**	
28	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	**$ 101.700**	
29	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	**$ 71.900**	
30	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	**$ 92.800**	
31	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	**$ 80.600**	

32	871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	**$**	**93.900**
33	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	**$**	**108.300**
34	872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	**$**	**143.800**
35	873002	RADIOGRAFÍA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)	**$**	**294.600**
36	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]	**$**	**65.300**
37	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	**$**	**84.700**
38	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	**$**	**65.300**
39	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	**$**	**84.700**
40	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	**$**	**62.800**
41	873123	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES (Agregar al valor del estudio, aplica para 873111,873112,873121,873122,873210)	**$**	**38.300**
42	873202	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	**$**	**65.300**
43	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO (Por lateralidad)	**$**	**84.700**
44	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO (Por lateralidad)	**$**	**65.300**
45	873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA (Por lateralidad)	**$**	**65.300**
46	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO (Por lateralidad)	**$**	**65.300**
47	873302	RADIOGRAFÍA PARA MEDICIÓN DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA]	**$**	**81.000**
48	873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	**$**	**84.700**
49	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	**$**	**84.700**
50	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	**$**	**84.700**
51	873314	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL	**$**	**84.700**
52	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	**$**	**65.300**
53	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)	**$**	**65.300**
54	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	**$**	**65.300**
55	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA (Agregar el valor del estudio código 873411)	**$**	**38.300**
56	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	**$**	**84.700**
57	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR) (Agregar al valor del estudio código 873420)	**$**	**38.300**
58	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL O AXIAL DE RÓTULA	**$**	**97.800**
59	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA) (Por lateralidad)	**$**	**84.700**
60	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES (agregar al valor del estudio) (Aplica	**$**	**38.300**

		para 873312, 873313, 873314, 873333, 873335)	
61	873444	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS) (Agregar al valor del estudio por proyección adicional)	**$ 34.400**
62	879111	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	**$ 744.800**
63	873424	RADIOGRAFIA TANGENCIAL DE ROTULA	**$ 94.200**
64	873426	RADIOGRAFIAS AXIALES DE ROTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES	**$ 34.400**
65	879112	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE	**$ 816.800**
66	879113	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	**$ 835.200**
67	879116	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)	**$ 816.800**
68	879121	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS	**$ 635.000**
69	879122	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	**$ 816.800**
70	879131	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	**$ 816.800**
71	879132	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE	**$ 816.800**
72	879150	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (Bilateral)	**$ 816.800**
73	879161	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO	**$ 692.800**
74	879162	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARÍNGE	**$ 692.800**
75	879201	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS	**$ 692.800**
76	879201	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL	**$ 692.800**
77	879201	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS TORÁCICOS	**$ 692.800**
78	879201	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS LUMBAR Y SACRO	**$ 692.800**
79	879205	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORACICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFIA (CADA SEGMENTO)	**$ 165.900**
80	879301	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX	**$ 774.600**
81	879391	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	**$ 763.600**
82	879410	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	**$ 877.300**
83	879420	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	**$ 1.019.600**
84	879421	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA	**$ 692.800**
85	879430	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC] SIMPLE	**$ 1.019.600**

86	879460	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE PELVIS	**$ 692.800**
87	879510	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	**$ 635.000**
88	879520	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	**$ 635.000**
89	879522	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)	**$ 245.000**
90	879523	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)	**$ 245.000**
91	879901	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VASOS (ANGIOTAC)	**$ 1.540.000**
92	879910	TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	**$ 1.080.100**
93	879920	TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON MODALIDAD DINÁMICA (SECUENCIA RÁPIDA)	**$ 229.600**
94	876801	MAMOGRAFÍA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA	**$ 223.100**
95	876802	MAMOGRAFÍA BILATERAL	**$ 271.800**

MEDIO DE CONTRASTE

ITEM	CODIGOS CUM	CONDICIONES TECNICAS MINIMAS (MEDIOS DE CONTRASTE)	PRECIO TECHO UNITARIO INCLUIDO IVA
1	34342	DIATRIZOATO DE Meglumina (gastroview)	**$ 30,000.00**
2	20060332-1	IOBITRIDOL (endovenoso * 10 Ml)	**$ 30,000.00**
3	228650	IOPAMIDOL (endovenoso * 10 Ml)	**$ 30,000.00**

NOTA 1: Se indica al oferente que el diligenciamiento de este formato corresponde estrictamente a indicar el porcentaje de descuento sobre la totalidad de los ítems descritos en la oferta.
NOTA 2: El porcentaje (%) de descuento ofrecido aplica para el precio techo unitario.
NOTA 3: El oferente deberá informar si valor ofertado incluye o no el IVA, o si está exento
NOTA 4: El valor unitario adjudicado se aproximará a la unidad de peso más cercana.

El proponente:

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: _____
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____
Nombre Representante Legal: _____
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Email: _____

ANEXO
SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Bogotá D.C.,

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

La firma _____se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso **PN RASES No. 1 MIC 027 2023**, durante la vigencia del contrato si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto **PRESTACION DEL SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGÍA, TOMOGRAFÍA, MAMOGRAFÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESPECIALIZADAS DIRIGIDA A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICÍA AMAZONAS**.

EL PROPONENTE:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2023

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Contratación **PN RASES No. 1 MIC 027 2023** que tiene por objeto **LA PRESTACION DEL SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGÍA, TOMOGRAFÍA, MAMOGRAFÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESPECIALIZADAS DIRIGIDA A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICÍA AMAZONAS.**

Apreciados Señores:

El (a) suscrito (a)_____mayor de edad, domiciliado (a) en _____, en atención a la Minima cuantia **PN RASES No. 1 MIC 027 2023**, convocado por la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1** cuyo objeto es **PRESTACION DEL SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGÍA, TOMOGRAFÍA, MAMOGRAFÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESPECIALIZADAS DIRIGIDA A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICÍA AMAZONAS.** manifiesto lo siguiente:

El servicio que se encuentra detalladamente enunciado en la invitación y en el anexo N° 1 y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, 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 las adendas hechos al mismo.

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

3. Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política, Ley 80 de 1993, Decreto 1082 de 2015, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011 y demás normas vigentes que puedan impedir o vicien la presentación de nuestra oferta o la firma del Contrato que pudiera resultar de la eventual adjudicación.

4. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en la invitación y en la Ley, y cualquier omisión, contradicción ó declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.

5. Que nos comprometemos con la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, a prestar los servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados en la invitación, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos y en las condiciones de la carta de presentación de la propuesta.

6. Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características y especificaciones de los servicios que nos obligamos a prestar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los servicios se prestaran a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de la invitación, anexos, formularios y adendas que llegaren a suscribirse.

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

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

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

10. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del contrato que se nos ofrece, conforme al **Anexo 9** “Minuta del Contrato” de la invitación y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del contrato, salvo aquellas modificaciones que determine incluir **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**, por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de las adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación, las que de antemano aceptamos.

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

12. Declaramos bajo juramento, el que se entiende presentado 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.

13. Que me obligo a suministrar a solicitud de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1** cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

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

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

16. Que aceptamos recibir las notificaciones que me sean enviadas vía correo electrónico por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, las cuales recibiré en los siguientes correos electrónicos. 1) _____ 2) _____

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

18. Que la vigencia de la presente oferta es de cuatro (04 meses, contados a partir de la presentación de la misma.

Cordialmente, _____
(Firma del representante legal del proponente)

FORMULARIO

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ FECHA _____

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

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____NIT _____C.C. _____

Dirección: _____ Teléfono_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta Corriente _____

Ahorros _____

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código_____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono_____

Número de la cuenta _____

(Adjuntar certificación bancaria)

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

FORMULARIO

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Mínima Cuantía , Número **PN RASES No. 1 MIC 027 2023** cuyo objeto es: **LA PRESTACION DEL SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGÍA, TOMOGRAFÍA, MAMOGRAFÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESPECIALIZADAS DIRIGIDA A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICÍA AMAZONAS.**
El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal .: domiciliado en Domicio 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), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL - **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**, adelanta un proceso de selección para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: que es interés del proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL - **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1** para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: que siendo del interés del proponente participar en el proceso de selección 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 los siguientes compromisos:

COMPROMISOS ASUMIDOS.

El proponente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:
Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.
Nos comprometemos a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.
El proponente no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,
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;

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

No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.

No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL - **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1** durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

Asimismo, debe tener en cuenta que los acuerdos contrarios a la libre competencia, es decir, aquellos que tengan por objeto la colusión (convenio o contrato hecho en forma fraudulenta o engañosa) en los procesos o los que tengan como efecto la distribución de adjudicaciones de contratos, distribución de concursos o fijación de términos de las propuestas,1 son sancionables por la Superintendencia de Industria y Comercio.

El proponente se compromete a que los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provendrán de actividades ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.

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:

_____

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

NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado.

FORMULARIO
ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS
Proceso de Contratación **PN RASES No. 1 MIC 027 2023**

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2023

Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**
Bogotá

Yo _____ Identificado (a) con cédula de ciudadanía Nro. _____ expedida en _____ certifico que lo que los activos y recursos que conforman el patrimonio de la empresa o establecimiento de comercio (según corresponda) _____ Nit. _____, así como el patrimonio de cada uno de los socios, que se destinaran para el desarrollo del proceso de MIima Cuantia número **PN RASES No. 1 MIC 027 2023** cuyo objeto es **LA PRESTACION DEL SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGÍA, TOMOGRAFÍA, MAMOGRAFÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESPECIALIZADAS DIRIGIDA A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICÍA AMAZONAS**. Provienen de actividades licitas y que no estamos incluidos en listas nacionales o internacionales de lavado de activos.

Manifestación que se entiende prestada bajo la gravedad de juramento.

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

NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado.

FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha.
Señores.
POLICÍA NACIONAL – **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Contratación Directa Número **PN RASES No. 1 MIC 027 2023** cuyo objeto es: **LA PRESTACION DEL SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGÍA, TOMOGRAFÍA, MAMOGRAFÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESPECIALIZADAS DIRIGIDA A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICÍA AMAZONAS**

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal . domiciliado en Domicio 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.

De igual manera en la ejecución del contrato adicional a los requerimientos exigidos para su ejecución, la persona natural o jurídica deberá:

- Cumplir con las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado en el contrato y acorde a la exposición del contratista o subcontratista a los riesgos encontrados en el centro de trabajo donde desarrolla la actividad.
- Participar en las actividades que la Policía Nacional desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.
- Cumplir con el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.
- Conocer y participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por parte de la Policía Nacional y los brigadistas de los centros de trabajo en donde desarrollará las actividades.
- Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.
- Practicarse o practicar a sus trabajadores (según sea el caso), los exámenes médico ocupacionales y complementarios que correspondan, de acuerdo a la actividad contratada y objeto del contrato.

- Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.
- Entregar los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista, efectuando los pagos a la ARL de acuerdo a la clase de riesgo de la actividad desarrollada.

Las personas **jurídicas** deben diligenciar la lista de chequeo que evidencie el cumplimiento a la Resolución 0312 del 2019 "*Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST*, considerando lo siguiente:

1. Estándares mínimos para empresas, empleadores y contratantes con diez (10) o menos trabajadores, clasificadas con riesgo I, II ó III
2. Estándares mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II ó III.
3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III, IV ó V y de cincuenta (50) ó menos trabajadores con riesgo IV ó V.

La verificación al cumplimiento de lo antes descrito será efectuada por el supervisor del contrato.

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

Nota: Este formulario se actualizará por parte de las unidades dueñas de la necesidad en coordinación con el responsable del Sistema de Gestión de SST de la unidad, cada vez que se requiera, de acuerdo con la actualización de la normatividad, política y objetivos del SG-SST de la Policía Nacional

FORMULARIO

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO

Este anexo debe ser diligenciado para todo el personal que conforma el Recurso Humano ofertado,

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO
Ciudad y Fecha:
Nombres y Apellidos:
Cédula de Ciudadanía:
Fecha de Nacimiento:
Nacionalidad:
Profesión:
Universidad:
No Registro Profesional:
Título Obtenido:
Especializaciones:
Tiempo de Experiencia en la Práctica de los Procedimientos Objeto de la Contratación
Tiempo de Servicio en la Institución Oferente:
_____ **Firma del Profesional** _____ **Firma del Representante Legal**

NOTA 1: Es de obligatorio cumplimiento que el oferente anexe para cada uno de los profesionales el respectivo formato de idoneidad del recurso humano, el cual hace parte del cumplimiento de los requisitos habilitantes para la verificación técnica.

NOTA 2: El oferente deberá adjuntar certificación de experiencia mínima de un (1) año de cada profesional.

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO

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 de la presente Contratación que tiene por objeto **LA PRESTACION DEL SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGÍA, TOMOGRAFÍA, MAMOGRAFÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESPECIALIZADAS DIRIGIDA A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICÍA AMAZONAS.**, en las condiciones señaladas en el presente Estudio Previo.

EL PROPONENTE:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Contratación Directa, Número **PN RASES No. 1 MIC 027 2023** cuyo objeto es: **LA PRESTACION DEL SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGÍA, TOMOGRAFÍA, MAMOGRAFÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESPECIALIZADAS DIRIGIDA A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICÍA AMAZONAS**

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 Contratación Directa, para la celebración de un contrato estatal para. **LA PRESTACION DEL SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGÍA, TOMOGRAFÍA, MAMOGRAFÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESPECIALIZADAS DIRIGIDA A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICÍA AMAZONAS.**

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