| ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|
| FORMULARIO EXPERIENCIA DEL PROPONENTE | |

Bogotá D.C., seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL
Ciudad.

Referencia: experiencia del proponente del proceso de Selección Abreviada con subasta Inversa, Número PN HOCEN SA 029 2023 cuyo objeto es: **"SUMINISTRO DE INSUMOS DESECHABLES PARA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL ENTERAL Y PARENTERAL PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL".**

**RELACIÓN DE CONTRATOS CON LOS QUE CUMPLE EXPERIENCIA - 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 diligenciamiento del presente formulario se hará conforme al Anexo Condiciones Técnicas del presente estudio previo.

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

| ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS | |
|---|---|
| **FORMULARIO CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS PARA ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIA PROPONENTE EXTRANJERO SIN SUCURSAL O DOMICILIO EN COLOMBIA** | **POLICÍA NACIONAL** |

Bogotá D.C.,

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL
Ciudad.

Referencia: Certificación de contratos para acreditación de experiencia proponente extranjero sin sucursal o domicilio en Colombia, del proceso de Selección Abreviada con subasta Inversa, Número PN HOCEN SA 029 2023 cuyo objeto es el **SUMINISTRO DE INSUMOS DESECHABLES PARA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL ENTERAL Y PARENTERAL PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL.**

| **Contratos relacionados con la actividad de estudios en Moneda del País de Origen (A)** | **Contratos relacionados con la actividad estudios y diseños convertidos a Moneda Legal Colombiana (B)** | **Participación porcentual del proponente en el contratista plural (C)** | **Valor en pesos colombianos de los contratos ejecutados (valor del contrato ponderado por la participación) (D) (B * C) = D** |
|---|---|---|---|
| Contrato | contrato | contrato | contrato |
| Contrato | contrato | contrato | contrato |
| Contrato | contrato | contrato | contrato |
| Contrato | contrato | contrato | contrato |
| Contrato | contrato | contrato | contrato |
| Total | | Contrato | 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

_____
**Firma del Contador público y/o Revisor fiscal**
Nombre: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Cargo: Diligenciar cargo
Número de la Tarjeta Profesional: Diligenciar el número de la tarjeta profesional

**NOTA:** los representantes de los integrantes del Oferente plural deben suscribir cada uno el presente documento

| ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|
| FORMULARIO CLASIFICACIÓN PROPONENTE EXTRANJERO. | |

Bogotá D.C,

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL
Ciudad.

Referencia: Clasificación del proponente extranjero de Selección Abreviada con subasta Inversa, Número PN HOCEN SA 029 2023 cuyo objeto es el **"SUMINISTRO DE INSUMOS DESECHABLES PARA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL ENTERAL Y PARENTERAL PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL".**

El suscrito declaro bajo gravedad de juramento acorde a la actividad comercial desarrollada, o al objeto social de la empresa que represento, que me encuentro facultado para ejercer las actividades comerciales propias a cada actividad, especialidad y grupo descrito en el pliego de condiciones "Clasificación en el Registro Único de Proponentes", así

| SEGMENTO | FAMILIAS | CLASES |
|---|---|---|
| Segmento | Familia | Clases |

Autorizo a la Unidad Ejecutora de la Policía Nacional para verificar la información suministrada.

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 ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD | |

Bogotá D.C,

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL
Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Selección Abreviada con subasta Inversa, (Número PN HOCEN SA 029 2023) cuyo objeto es: **"SUMINISTRO DE INSUMOS DESECHABLES PARA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL ENTERAL Y PARENTERAL PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL".** 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 Selección Abreviada con Subasta Inversa, para la celebración de un contrato estatal para **ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL ENTERAL Y PARENTERAL PARA EL HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL.**

**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 el **POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE 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 – DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE 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 – DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL 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 – DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL 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 la **POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL 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

| ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|
| FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | |

Bogotá D.C.,
Señores.
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Selección Abreviada con subasta Inversa Número PN HOCEN SA 029 2023 cuyo objeto es **"SUMINISTRO DE INSUMOS DESECHABLES PARA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL ENTERAL Y PARENTERAL PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL".**

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 de la presente carta de aceptación y de las instalaciones policiales en donde cumpla el objeto contractual.

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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL haya considerado en la carta de aceptación 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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA 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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA 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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución del suministro contratado.

- 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 clasificados con riesgo I, II ó III.

3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificados 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:

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

Bogotá D.C.,

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL
Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Selección Abreviada con subasta Inversa, Número PN HOCEN SA 029 2023 cuyo objeto es: **"SUMINISTRO DE INSUMOS DESECHABLES PARA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL ENTERAL Y PARENTERAL PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL".**
PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL, 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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL 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 del DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL, 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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL 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 CERTIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD FINANCIERA | |

Bogotá D.C.,

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL
Ciudad.

Referencia: Cuadro de capacidad financiera del proceso de Selección Abreviada con subasta Inversa, PN HOCEN SA 029 2023 cuyo objeto es: **"SUMINISTRO DE INSUMOS DESECHABLES PARA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL ENTERAL Y PARENTERAL PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL".**

El futuro contratista deberá diligenciar el presente formulario, y adjuntarlo a la plataforma SECOP II, con la información de capacidad financiera y organizacional, requerida para el presente proceso, la cual será verificada por el comité evaluador según lo establecido en el Capítulo I. ASPECTOS GENERALES del Estudio y Documentos Previos, numeral 4.3.1- Evaluación Económica, del Estudio y Documentos Previos.

| PROPONENTE | ACTIVO CORRIENTE | ACTIVO TOTAL | PASIVO CORRIENTE | PASIVO TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| | **$20XX**-000.000.000,00 | **$20XX**-000.000.000,00 | **$20XX**-000.000.000,00 | **$20XX**-000.000.000,00 |
| | **$20XX**-000.000.000,00 | **$20XX**-000.000.000,00 | **$20XX**-000.000.000,00 | **$20XX**-000.000.000,00 |
| | **$20XX**-000.000.000,00 | **$20XX**-000.000.000,00 | **$20XX**-000.000.000,00 | **$20XX**-000.000.000,00 |

| PROPONENTE | UTILIDAD OPERACIONAL | GASTOS DE INTERESES | PATRIMONIO |
|---|---|---|---|
| | **$20XX**-000.000.000,00 | **$20XX**-000.000.000,00 | **$20XX**-000.000.000,00 |
| | **$20XX**-000.000.000,00 | **$20XX**-000.000.000,00 | **$20XX**-000.000.000,00 |
| | **$20XX**-000.000.000,00 | **$20XX**-000.000.000,00 | **$20XX**-000.000.000,00 |

Para el diligenciamiento del siguiente cuadro, en el caso de proponentes extranjeros, deberán realizar la conversión de la moneda según corresponda al país, a dólares y posteriormente a pesos colombianos.

| Proponente | Liquidez | Nivel de endeudamiento | Capital de trabajo | Razón de cobertura de intereses | Rentabilidad del patrimonio | Rentabilidad del activo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del proponente | Activo corriente sobre pasivo corriente | Pasivo total sobre activo total | Activo corriente menos pasivo corriente | Utilidad operacional dividida por los gastos de intereses | Utilidad operacional dividida por el patrimonio | Utilidad operacional dividida por el activo total |
| RESULTADO | % | % | % | % | % | % |

Declaramos bajo la gravedad de juramento, comprometiendo nuestra responsabilidad personal y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, corresponde única y exclusivamente a la entidad que representamos.

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

_____
Firma del Contador público y/o Revisor fiscal
Nombre: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Cargo: Diligenciar cargo
Número de la Tarjeta Profesional: Diligenciar el número de la tarjeta profesional

Bogotá D.C.,

Señores.
**POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL**
Ciudad.

Referencia: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS Diligenciar el cargo a desempeñar para el proceso de Selección Abreviada con subasta Inversa, PN HOCEN SA 029 2023 cuyo objeto es **"SUMINISTRO DE INSUMOS DESECHABLES PARA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL ENTERAL Y PARENTERAL PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL".**La POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA 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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA 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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA 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 _____convenio _____ acuerdo_____ No._____ del _____, me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA 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 aceptación 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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA 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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA 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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA 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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA 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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA 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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL o de sus funcionarios.

**RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DE LA CARTA DE ACEPTACION Y/O CONVENIO Y/O ACUERDO.**

El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA 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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA 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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA 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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA 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 - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA 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.

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

Bogotá D.C.,

Señores.
**POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL**
Ciudad.

Referencia: Origen Licito de los Recursos para el proceso de Selección Abreviada con subasta Inversa, PN HOCEN SA 029 2023 objeto es **"SUMINISTRO DE INSUMOS DESECHABLES PARA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL ENTERAL Y PARENTERAL PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL".**

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 presente proceso**,** 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

Bogotá D.C.,

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL
Ciudad.

Referencia: Carta de presentación de la Propuesta para el proceso de Selección Abreviada con subasta Inversa, Número PN HOCEN SA 029 2023 cuyo objeto es **"SUMINISTRO DE INSUMOS DESECHABLES PARA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL ENTERAL Y PARENTERAL PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL".**

Yo (Nombre) (s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de (Calidad en la que actúa el(los) firmante(s) de la propuesta; si el(los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste (éstos) deberá(n) suscribirlo. Si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una Unión Temporal o de un Consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el Representante Legal de la misma), de conformidad con lo establecido en el (En el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de Unión Temporal o Consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás), me permito presentar, en nombre de (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), propuesta seria y formal para participar en el proceso de **SELECCIÓN ABREVIADA – SUBASTA INVERSA - Número PN HOCEN SA 029 2023** convocado por la **POLICA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD – HOSPITAL CENTRAL**, conforme a la información suministrada en los términos establecidos en el Pliego de Condiciones, Estudio Previo, Anexos y formularios, que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, 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.

El objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en el pliego de condiciones, Estudio previo, Anexos y Formularios 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 Estudio Previo Anexos y Formularios, pliego de condiciones, así como el de cada uno de las adendas hechas 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 y la ley aplicable.
4. Que el proponente, en este caso (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), está compuesto por las siguientes personas, y que el nombre de su representante legal, dirección, teléfono y fax son los siguientes: (Información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; Si se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente)
5. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en el Pliego de Condiciones, Estudio Previo, Anexos y formularios 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.
6. Que nos comprometemos a proveer a la **POLICA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD – HOSPITAL CENTRAL** Unidad Ejecutora, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, los insumos ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados en el Pliego de Condiciones, Estudio Previo, Anexos y formularios y en la Ley, para el proceso de Selección Abreviada con subasta Inversa, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en los mismos, y en las condiciones allegada a esa entidad a través de la presente carta de presentación.
7. Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características, funcionalidades y especificaciones de los insumos ofrecidos, 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 el servicio que se prestará a la **POLICA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD – HOSPITAL CENTRAL**, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de en el Pliego de Condiciones, Estudio Previo, Anexos, formularios y adendas que llegaren a suscribirse.

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 **POLICA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD – HOSPITAL CENTRAL**, ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia ó visita efectuada a las instalaciones en las cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del contrato, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.
10. Reconocemos que ni el Pliego de Condiciones, Estudio Previo Anexos y Formularios, del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del 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.
11. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del contrato de la Oferta que se nos ofrece, conforme al Pliego de Condiciones, Estudio Previo Anexos y Formularios y nos comprometemos a suscribirla 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 la **POLICA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD – HOSPITAL CENTRAL**, por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de los adendas que se expidan dentro del referido proceso de selección, las que de antemano aceptamos.
12. 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 **POLICA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD – HOSPITAL CENTRAL** se encuentra facultada 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).
13. Los suscritos (Integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (Forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del Reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.
14. 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.
15. Que me obligo a suministrar a solicitud de **POLICA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD – HOSPITAL CENTRAL** cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
16. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la dirección, Teléfono y Fax relacionados a continuación.
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 _____meses, contados a partir de la presentación de la misma.

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, y puede ser verificada.

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

Bogotá D.C, seleccionar la fecha.

Señores.
**POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL**
Ciudad.

Referencia: FORMULARIO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS del proceso de Selección Abreviada con subasta Inversa, Número PN HOCEN SA 029 2023 cuyo objeto es **"SUMINISTRO DE INSUMOS DESECHABLES PARA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL ENTERAL Y PARENTERAL PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL".** Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal y/o comprometiendo a las personas naturales y/o personas jurídicas que represento o apodero que, ofrecemos el 100% de las CONDICIONES TECNICAS MÍNIMAS, requeridas en el presente formulario, para lo cual adjuntamos al presente los documentos que acreditan el cumplimiento de la oferta presentada.

| ITEM | ELEMENTO | DESCRIPCION | UNIDAD DE MEDIDA | MARCA | OFRECE | NO OFRECE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **GRUPO No. 1 SONDAS PARA ADMINISTRAR NUTRICIÓN ENTERAL** | | | | | | |
| 1 | SONDA PARA NUTRICION ENTERAL CON GUIA 10 FR | SONDA PARA NUTRICION ENTERAL CON GUIA 10 FR Y 12 FR DE 109 A 114 cm<br>POLIURETANO BIOCOMPATIBLE<br>LIBRE DE LATEX<br>ESTERIL – EMPAQUE INDIVIDUAL<br>RADIOPACA TODO EL TRAYECTO<br>CALIBRE 10 FR.<br>LONGITUD HASTA 110 CM<br>SISTEMA ANTIOBSTRUCCION – PRELUBRICADA<br>GUIA METALICA ENTRELAZADA PUNTA ROMA<br>ESCALA DE MEDICION TODO EL TRAYECTO<br>PUERTO DE DOS VÍAS<br>CONECTOR ENFIT EN "Y" HERMETICO<br>EXTREMO DISTAL PUNTA ROMA ORIFICIOS LATERALES | UNIDAD | | | |
| 2 | SONDA PARA NUTRICION ENTERAL No.6 FR CON PUNTA PEDIATRICA | SONDA PARA NUTRICION ENTERAL No.6 o 6,5 Fr y 8 Fr CON PUNTA PEDIATRICA<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>EN POLIURETANO<br>CON PUNTA ROMA ORIFICIOS LATERALES<br>LARGO HASTA 110CM<br>GUIA METALICA ENTRELAZADA PUNTA ROMA<br>ESCALA DE MEDICION TODO EL TRAYECTO<br>PUERTO DE DOS VÍAS<br>CONECTOR ENFIT | UNIDAD | | | |
| | **GRUPO No. 2 DISPOSITIVOS DE ADMINISTRACION DE NUTRICION ENTERAL CON BOLSA** | | | **MARCA** | **OFRECE** | **NO OFRECE** |
| 1 | EQUIPO DE ADMINISTRACION DE NUTRICION ENTERAL POR BOMBA DE INFUSION DE 500CC | EQUIPO DE ADMINISTRACION DE NUTRICION ENTERAL POR BOMBA DE INFUSION DE 500CC<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>CONECTOR ENFIT COLOR LILA<br>LIBRE DE LÁTEX<br>LIBRE DE TALATOS<br>SISTEMA DE SEGURIDAD QUE EVITE FLUJOS EXCESIVOS EN EL PACIENTE AL DESCONECTARSE EL DISPOSITIVO DE LA BOMBA DE INFUSION<br>LONGITUD DE 1 MT. | UNIDAD | | | |
| | **GRUPO No. 3 DISPOSITIVOS DE ADMINISTRACION DE NUTRICION ENTERAL PUNZON /BOLSA DE LAVADO** | | | **MARCA** | **OFRECE** | **NO OFRECE** |
| 1 | EQUIPO DE NUTRICION ENTERAL PUNZON MAS BOLSA DE LAVADO | SET DE ADMINISTRACION DE NUTRICION ENTERAL SET TAPA ROSCA / PUNZON<br>CONECTOR ENFIT PARA DISPOSITIVOS ENTERALES<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>LIBRE DE LÁTEX<br>LIBRE DE TALATOS | UNIDAD | | | |
| | **GRUPO No. 4 FILTROS PARA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL** | | | **MARCA** | **OFRECE** | **NO OFRECE** |
| 1 | FILTRO PARA ADMINISTRACION DE NUTRICION PARENTERAL 1.2 MICRAS ADULTO | FILTRO PARA ADMINISTRACION DE NUTRICION PARENTERAL 1.2 MICRAS ADULTO<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>SISTEMA LUER LOCK<br>BAJA UNION DE PROTEINAS<br>MATERIAL POLISULFONA | UNIDAD | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | FILTRO PARA ADMINISTRACION DE NUTRICION PARENTERAL 1.2 MICRAS NEONATAL | FILTRO PARA ADMINISTRACION DE NUTRICION<br>PARENTERAL 1.2 MICRAS NEONATAL<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>SISTEMA LUER LOCK<br>BAJA UNION DE PROTEINAS<br>MATERIAL POLISULFONA | UNIDAD | | | |
| 3 | FILTRO PARA ADMINISTRACION DE NUTRICION PARENTERAL 1.2 MICRAS PEDIATRICO | FILTRO PARA ADMINISTRACION DE NUTRICION<br>PARENTERAL 1.2 MICRAS PEDIATRICO<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>SISTEMA LUER LOCK<br>BAJA UNION DE PROTEINAS<br>MATERIAL POLISULFONA | UNIDAD | | | |
| | **GRUPO No. 5 KIT DE BOTONES DE GASTROSTOMIA Y EXTENSIONES DE GASTROSTOMIA** | | | **MARCA** | **OFRECE** | **NO OFRECE** |
| 1 | KIT BOTON DE GASTROSTOMIA CON SISTEMA DE FIJACION INTERNA POR BALON EN SILICONA 100% | KIT BOTON DE GASTROSTOMIA CON SISTEMA DE FIJACION INTERNA POR BALON EN SILICONA 100%<br>SILICONA 100% GRADO MEDICO<br>PUERTO SEÑALIZADO CON VÁLVULA UNIDIRECCIONAL, ANTIREFLUJO INDICADA PARA NIÑOS<br>PUERTO CON TAPA NUTRICIÓN Y MEDICAMENTOS<br>INDICADOR CALIBRE<br>INDICADOR CALIBRE DEL ESTOMA<br>EXTENSIÓN GRUESA PARA BOLOS<br>EXTENSIÓN EN "Y" PARA ALIMENTACIÓN CONTINUA<br>EXTENSIONES REMPLAZABLES<br>BALÓN DE RETENCIÓN DENTRO DE LA PUNTA DEL BOTÓN<br>BALÓN INTERNO DE 5CC PARA NIÑOS Y DE 7 A 10 CC PARA ADULTOS<br>ALTURA ESTOMAL DE 0.8 A 4.5 CM<br>DIÁMETRO DE 12 FR HASTA 24 FR<br>CON JERINGAS DE 35 CC (PUNTA CATÉTER) Y 10 CC LUER PARA LLENADO DE BALÓN<br>SISTEMA DE ACOPLE DE EXTENSIÓN- BOTÓN SECURD LOCK (NO PRESION) | UNIDAD | | | |
| 2 | EXTENSIONES PARA BOTON DE GASTROSTOMIA | EXTENSIONES PARA BOTON DE GASTROSTOMIA<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>CON CLAMP DE SEGURIDAD<br>ENSAMBLE AL BOTÓN CON SISTEMA SECURD LOCK<br>ADAPTABLE A LOS BOTONES DE GASTROSTOMÍA DISPONIBLES EN EL HOSPITAL. | UNIDAD | | | |
| | **GRUPO No. 6 TUBOS DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA** | | | **MARCA** | **OFRECE** | **NO OFRECE** |
| 1 | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 12 FR | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 12 FR<br>SILICONA 100% GRADO MEDICO<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>PUERTO FIJO (TODO EL TUBO UNA SOLA PIEZA<br>3 PUERTOS SEPARADOS UNO PARA ALIMENTACION, MEDICAMENTOS Y PARA INFLAR EL BALON)<br>CON PUERTO TIPO LUER PARA INSUFLAR BALON<br>DISCO DE FIJACION EXTERNA REFORZADO CON ORIFICIO DE VENTILACION PARA MANTENER EL ESTOMA VENTILADO<br>ESCALA DE MEDICION CADA CM Y SEÑALIZACION CADA 2 CM.<br>ESCALA DE MEDICION NO BORRABLE<br>ARO EN SILICONA REFORZADO PARA EVITAR MIGRACION DEL TUBO<br>BALON DE RETENCION EN SILICONA DENTRO DE LA PUNTA DE LA SONDA PARA EVITAR PRESION SOBRE LA PARED | UNIDAD | | | |
| 2 | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 14 FR | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 14 FR<br>SILICONA 100% GRADO MEDICO<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>PUERTO FIJO TODO EL TUBO UNA SOLA PIEZA<br>3 PUERTOS SEPARADOS (UNO PARA ALIMENTACION, MEDICAMENTOS Y PARA INFLAR EL BALON)<br>CON PUERTO TIPO LUER PARA INSUFLAR BALON<br>DISCO DE FIJACION EXTERNA REFORZADO CON ORIFICIO DE VENTILACION PARA MANTENER EL ESTOMA VENTILADO<br>ESCALA DE MEDICION CADA CM Y SEÑALIZACION CADA 2 CM.<br>ESCALA DE MEDICION NO BORRABLE<br>ARO EN SILICONA REFORZADO PARA EVITAR | UNIDAD | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | MIGRACION DEL TUBO<br>BALON DE RETENCION EN SILICONA DENTRO DE LA PUNTA DE LA SONDA PARA EVITAR PRESION SOBRE LA PARED | | | | |
| 3 | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 16 FR | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 16 FR<br>SILICONA 100% GRADO MEDICO<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>PUERTO FIJO TODO EL TUBO UNA SOLA PIEZA<br>3 PUERTOS SEPARADOS (UNO PARA ALIMENTACION, MEDICAMENTOS Y PARA INFLAR EL BALON)<br>CON PUERTO TIPO LUER PARA INSUFLAR BALON<br>DISCO DE FIJACION EXTERNA REFORZADO CON ORIFICIO DE VENTILACION PARA MANTENER EL ESTOMA VENTILADO<br>ESCALA DE MEDICION CADA CM Y SEÑALIZACION CADA 2 CM.<br>ESCALA DE MEDICION NO BORRABLE<br>ARO EN SILICONA REFORZADO PARA EVITAR MIGRACION DEL TUBO<br>BALON DE RETENCION EN SILICONA DENTRO DE LA PUNTA DE LA SONDA PARA EVITAR PRESION SOBRE LA PARED | UNIDAD | | | |
| 4 | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 18 FR | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 18 FR<br>SILICONA 100% GRADO MEDICO<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>PUERTO FIJO TODO EL TUBO UNA SOLA PIEZA<br>3 PUERTOS SEPARADOS (UNO PARA ALIMENTACION, MEDICAMENTOS Y PARA INFLAR EL BALON)<br>CON PUERTO TIPO LUER PARA INSUFLAR BALON<br>DISCO DE FIJACION EXTERNA REFORZADO CON ORIFICIO DE VENTILACION PARA MANTENER EL ESTOMA VENTILADO<br>ESCALA DE MEDICION CADA CM Y SEÑALIZACION CADA 2 CM.<br>ESCALA DE MEDICION NO BORRABLE<br>ARO EN SILICONA REFORZADO PARA EVITAR MIGRACION DEL TUBO<br>BALON DE RETENCION EN SILICONA DENTRO DE LA PUNTA DE LA SONDA PARA EVITAR PRESION SOBRE LA PARED | UNIDAD | | | |
| 5 | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 20 FR | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 20 FR<br>SILICONA 100% GRADO MEDICO<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>PUERTO FIJO TODO EL TUBO UNA SOLA PIEZA<br>3 PUERTOS SEPARADOS (UNO PARA ALIMENTACION, MEDICAMENTOS Y PARA INFLAR EL BALON)<br>CON PUERTO TIPO LUER PARA INSUFLAR BALON<br>DISCO DE FIJACION EXTERNA REFORZADO CON ORIFICIO DE VENTILACION PARA MANTENER EL ESTOMA VENTILADO<br>ESCALA DE MEDICION CADA CM Y SEÑALIZACION CADA 2 CM.<br>ESCALA DE MEDICION NO BORRABLE<br>ARO EN SILICONA REFORZADO PARA EVITAR MIGRACION DEL TUBO<br>BALON DE RETENCION EN SILICONA DENTRO DE LA PUNTA DE LA SONDA PARA EVITAR PRESION SOBRE LA PARED | UNIDAD | | | |
| 6 | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 22 FR | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 22 FR<br>SILICONA 100% GRADO MEDICO<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>PUERTO FIJO TODO EL TUBO UNA SOLA PIEZA<br>3 PUERTOS SEPARADOS (UNO PARA ALIMENTACION, MEDICAMENTOS Y PARA INFLAR EL BALON)<br>CON PUERTO TIPO LUER PARA INSUFLAR BALON<br>DISCO DE FIJACION EXTERNA REFORZADO CON ORIFICIO DE VENTILACION PARA MANTENER EL ESTOMA VENTILADO<br>ESCALA DE MEDICION CADA CM Y SEÑALIZACION CADA 2 CM.<br>ESCALA DE MEDICION NO BORRABLE<br>ARO EN SILICONA REFORZADO PARA EVITAR MIGRACION DEL TUBO<br>BALON DE RETENCION EN SILICONA DENTRO DE LA PUNTA DE LA SONDA PARA EVITAR PRESION SOBRE LA PARED | UNIDAD | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 24 FR | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 24 FR<br>SILICONA 100% GRADO MEDICO<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>PUERTO FIJO TODO EL TUBO UNA SOLA PIEZA<br>3 PUERTOS SEPARADOS (UNO PARA ALIMENTACION, MEDICAMENTOS Y PARA INFLAR EL BALON)<br>CON PUERTO TIPO LUER PARA INSUFLAR BALON<br>DISCO DE FIJACION EXTERNA REFORZADO CON ORIFICIO DE VENTILACION PARA MANTENER EL ESTOMA VENTILADO<br>ESCALA DE MEDICION CADA CM Y SEÑALIZACION CADA 2 CM.<br>ESCALA DE MEDICION NO BORRABLE<br>ARO EN SILICONA REFORZADO PARA EVITAR MIGRACION DEL TUBO<br>BALON DE RETENCION EN SILICONA DENTRO DE LA PUNTA DE LA SONDA PARA EVITAR PRESION SOBRE LA PARED | UNIDAD | | | |
| | **GRUPO No.7 JERINGAS PARA SONDA DE NUTRICION** | | | **MARCA** | **OFRECE** | **NO OFRECE** |
| 1 | JERINGAS DE IRRIGACION PARA SONDA DE NUTRICION CON ADAPTADOR LUER DE 60 CC | JERINGAS DE IRRIGACION PARA SONDA DE NUTRICION CON ADAPTADOR LUER DE 60 CC PUNTA ENFIT CON CONECTOR ENFIT COLOR LILA<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>MARCACIÓN EN RELIEVE<br>EMBOLO CON ARGOLLA PARA FACIL AGARRE<br>CON MARQUILLA DE IDENTIFICACION DE USO AUTOADHESIVA | UNIDAD | | | |

| **TEM** | **CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS** | **OFRECE** | **NO OFRECE** |
|---|---|---|---|
| 1 | Registro del INVIMA: El oferente deberá presentar Registro del INVIMA vigente, para cada uno de los insumos ofertados o en su defecto certificación del INVIMA del no requerimiento de dicho registro | | |
| 2 | Certificación de Fabricante, Distribuidor o Comercializador Autorizado: El oferente deberá presentar certificación de fabricante, distribuidor o comercializador autorizado de los insumos ofertados, en la cual se pueda constatar la cadena de distribución y autorización del fabricante. | | |
| 3 | El oferente debe presentar el certificado de Capacidad de Almacenamiento y Acondicionamiento, CCAA expedido por el INVIMA, en cumplimiento al Decreto 4725 de 2005. | | |
| 4 | El oferente debe presentar con su oferta catálogo (en idioma castellano) de cada uno de los insumos ofertados para verificar el cumplimiento de las especificaciones técnicas solicitadas en el presente Anexo. | | |
| 5 | El oferente garantiza que la fecha de vencimiento de los insumos ofertados es mínima de un (1) año, contados a partir de la fecha de entrega | | |
| 6 | El Oferente deberá entregar los insumos ofertados en empaque resistente a la contaminación con el fin de evitar deterioro en el almacenaje y en la manipulación del mismo | | |
| 7 | El oferente se compromete a garantizar el cambio de los insumos por defectos de fábrica o mala calidad en un plazo máximo de quince (15 días) calendario, previo requerimiento por parte del supervisor del contrato, previa autorización del Director del Hospital Central de la Policía Nacional, sin costo alguno para el Hospital Central de la Policía Nacional. | | |
| 8 | El oferente deberá cambiar los insumos objeto del presente contrato, de acuerdo con las necesidades del servicio y en un período no superior a ocho (08) días calendario, en el caso que el INVIMA ordene el retiro del mercado. El cambio se solicitará por parte del supervisor de Contrato, previa autorización del Director del Hospital Central de la Policía Nacional, sin costo alguno para el Hospital Central de la Policía Nacional. | | |
| 9 | El oferente deberá garantizar el cambio de los insumos que se encuentren a un mes de cumplir su fecha de vencimiento, dentro de los quince (15) días calendario siguiente al requerimiento sin costo alguno para el Hospital Central de la Policía Nacional. El cambio se solicitará por parte del supervisor del contrato, previa autorización del Director del Hospital Central de la Policía Nacional, sin costo alguno para el Hospital Central de la Policía Nacional. | | |
| 10 | En el caso en que El futuro contratista suministre algún equipo, elemento y/o insumo, garantiza que este deberá estar libre de mercurio en cumplimiento de la Resolución 159 de 2015 y presentará el correspondiente soporte donde permita evidenciar su cumplimiento como manuales de fabricación y/o etiquetas. Igualmente, el contratista deberá garantizar que los materiales de los empaques, embalajes o informes deben estar constituidos con un porcentaje de material reciclable o porvenir de una fuente sustentable. Así como asumirá cualquier infracción o multa ambiental que se genere por conductas inseguras (vertimientos intencionales o accidentales de sustancias químicas, abandono de elementos o residuos sin etiquetas, retiro de residuos sin autorización, transporte de residuos en vehículos no autorizados, vehículos con emisiones atmosféricas representativas y demás que conduzcan a generar mayor impacto al medio Página 2 de 4 ambiente o coloquen en riesgo la salud humana, que por ende representen incumplimiento normativo para el Hospital Central y en general para la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. | | |
| 11 | El futuro contratista deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo” y la | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Resolución No. 0312 de 2019 “Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo”, y adjuntara a la propuesta los siguientes documentos:<br>1. Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación se encuentre en una escala de valoración “Aceptable” (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.<br>2. Soporte del registro de la autoevaluación del SGSST ante el Ministerio de Trabajo.<br>3. FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, firmado por el representante legal. | | |
| 12 | Si durante la ejecución del contrato surgen INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES, El futuro contratista deberá informar de manera inmediata al Supervisor del contrato, y a la Dirección del Hospital Central de la Policía Nacional, con el fin de adelantar el trámite correspondiente. | | |

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

Bogotá D.C, seleccionar la fecha.

Señores.
**POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL**
Ciudad.

Referencia: FORMULARIO PORCENTAJE DE IVA del proceso de Selección Abreviada con subasta Inversa, Número PN HOCEN SA 029 2023 cuyo objeto es: **"SUMINISTRO DE INSUMOS DESECHABLES PARA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL ENTERAL Y PARENTERAL PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL".**

El Oferente debe diligenciar el presente Formulario y establecer el porcentaje de IVA de los Ítems ofertados, o indicar si están EXENTOS O EXCLUIDO de IVA.

| ITEM | INSUMO | DESCRIPCION | % IVA | EXENTO | EXCLUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| **GRUPO No. 1 SONDAS PARA ADMINISTRAR NUTRICIÓN ENTERAL** | | | | | |
| 1 | SONDA PARA NUTRICIONAL ENTERAL PUNTA TUNGSTENO 10 FR | SONDA PARA NUTRICION ENTERAL CON GUIA 10 FR Y 12 FR DE 109 A 114 cm<br>POLIURETANO BIOCOMPATIBLE<br>LIBRE DE LATEX<br>ESTERIL – EMPAQUE INDIVIDUAL<br>RADIOPACA TODO EL TRAYECTO<br>CALIBRE 10 FR.<br>LONGITUD HASTA 110 CM<br>SISTEMA ANTIOBSTRUCCION – PRELUBRICADA<br>GUIA METALICA ENTRELAZADA PUNTA ROMA<br>ESCALA DE MEDICION TODO EL TRAYECTO<br>PUERTO DE DOS VÍAS<br>CONECTOR ENFIT EN "Y" HERMETICO<br>EXTREMO DISTAL PUNTA ROMA ORIFICIOS LATERALES | % | | |
| 2 | SONDA PARA NUTRICION ENTERAL No.6 CON PUNTA PEDIATRICA | SONDA PARA NUTRICION ENTERAL No.6 o 6,5 Fr y 8 Fr CON PUNTA PEDIATRICA<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>EN POLIURETANO<br>CON PUNTA ROMA ORIFICIOS LATERALES<br>LARGO HASTA 110CM<br>GUIA METALICA ENTRELAZADA PUNTA ROMA<br>ESCALA DE MEDICION TODO EL TRAYECTO<br>PUERTO DE DOS VÍAS<br>CONECTOR ENFIT | % | | |
| **ITEM** | **GRUPO No. 2 DISPOSITIVOS DE ADMINISTRACION DE NUTRICION ENTERAL CON BOLSA** | | **% IVA** | **EXENTO** | **EXCLUIDO** |
| 1 | EQUIPO DE ADMINISTRACION DE NUTRICION ENTERAL POR BOMBA DE INFUSION DE 500CC | EQUIPO DE ADMINISTRACION DE NUTRICION ENTERAL POR BOMBA DE INFUSION DE 500CC<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>CONECTOR ENFIT COLOR LILA<br>LIBRE DE LÁTEX<br>LIBRE DE TALATOS<br>SISTEMA DE SEGURIDAD QUE EVITE FLUJOS EXCESIVOS EN EL PACIENTE AL DESCONECTARSE EL DISPOSITIVO DE LA BOMBA DE INFUSION<br>LONGITUD DE 1 MT. | % | | |
| **ITEM** | **GRUPO No. 3 DISPOSITIVOS DE ADMINISTRACION DE NUTRICION ENTERAL PUNZON /BOLSA DE LAVADO** | | **% IVA** | **EXENTO** | **EXCLUIDO** |
| 1 | EQUIPO DE ADMINISTRACION DE NUTRICION ENTERAL TAPA ROSCA / PUNZON | SET DE ADMINISTRACION DE NUTRICION ENTERAL<br>SET TAPA ROSCA / PUNZON<br>CONECTOR ENFIT PARA DISPOSITIVOS ENTERALES<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>LIBRE DE LÁTEX<br>LIBRE DE TALATOS | % | | |
| **ITEM** | **GRUPO No. 4 FILTROS PARA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL** | | **% IVA** | **EXENTO** | **EXCLUIDO** |
| 1 | FILTRO PARA ADMINISTRACION DE NUTRICION PARENTERAL 1.2 MICRAS ADULTO | FILTRO PARA ADMINISTRACION DE NUTRICION PARENTERAL 1.2 MICRAS ADULTO<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>SISTEMA LUER LOCK<br>BAJA UNION DE PROTEINAS<br>MATERIAL POLISULFONA | % | | |
| 2 | FILTRO PARA ADMINISTRACION DE NUTRICION PARENTERAL 1.2 MICRAS NEONATAL | FILTRO PARA ADMINISTRACION DE NUTRICION PARENTERAL 1.2 MICRAS NEONATAL<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>SISTEMA LUER LOCK<br>BAJA UNION DE PROTEINAS<br>MATERIAL POLISULFONA | % | | |
| **ITEM** | **GRUPO No. 5 KIT DE BOTONES DE GASTROSTOMIA Y EXTENSIONES DE GASTROSTOMIA** | | **% IVA** | **EXENTO** | **EXCLUIDO** |
| 1 | KIT BOTON DE GASTROSTOMIA CON | KIT BOTON DE GASTROSTOMIA CON SISTEMA DE FIJACION INTERNA POR BALON EN SILICONA 100% | % | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | SISTEMA DE FIJACION INTERNA POR BALON EN SILICONA 100% | SILICONA 100% GRADO MEDICO<br>PUERTO SEÑALIZADO CON VÁLVULA UNIDIRECCIONAL, ANTIREFLUJO<br>INDICADA PARA NIÑOS<br>PUERTO CON TAPA NUTRICIÓN Y MEDICAMENTOS<br>INDICADOR CALIBRE<br>INDICADOR CALIBRE DEL ESTOMA<br>EXTENSIÓN GRUESA PARA BOLOS<br>EXTENSIÓN EN "Y" PARA ALIMENTACIÓN CONTINUA<br>EXTENSIONES REMPLAZABLES<br>BALÓN DE RETENCIÓN DENTRO DE LA PUNTA DEL BOTÓN<br>BALÓN INTERNO DE 5CC PARA NIÑOS Y DE 7 A 10 CC PARA ADULTOS<br>ALTURA ESTOMAL DE 0.8 A 4.5 CM<br>DIÁMETRO DE 12 FR HASTA 24 FR<br>CON JERINGAS DE 35 CC (PUNTA CATÉTER) Y 10 CC LUER PARA LLENADO DE BALÓN<br>SISTEMA DE ACOPLE DE EXTENSIÓN- BOTÓN SECURD LOCK (NO PRESION) | | | |
| 2 | EXTENSIONES PARA BOTON DE GASTROSTOMIA | EXTENSIONES PARA BOTON DE GASTROSTOMIA<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>CON CLAMP DE SEGURIDAD<br>ENSAMBLE AL BOTÓN CON SISTEMA SECURD LOCK<br>ADAPTABLE A LOS BOTONES DE GASTROSTOMÍA DISPONIBLES EN EL HOSPITAL. | % | | |
| **ITEM** | **GRUPO No. 6 TUBOS DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA** | | **% IVA** | **EXENTO** | **EXCLUIDO** |
| 1 | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 12 FR | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 12 FR<br>SILICONA 100% GRADO MEDICO<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>PUERTO FIJO (TODO EL TUBO UNA SOLA PIEZA<br>3 PUERTOS SEPARADOS UNO PARA ALIMENTACION, MEDICAMENTOS Y PARA INFLAR EL BALON)<br>CON PUERTO TIPO LUER PARA INSUFLAR BALON<br>DISCO DE FIJACION EXTERNA REFORZADO CON ORIFICIO DE VENTILACION PARA MANTENER EL ESTOMA VENTILADO<br>ESCALA DE MEDICION CADA CM Y SEÑALIZACION CADA 2 CM.<br>ESCALA DE MEDICION NO BORRABLE<br>ARO EN SILICONA REFORZADO PARA EVITAR MIGRACION DEL TUBO<br>BALON DE RETENCION EN SILICONA DENTRO DE LA PUNTA DE LA SONDA PARA EVITAR PRESION SOBRE LA PARED | % | | |
| 2 | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 14 FR | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 14 FR<br>SILICONA 100% GRADO MEDICO<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>PUERTO FIJO TODO EL TUBO UNA SOLA PIEZA<br>3 PUERTOS SEPARADOS (UNO PARA ALIMENTACION, MEDICAMENTOS Y PARA INFLAR EL BALON)<br>CON PUERTO TIPO LUER PARA INSUFLAR BALON<br>DISCO DE FIJACION EXTERNA REFORZADO CON ORIFICIO DE VENTILACION PARA MANTENER EL ESTOMA VENTILADO<br>ESCALA DE MEDICION CADA CM Y SEÑALIZACION CADA 2 CM.<br>ESCALA DE MEDICION NO BORRABLE<br>ARO EN SILICONA REFORZADO PARA EVITAR MIGRACION DEL TUBO<br>BALON DE RETENCION EN SILICONA DENTRO DE LA PUNTA DE LA SONDA PARA EVITAR PRESION SOBRE LA PARED | % | | |
| 3 | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 16 FR | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 16 FR<br>SILICONA 100% GRADO MEDICO<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>PUERTO FIJO TODO EL TUBO UNA SOLA PIEZA<br>3 PUERTOS SEPARADOS (UNO PARA ALIMENTACION, MEDICAMENTOS Y PARA INFLAR EL BALON)<br>CON PUERTO TIPO LUER PARA INSUFLAR BALON<br>DISCO DE FIJACION EXTERNA REFORZADO CON ORIFICIO DE VENTILACION PARA MANTENER EL ESTOMA VENTILADO<br>ESCALA DE MEDICION CADA CM Y SEÑALIZACION CADA 2 CM.<br>ESCALA DE MEDICION NO BORRABLE<br>ARO EN SILICONA REFORZADO PARA EVITAR MIGRACION DEL TUBO<br>BALON DE RETENCION EN SILICONA DENTRO DE LA PUNTA DE LA SONDA PARA EVITAR PRESION SOBRE LA PARED | % | | |
| 4 | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 18 FR | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 18 FR<br>SILICONA 100% GRADO MEDICO<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>PUERTO FIJO TODO EL TUBO UNA SOLA PIEZA<br>3 PUERTOS SEPARADOS (UNO PARA ALIMENTACION, MEDICAMENTOS Y PARA INFLAR EL BALON)<br>CON PUERTO TIPO LUER PARA INSUFLAR BALON<br>DISCO DE FIJACION EXTERNA REFORZADO CON ORIFICIO DE VENTILACION PARA MANTENER EL ESTOMA VENTILADO<br>ESCALA DE MEDICION CADA CM Y SEÑALIZACION CADA 2 CM.<br>ESCALA DE MEDICION NO BORRABLE<br>ARO EN SILICONA REFORZADO PARA EVITAR MIGRACION DEL TUBO<br>BALON DE RETENCION EN SILICONA DENTRO DE LA PUNTA DE LA SONDA PARA EVITAR PRESION SOBRE LA PARED | % | | |
| 5 | TUBO DE GASTROSTOMIA | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 20 FR<br>SILICONA 100% GRADO MEDICO<br>EMPAQUE INDIVIDUAL | % | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | QUIRURGICA EN SILICONA no. 20 FR | PUERTO FIJO TODO EL TUBO UNA SOLA PIEZA<br>3 PUERTOS SEPARADOS (UNO PARA ALIMENTACION, MEDICAMENTOS Y PARA INFLAR EL BALON)<br>CON PUERTO TIPO LUER PARA INSUFLAR BALON<br>DISCO DE FIJACION EXTERNA REFORZADO CON ORIFICIO DE VENTILACION PARA MANTENER EL ESTOMA VENTILADO<br>ESCALA DE MEDICION CADA CM Y SEÑALIZACION CADA 2 CM.<br>ESCALA DE MEDICION NO BORRABLE<br>ARO EN SILICONA REFORZADO PARA EVITAR MIGRACION DEL TUBO<br>BALON DE RETENCION EN SILICONA DENTRO DE LA PUNTA DE LA SONDA PARA EVITAR PRESION SOBRE LA PARED | | | |
| 6 | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 22 FR | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 22 FR<br>SILICONA 100% GRADO MEDICO<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>PUERTO FIJO TODO EL TUBO UNA SOLA PIEZA<br>3 PUERTOS SEPARADOS (UNO PARA ALIMENTACION, MEDICAMENTOS Y PARA INFLAR EL BALON)<br>CON PUERTO TIPO LUER PARA INSUFLAR BALON<br>DISCO DE FIJACION EXTERNA REFORZADO CON ORIFICIO DE VENTILACION PARA MANTENER EL ESTOMA VENTILADO<br>ESCALA DE MEDICION CADA CM Y SEÑALIZACION CADA 2 CM.<br>ESCALA DE MEDICION NO BORRABLE<br>ARO EN SILICONA REFORZADO PARA EVITAR MIGRACION DEL TUBO<br>BALON DE RETENCION EN SILICONA DENTRO DE LA PUNTA DE LA SONDA PARA EVITAR PRESION SOBRE LA PARED | % | | |
| 7 | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 24 FR | TUBO DE GASTROSTOMIA QUIRURGICA EN SILICONA no. 24 FR<br>SILICONA 100% GRADO MEDICO<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>PUERTO FIJO TODO EL TUBO UNA SOLA PIEZA<br>3 PUERTOS SEPARADOS (UNO PARA ALIMENTACION, MEDICAMENTOS Y PARA INFLAR EL BALON)<br>CON PUERTO TIPO LUER PARA INSUFLAR BALON<br>DISCO DE FIJACION EXTERNA REFORZADO CON ORIFICIO DE VENTILACION PARA MANTENER EL ESTOMA VENTILADO<br>ESCALA DE MEDICION CADA CM Y SEÑALIZACION CADA 2 CM.<br>ESCALA DE MEDICION NO BORRABLE<br>ARO EN SILICONA REFORZADO PARA EVITAR MIGRACION DEL TUBO<br>BALON DE RETENCION EN SILICONA DENTRO DE LA PUNTA DE LA SONDA PARA EVITAR PRESION SOBRE LA PARED | % | | |
| **ITEM** | **GRUPO No.7 JERINGAS PARA SONDA DE NUTRICION** | | **% IVA** | **EXENTO** | **EXCLUIDO** |
| 1 | JERINGAS DE IRRIGACION PARA SONDA DE NUTRICION CON ADAPTADOR LUER DE50 A 60 CC | JERINGAS DE IRRIGACION PARA SONDA DE NUTRICION CON ADAPTADOR LUER DE 60 CC PUNTA ENFIT CON CONECTOR ENFIT COLOR LILA<br>EMPAQUE INDIVIDUAL<br>MARCACIÓN EN RELIEVE<br>EMBOLO CON ARGOLLA PARA FACIL AGARRE<br>CON MARQUILLA DE IDENTIFICACION DE USO AUTOADHESIVA | % | | |

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

Bogotá D.C, seleccionar la fecha.

Señores.
**POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL**
Ciudad.

Referencia: FORMULARIO SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS del proceso de Selección Abreviada con subasta Inversa, numero PN HOCEN SA 029 2023 cuyo objeto es: **"SUMINISTRO DE INSUMOS DESECHABLES PARA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL ENTERAL Y PARENTERAL PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL".**

La firma …… se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso **CONTRATACIÓN SELECCIÓN ABREVIADA PN HOCEN SA 029 2023** durante la vigencia del contrato, si este se llegara a suscribir.

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

.

**PROCESO DE CONTRATACIÓN PN HOCEN SA 029 2023**
**"SUMINISTRO DE INSUMOS DESECHABLES PARA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL ENTERAL Y PARENTERAL PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL".**

**LANCE NÚMERO _____**

**ÍTEM: _____**

| **CONTRASEÑA DEL OFERENTE: _____** |
| --- |
| **PORCENTAJE** |
| **_____%** |
| **NO SE HARÁ NINGÚN LANCE DE MEJORA DE PRECIOS (marque con una X)** |
| **(  )** |

_____
**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O SU DELEGADO**

**ESTE ANEXO ES DE CARÁCTER INFORMATIVO Y TIENE COMO FINALIDAD DETERMINAR EL MODELO DEL LANCE, EN LOS EVENTOS QUE EXISTA SUBASTA PRESENCIAL**