| ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|
| FORMULARIO No. 1 EXPERIENCIA DEL PROPONENTE | |

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

Referencia: experiencia del proponente del proceso de Elegir la modalidad de contratación., Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

**RELACIÓN DE CONTRATOS CON LOS QUE CUMPLE EXPERIENCIA REGISTRADA EN EL RUP- EXPERIENCIA DEL PROPONENTE.**

| CONSECUTIVO | ENTIDAD CONTRATANTE | FECHA DE INICIO DD/MM/AA | FECHA DE TERMINACIÓN DD/MM/AA | MODALIDAD * | | | % PART | VALOR CONTRATO EXPRESADO EN SALARIOS MÍNIMOS (SMMLV) | FOLIO EN QUE SE ENCUENTRA LA CERTIFICACIÓN PRESENTADA EN LA OFERTA | FOLIO EN QUE SE ENCUENTRA REGISTRADA LA EXPERIENCIA EN EL RUP. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | I | UT | C | | | | |
| 1 | Nombre del contratante | DD/MM/AA | DD/MM/AA | ☐ | ☐ | ☐ | % | 00 | 00 | 00 |
| 2 | Nombre del contratante | DD/MM/AA | DD/MM/AA | ☐ | ☐ | ☐ | % | 00 | 00 | 00 |
| 3 | Nombre del contratante | DD/MM/AA | DD/MM/AA | ☐ | ☐ | ☐ | % | 00 | 00 | 00 |
| 4 | Nombre del contratante | DD/MM/AA | DD/MM/AA | ☐ | ☐ | ☐ | % | 00 | 00 | 00 |
| 5 | Nombre del contratante | DD/MM/AA | DD/MM/AA | ☐ | ☐ | ☐ | % | 00 | 00 | 00 |
| TOTAL | | | | | | | | 00 | | |

*** I: INDIVIDUAL, UT: UNIÓN TEMPORAL, C: CONSORCIO**

**Nota**: el diligenciamineto del presente formulario se hará conforme a las condiciones establacidas en el pliego de condiciones definitivo publicado por la entidad

_____
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

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Elegir la modalidad de contratación., Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

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

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Elegir la modalidad de contratación. Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

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

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Elegir la modalidad de contratación., Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

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 - DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA, 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 - DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA 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 LA UNIDAD EJECUTORA, 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 - UNIDAD EJECUTORA 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.

[1] Decreto *2153* de 1992, Arts. 44 y 47.

| ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|
| **FORMULARIO No. 5 CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA** | |

Montería, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.6
Ciudad.

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso **,** que tiene por objeto la "PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE GASTROENTEROLOGIA, COLOPROCTOLOGIA, Y HEPATOLOGIA EN LAS AREAS DE CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y QUIRURGICOS DERIVADOS DE DICHA ATENCION, PARA LOS USUARIOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA. Yo _____ identificado con la cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma _____ identificada con el Nit. No. _____, me permito presentar propuesta seria y formal para participar en el proceso **,** que tiene por objeto la "PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE GASTROENTEROLOGIA, COLOPROCTOLOGIA, Y HEPATOLOGIA EN LAS AREAS DE CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y QUIRURGICOS DERIVADOS DE DICHA ATENCION, PARA LOS USUARIOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA.. 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 el pliego de condiciones**"** 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 del pliego de condiciones y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de las adendas hechos al mismo.
2) Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
3) Que ni el representante legal o apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.
4) Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.
5) El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la POLICÍA NACIONAL de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones.
6) Que me obligo a suministrar a solicitud de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 6,** 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 siguiente dirección: Teléfono:

9) 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. _____a nombre _____.
10) Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
11) El plazo de ejecución del contrato que se derive del presente proceso, se inicia a partir de la aprobación de la garantía única.
12) Que la vigencia de la presente oferta es de sesenta (60) días calendario contados a partir de la presentación de la misma.
13) Que el valor del descuento de nuestra propuesta es por _____ % (porcentaje de descuento)

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

| ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|
| **FORMULARIO No. 6 OFERTA ECONOMICA** | |

Montería, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.6
Envigado

Ref.: Proceso de _____ No. _____, que tiene por objeto la "PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE GASTROENTEROLOGIA, COLOPROCTOLOGIA, Y HEPATOLOGIA EN LAS AREAS DE CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y QUIRURGICOS DERIVADOS DE DICHA ATENCION, PARA LOS USUARIOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA..

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma _____ identificada con el Nit. No. _____, presento a continuación mi oferta económica para el proceso de contratación No. _____ así:

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CODIGOS CUPS | PRECIO TECHO | VALOR A OFERTAR |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ESOFAGOSCOPIA VÍA ORAL EXPLORATORIA O DIAGNOSTICA | 422003 | 452.092 | |
| 2 | POLIPECTOMÍA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA | 423301 | 430.000 | |
| 3 | CONTROL DE HEMORRAGIA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA | 423302 | 480.000 | |
| 4 | LIGADURA DE VÁRICES ESOFÁGICAS VÍA ENDOSCÓPICA (INCLUYE KIT DE LIGADURA) | 423305 | 1.227.000 | |
| 5 | INSERCIÓN DE TUBO O PRÓTESIS (STENT) PERMANENTE EN ESÓFAGO (INCLUYE STENT) | 428100 | 2.086.000 | |
| 6 | DILATACIÓN ESOFÁGICA CON DISPOSITIVO | 429209 | 645.141 | |
| 7 | EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO | 429405 | 1.400.000 | |
| 8 | REPOSICIONAMIENTO DE DISPOSITIVO EN ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA | 429601 | 1.073.947 | |
| 9 | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO EN ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA | 429602 | 1.073.947 | |
| 10 | GASTROSTOMÍA PERCUTANEA [ENDOSCOPICA] SOD (INCLUYE KIT) | 431002 | 1.660.000 | |
| 11 | ESCISIÓN PÓLIPOS GÁSTRICOS VÍA ENDOSCÓPICA | 434001 | 1.681.545 | |
| 12 | CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA GÁSTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA | 434102 | 430.000 | |
| 13 | MUCOSECTOMÍA ENDOSCÓPICA GÁSTRICA | 434500 | 635.000 | |
| 14 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) CON O SIN BIOPSIA | 441302 | 660.000 | |
| 15 | MARCACIÓN DE LESIÓN EN ESÓFAGO, ESTOMAGO O DUODENO VÍA ENDOSCÓPICA | 441304 | 825.850 | |
| 16 | DILATACIÓN DE PÍLORO VÍA ENDOSCÓPICA | 442201 | 825.850 | |
| 17 | CONTROL DE HEMORRAGIA GÁSTRICA O DUODENAL CON DISPOSITIVO VÍA ENDOSCÓPICA | 444305 | 737.566 | |
| 18 | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAGASTRICO RESTRICTIVO POR ENDOSCOPIA | 449402 | 1.073.000 | |
| 19 | COLONOSCOPIA TOTAL | 452301 | 730.000 | |
| 20 | MARCACIÓN DE LESIÓN EN COLON VÍA ENDOSCOPIA | 452304 | 1.073.000 | |
| 21 | DILATACIÓN NEUMÁTICA DE COLON POR COLONOSCOPIA | 468501 | 1.073.000 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 22 | COLOCACIÓN DE STENT COLONICO | 468020 | 1.286.712 | |
| 23 | SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RÍGIDA | 452401 | 210.000 | |
| 24 | BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO ESCALONADA VÍA ENDOSCÓPICA (10 O MÁS) | 452502 | 1.053.665 | |
| 25 | CONTROL DE HEMORRAGIA DE COLÓN O RECTO VÍA ENDOSCOPIA | 454203 | 830.000 | |
| 26 | MUCOSECTOMÍA DE COLON O RECTO VÍA ENDOSCÓPICA | 454205 | 500.000 | |
| 27 | RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (1-3) | 454207 | 500.000 | |
| 28 | RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (4-10) | 454208 | 500.000 | |
| 29 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA | 890253 | 170.000 | |
| 30 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA | 890246 | 90.000 | |
| 31 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA | 890247 | 110.000 | |
| 32 | PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MÉDICO ESPECIALIZADO Y CASO (PACIENTE) | 890502 | 94.430 | |
| 33 | PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD Y CASO (PACIENTE) | 890503 | 94.430 | |
| 34 | FIBROSCAN- ELASTOGRAFIA | 881703 | 950.000 | |
| 35 | PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA HELICOBACTER PILORY (TEST DE ALIENTO) INCLUYE KIT | 903043 | 200.000 | |
| 36 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA | 890241 | 200.000 | |
| 37 | BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO ESCALONADA VÍA ENDOSCÓPICA (10 O MÁS) | 489301 | 737.566 | |
| 38 | RESECCION DE HEMORROIDES INTERNAS | 494004 | 2.300.000 | |
| 39 | RESECCION DE HEMORROIDES EXTERNAS | 494005 | 1.900.000 | |
| 40 | EVACUACION EN HEMORROIDES TROMBOSADAS | 494701 | 1.700.000 | |
| 41 | RESECCION DE LESION O TUMOR RECTAL ABORDAJE TRANS ANAL VIA ABIERTA | 486701 | 3.500.000 | |
| 42 | CORRECION DE PROLAPSO POR RESECCION DE PROCIDENCIA RECTAL CON ANASTOMOSIS VIA PERINEAL (PPH) (INCLUYE LA SUTURA MECANICA ) | 487602 | 6.144.279 | |
| 43 | ESFINTEROTOMIA ANAL VIA ABIERTA | 495001 | 1.700.000 | |
| 44 | RESECCION QUISTE PILONIDAL | 862103 | 2.000.000 | |
| 45 | INSICION TABIQUE ANAL | 499100 | 1.500.000 | |
| 46 | ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIANAL | 490400 | 1.500.000 | |
| 47 | DRENAJE DE ABSCESO PERIANAL | 490200 | 1.800.000 | |
| 48 | LIGADURA DE HEMORROIDE INCLUYE DERECHOS DE SALA, ANESTESIA Y HMQ | 494001 | 1.400.000 | |
| 49 | MONITOREO DE PH ESOFAGICO EN 24 HORAS (PHMETRIA) | 893905 | 1.250.000 | |
| 50 | MANOMETRIA ESOFAGICA SIN IMPEDANCIOMETRIA | 893201 | 1.200.000 | |
| 51 | ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO | 898201 | 94.860 | |
| 52 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA | 890226 | 80.000 | |
| 53 | BIOPSIA DE TEJIDO PERIANAL SOD | 492200 | 492.310 | |
| 54 | BIOPSIA DE ANO SOD | 492300 | 492.310 | |
| 55 | ABLACIÓN DE HEMORROIDES POR CRIOTERAPIA SOD | 494400 | 500.000 | |
| 56 | CAUTERIZACIÓN DE HEMORROIDES SOD | 494300 | 499.206 | |
| 57 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA | 890341 | 200.000 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 58 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA | 890346 | 80.000 | |
| 59 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA | 890347 | 100.000 | |
| 60 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA | 890353 | 170.000 | |

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

| ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|
| **FORMULARIO No. 7 CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES** | |

Montería, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.6
Envigado

Ref:: Proceso de _____ No. _____, que tiene por objeto la "PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE GASTROENTEROLOGIA, COLOPROCTOLOGIA, Y HEPATOLOGIA EN LAS AREAS DE CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y QUIRURGICOS DERIVADOS DE DICHA ATENCION, PARA LOS USUARIOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA..

Yo _____, identificado con la cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____ representante legal de la Empresa_____ con Nit. No. _____ manifiesto bajo la gravedad del juramento, que hemos cumplido con las obligaciones parafiscales señaladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002,durante los seis meses anteriores a la fecha de firma de la presente certificación, por tanto nos encontramos a Paz y Salvo por conceptos de pago a las entidades promotoras de salud, fondo de pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales (Cajas de compensación familiar, SENA, ICBF) según consta en la última planilla de pago No. _____ que se efectúa por medio de la entidad _____ y nos comprometemos a cumplir con dicha obligación durante la vigencia del contratado cuyo objeto es _____.

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

| ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|
| **FORMULARIO No. 9 CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PERSONA JURÍDICA** | |

Montería, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.6
Envigado

Ref:: Proceso de _____ No. _____, que tiene por objeto la "PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE GASTROENTEROLOGIA, COLOPROCTOLOGIA, Y HEPATOLOGIA EN LAS AREAS DE CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y QUIRURGICOS DERIVADOS DE DICHA ATENCION, PARA LOS USUARIOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA.

Yo _____, identificado con la cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, representante legal de la Empresa_____ con Nit. No. _____ manifiesto bajo la gravedad del juramento, que ni yo ni la empresa a la cual represento nos encontramos incursos dentro de las causales de inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Constitución Nacional, en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia, que tampoco me hallo o hallamos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado **(POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 6).** En especial, que no aparezco o aparecemos reportados en el Boletín de Responsables Fiscales vigente expedido por la Contraloría General de la Republica, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con el numeral 4 del artículo 38 de la ley 734 de 2002.

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

| ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|
| **FORMULARIO No. 9 FORMATO REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS** | |

| Código: 2GS-FR-0003<br>Fecha: 07/01/2023<br>Versión: 4 | **GESTIÓN PRESTACIÓN SERVICIOS DE SALUD**<br>**REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS** | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|---|

*El reporte de eventos que usted va a realizar nos permite identificar riesgos y situaciones que ayudarán a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes dentro del Programa de Seguridad del Paciente*

| **ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL:** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE NOTIFICACIÓN** | DD | MM | AA | **CÓDIGO DE REPORTE:** | |

**ATENCIÓN:** Los campos identificados con el PUNTO NEGRO corresponden a la mínima información necesaria para que el evento pueda ser evaluado y por tanto deben ser diligenciados en su totalidad

**I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

| **1. NOMBRES Y APELLIDOS** | • | **2. HISTORIA CLÍNICA** | • |
|---|---|---|---|
| | | | |

| **3. DIAGNÓSTICO** | **4. EDAD** | **5. SEXO** | | **6. HABITACIÓN** |
|---|---|---|---|---|
| | | **F** | **M** | |

| **7. MÉDICO TRATANTE:** | |
|---|---|

**II. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO**

| **8. FECHA OCURRENCIA** | | | **9. HORA** | | | **10. ÁMBITO DE OCURRENCIA** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DD | MM | AA | | **am** | **pm** | Ambulatorio | Hospitalario | Urgencias | Procedimientos diagnósticos |

| **11. NOMBRE DEL SERVICIO:** | |
|---|---|

**12. DESCRIPCIÓN**

**ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS**

# FORMULARIO No. 9 FORMATO REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

**POLICÍA NACIONAL**

| **13. TIPO DE EVENTO** | ADVERSO | INCIDENTE | COMPLICACIÓN | **14. SEVERIDAD DEL EVENTO** | SEVERO | MODERADO | LEVE | NO DAÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Evento adverso:** Todo daño al paciente que se produce de manera no intencional y es atribuible a la atención en salud.

**Incidente:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención de salud de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

**Complicación:** Daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad, o a las condiciones propias del paciente.

**III. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS:** (Diligencie este campo cuando el evento este relacionado con los medicamentos o dispositivos médicos. Marque **M** para el caso de Medicamentos y **DM** para el caso de dispositivo médico)

| **M** | **DM** | **15. NOMBRE** | • | **16. DOSIS/RÉGIMEN/VÍA** | **17. LOTE** | **18. REFERENCIA/MODE** | **19. SERIE** | **20. FABRICANTE** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

**IV. INFORMACIÓN DEL REPORTANTE**

| **21. NOMBRES Y APELLIDOS** | **22. CARGO** | **23. SERVICIO** |
|---|---|---|
| | | |

**V. ANÁLISIS DE CAUSAS**

**PACIENTE Y FAMILIA**

* Condiciones anatómicas y psicológicas del paciente.
* No acatamiento de normas de seguridad del hospital.
* Poca colaboración del paciente
* Suministro de información insuficiente sobre antecedentes

**MÉTODOS Y PROCESOS**

* No existen procesos para el desarrollo de la tarea.
* Etapas del proceso poco claras o definidas.
* No se dispone de protocolos o estándares.
* Los protocolo y estándares no están

**MEDIO AMBIENTE ENTORNO HOSPITALARIO**

* Congestión, desorden, falta de espacio.
* Temperatura, luz, humedad, ruido
* Falta de suministro de agua, energía, aire, etc.
* Estructura y diseño de las

**EVENTO PRESENTADO**

**MEDICAMENTOS , DISPOSITIVOS MÉDICOS (MÉDICO QUIRÚRGICO, EQUIPOS BIOMÉDICOS, REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO)**

* Preparación o acondicionamiento
*Productos defectuosos
*Claridad en etiquetas o instructivos.
*Falta de funcionamiento.
*No disponibilidad

**MANO DE OBRA (FACTOR HUMANO)**

*Decisiones erradas
*Personal insuficiente
*Lapsus o distracciones
*Falta de conocimiento y entrenamiento
*Incumplimiento de normas y procedimientos de trabajo
*Errores en el manejo del sistema de información
*Exceso de confianza

**OTRAS CAUSAS**

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

**VI. PLAN DE INTERVENCIÓN**

| **CAUSA IDENTIFICADA** | **QUÉ HACER** | **QUIÉN** | **CUÁNDO** | | | **VERIFICACIÓN** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | DD | MM | AAAA | DD | | AAAA |
| | | | DD | MM | AAAA | DD | | AAAA |
| | | | DD | MM | AAAA | DD | | AAAA |
| | | | DD | MM | AAAA | DD | | AAAA |

**VII. VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE INTERVENCIÓN Y CIERRE DEL REPORTE**

| **Fecha de verificación** | | | **Jefe del área** | **Responsable Seguridad del Paciente** |
|---|---|---|---|---|
| DD | MM | AAAA | | |

El oferente deberá elaborar o constituir y aportar junto con su propuesta un archivo en Word o Excel, al cual denominará como **Anexo Portafolio de Servicios y/o Tarifas Propias**. En este anexo detallará la tarifa global que oferta para aquellos procedimientos que pertenezcan al portafolio de servicios del oferente con INCLUCIONES Y EXCLUSIONES.

**NOTA: los ítems que hagan parte del formato de oferta económica no podrán estar en el anexo portafolio de servicio con una tarifa superior al formato de oferta presentado por el oferente, de lo contrario se tomara la tarifa más económica entre los dos conceptos mencionados en esta nota (formato de oferta y portafolio de servicios).**

De igual manera en el presente anexo se relacionan los servicios de modalidad paquete que oferta el oferente, discriminando los servicios que incluye y excluye). Igualmente deben relacionarlos en columna código, columna nombre del procedimiento, columna de precio en pesos y columna de actividades incluidas y excluidas.

Quedando claro que la aceptación de los servicios con valores propios e institucionales antes de ser autorizados, el Jefe de Referencia y Contrareferencia de RASES N°6, avalaran su pertinencia y viabilidad para la autorización. Los cuales se encargarán de velar y verificar que los servicios solicitados estén ofertados en valores promedios en el mercado, con el fin de evitar un detrimento patrimonial, para lo cual dará la autorización por escrito enviando cotización y estudio de mercado como soporte para la viabilidad del servicio que se requiera.

| ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS | |
|---|---|
| **FORMULARIO No. 11 DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS** | **POLICÍA NACIONAL** |

La Policía Nacional considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que este implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, _____ Identificado con la cedula de ciudadanía No. _____, con domicilio en_____, de la empresa_____ , cargo_____, en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato No_____ me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:
Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina de Telemática de la unidad donde se preste el servicio, o a quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT "*Computer Security Incident Response Team"*.

Esta declaración comienza *con* la firma del contrato o convenio o acuerdo y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo, manteniéndose inclusive durante las prórrogas sin necesidad de firmar una nueva declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información.

Así mismo, si el contrato, convenio u acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio u acuerdo, pero con el mismo objeto del contrato, convenio u acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

**CONFIDENCIALIDAD**

· EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones.

· EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual y/o acuerdo y/o convenio.

· La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información. por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.

· Si una orden judicial obligara al EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a la POLICIA NACIONAL de modo que la POLICIA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.

· El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.

· El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material confidencial que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.

· El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación contractual o laboral.

- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

**RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO Y/O ACUERDO.**

El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL, son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.

El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material confidencial, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

**ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN**, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado las políticas de seguridad de la información que se encuentran en el 1DT- MA- 0001 Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento. Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en _____**,** a los _____ (__) días del mes de _____ del año 20_____.

**EL CONTRATISTA O TERCERO**

Firma: _____

Identificación _____

Empresa: _____

Cargo: _____

| ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS | |
|---|---|
| **FORMULARIO No. 12 CERTIFICADO DE NO ESTAR REPORTADO EN LA PÁGINA DE REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)** | **POLICÍA NACIONAL** |

Envigado, Antioquia. ____de _____ 2023.

Señores
**POLICÍA NACIONAL**
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº6
Carrera 43a 48 c sur – 45
Envigado - Antioquia.

Ref.: Proceso №. _____, que tiene por objeto la Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como _____ en la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº6**

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° _____expedida en _____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que no me encuentro incursos dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad legal establecidas en el artículo № 6 de la ley 2097 del 2021 y que tampoco me hallo en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado (POLICÍA NACIONAL –REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº6 ). En especial, que no aparezco reportado en la página de Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM) reglamentado por la Ley 2097 de 2021 *"por medio de la cual se crea el registro de deudores alimentarios morosos (redam) y se dictan otras disposiciones".*

Atentamente,

**NOMBRE:**
**C.C:**
**DIRECCIÓN:**
**TELEFONO:**
**EMAIL:**

_____
**FIRMA**

| ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|
| **FORMULARIO No. 13 AUTORIZACIÓN CONSULTA EN LA PÁGINA DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL, SI ME ENCUENTRO INHABILITADO POR HABER SIDO CONDENADO POR DELITOS SEXUALES CONTRA MENORES.** | |

## AUTORIZACION

Yo,_____, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio del presente escrito, autorizo a la Unidad Prestadora de Salud Córdoba para que en cumplimiento a lo establecido en el Decreto número 753 de 2019, “Por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018 'por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones” consulte en la página de la Dirección de Investigación Criminal e INTERPOL, si me encuentro inhabilitado por haber sido condenado por delitos sexuales contra menores.

Lo anterior en cumplimiento al parágrafo 2 del artículo 2 del citado decreto que indica:

ARTICULO 2. **Entidades públicas y privadas obligadas a consultar el certificado de inhabilidades por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes**. El ICBF, en el marco de sus competencias constitucionales y legales y de acuerdo con la definición efectuada en el artículo anterior, sobre los cargos, oficios o profesiones que involucran una relación directa y habitual con niños, niñas y adolescentes, autoriza a las entidades públicas y privadas a consultar en línea el registro de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra los mismos, en los procesos de selección de su personal, en aquellos empleos que se desarrollen en los ámbitos educativos, recreacionales, de cuidado, protección, asistencia, salud, nutrición, bienestar, cultura, religioso, seguridad, entre otros, en cuyo ejercicio impliquen un trato directo y habitual con menores de edad.
Parágrafo 2. Será responsabilidad de las entidades públicas y privadas obligadas a consultar el registro de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra niños, niñas y adolescentes, obtener la autorización previa, expresa y escrita del aspirante al cargo, u oficio, la cual deberá reposar dentro de la documentación correspondiente al proceso de selección dirigido a su vinculación laboral, contractual o reglamentaria, según el caso.

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

| ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|
| **FORMULARIO No. 14 CARTA DE SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS** | |

Envigado, Antioquia. ____de _____ 2023.

Señores
**POLICÍA NACIONAL**
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº6
Carrera 43a 48 c sur – 45
Envigado - Antioquia.

Ref.: Proceso de _____ No. _____, que tiene por objeto la "PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE GASTROENTEROLOGIA, COLOPROCTOLOGIA, Y HEPATOLOGIA EN LAS AREAS DE CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y QUIRURGICOS DERIVADOS DE DICHA ATENCION, PARA LOS USUARIOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA..

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma _____ identificada con el Nit. No. _____, manifiesto bajo la gravedad del juramento, que me comprometo a sostener los precios y/o tarifas ofertadas dentro del proceso _____, durante la vigencia del contrato y las eventuales adiciones si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto la "PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE GASTROENTEROLOGIA, COLOPROCTOLOGIA, Y HEPATOLOGIA EN LAS AREAS DE CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y QUIRURGICOS DERIVADOS DE DICHA ATENCION, PARA LOS USUARIOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA..

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

| ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|
| **FORMULARIO No. 15 INTEGRIDAD DE PRECIOS** | |

Señores
**POLICÍA NACIONAL**
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº6
Carrera 43a 48 c sur – 45
Envigado - Antioquia.

Ref.: Proceso de _____ No. _____, que tiene por objeto la "PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE GASTROENTEROLOGIA, COLOPROCTOLOGIA, Y HEPATOLOGIA EN LAS AREAS DE CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y QUIRURGICOS DERIVADOS DE DICHA ATENCION, PARA LOS USUARIOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA..

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma _____ identificada con el Nit. No. _____, manifiesto bajo la gravedad del juramento, que me comprometo que no se realizaran reajustes ni cobros adicionales ofertados dentro del proceso _____, durante la vigencia del contrato y las eventuales adiciones si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto la "PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE GASTROENTEROLOGIA, COLOPROCTOLOGIA, Y HEPATOLOGIA EN LAS AREAS DE CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y QUIRURGICOS DERIVADOS DE DICHA ATENCION, PARA LOS USUARIOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA.

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

| ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|
| **FORMULARIO No.16 DATOS BASICOS BENEFICIARIO DE CUENTA** | |

**CIUDAD** _____ **FECHA** _____

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

APERTURA _____ CANCELACIÓN _____

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

Entidad o beneficiario _____ NIT _____
_____ Y/O
_____ C.C. _____

Dirección _____ Teléfono _____Fax_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta **Corriente** _____

**Ahorros** _____

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

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

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (____)

**II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:**

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal
_____Código_____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono_____
Fax_____

Número de la cuenta _____

Denominación de la cuenta Corriente _____
Ahorros _____

(Adjuntar certificación bancaria)

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
**POLICÍA NACIONAL**
**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 6**
Carrera 43A No. 48Csur-45 Barrio Primavera
Envigado -

Referencia: Certificado origen lícito de recursos del proceso de contratación de Mínima Cuantía **PN RASES 6 DECOR MIC 180-2023,** que tiene por objeto la **"**PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE GASTROENTEROLOGIA, COLOPROCTOLOGIA, Y HEPATOLOGIA EN LAS AREAS DE CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y QUIRURGICOS DERIVADOS DE DICHA ATENCION, PARA LOS USUARIOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA.
Yo _____ identificado con la cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma _____ identificada con el Nit. No. _____, manifiesto bajo la gravedad del juramento, que los activos y recursos que conforman mi patrimonio, así como el patrimonio de cada uno de los socios, que se emplearan para el desarrollo del contrato que se llegare a celebrar, provienen de actividades licitas y que no estamos incluidos en listas nacionales o internacionales de lavado de activos.

Atentamente,

**NOMBRE DEL PROPONENTE:**
**NIT O C.C:**
**NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:**
**C.C: EXPEDIDA:**
**DIRECCIÓN:**
**TELEFONO:**
**EMAIL:**

_____

**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**