

ESPECIFICACIONES TECNICAS

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

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIÓN TÉCNICA PROPONENTE:

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

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

ITEM	DESCRIPCION	DESCRIPCION	CUMPLE	NO CUMPLE
1	237401	CIRUGÍA APICAL POR DIENTE		
2	247101	COLOCACION DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD - CONVENCIONAL		
3	247100	COLOCACION DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTOPEDIA (ARCADA) MANTENEDOR DE ESPACIO O ARCO LINGUAL O BOTON DE NANCE O REJILLA LINGUAL FIJA O BARRA PALATINA		
4	247202	COLOCACION DE APARATOLOGIA REMOVIBLE EXTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)		
5	247201	COLOCACION DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE INTRAORAL PARA ORTOPEDIA MAXILAR (ARCADA) -PLACAS DE EXPANSION CON REJILLA LINGUAL Y RESORTES		
6	247300	COLOCACION DE APARATOS DE RETENCION SOD		
7	247300	COLOCACION DE APARATOS DE RETENCION SOD ARCADA		
8	234104	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMOCURADA		
9	234102	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)		
10	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL		
11	890318	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA		
12	890320	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA		
13	890322	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA		
14	890321	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA		
15	890324	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL		
16	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL		
17	890218	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA		
18	890220	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA		
19	890222	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA		
20	890221	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA		
21	890224	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL		
22	893106	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA, REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPEDICO FUNCIONAL Y MECANICO		
23	244101	CORONAS METALICAS		
24	234104	CORONAS PLASTICAS		
25	243501	CUÑA DISTAL		

26	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL POR CUADRANTE		
27	762105	ELIMINACION DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR		
28	237302	ENDODONCIA BIRRADICULAR		
29	237303	ENDODONCIA MULTIRRADICULAR		
30	237301	ENDODONCIA UNIRRADICULAR		
31	243101	ESCISION DE LESION BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCIA HASTA DE TRES CENTIMETROS		
32	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO		
33	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRADICULAR		
34	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR		
35	231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE INTRAORAL		
36	231100	EXODONCIA DE RESTO RADICULAR CON COLGAJO UNIRADICULAR		
37	230102	EXODONCIA SIMPLE DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR		
38	230101	EXODONCIA SIMPLE DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR		
39	973400	EXTRACCION DE APARATOLOGIA ORTODONTICA FIJA SOD		
40	973300	EXTRACCION DE FERULAS DENTALES SOD		
41	247402	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR)		
42	237603	FISTULIZACION ENDODONTICA		
43	237602	FISTULIZACION ENDODONTICA POR INCISION		
44	274100	FRENILECTOMIA LABIAL		
45	256100	FRENILLECTOMÍA LINGUAL		
46	236200	IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD		
47	270101	INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL		
48	234105	INSERCIÓN O APLICACION DE CORONA EN FELDESPATO		
49	234105	INSERCIÓN O APLICACION DE CORONA SOBRE IMPLANTE		
50	870456	JUEGO PERIAPICAL COMPLETO		
51	248800	MASCARA FACIAL TERAPEUTICA + FÉRULA MC NAMARA		
52	243500	OPERCULECTOMIA		
53	997500	PAQUETE DE PROMOCION Y PREVENCION (PROFILAXIS, BARNIZ DE FLUOR Y SELLANTES)		
54	240500	PLACA NEUROMIORELAJANTE		
55	242300	PLASTIAS PREPROTESICAS (AUMENTO DE CORONA CLINICA) POR ARCADA		
56	232300	POSTE EN FIBRA DE VIDRIO (UNIDAD)		
57	234302	PROTESIS REMOVIBLE DENTOMUCOSOPORTADA		
58	234401	PROTESIS TOTAL MEDIO CASO (SUPERIOR O INFERIOR)		
59	237100	PULPECTOMIA		
60	237200	PULPOTOMIA		
61	237101	PULPOTOMIA CON MTA		
62	237702	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) MULTIPLE		
63	237701	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) UNICA		
64	870114	RADIOGRAFIA PANORAMICA ESTANDAR		
65	870101	RADIOGRAFIA PANORAMICA PERFIL		
66	870450	RADIOGRAFIA PERIAPICAL		
67	240300	RASPAJE Y ALISADO RADICULAR A CAMPO ABIERTO (POR CUADRANTE)		
68	242201	RASPAJE Y ALISADO RADICULAR A CAMPO CERRADO (POR CUADRANTE)		
69	245100	REGULARIZACIÓN DE REBORDE		
70	245100	REGULARIZACION DE REBORDE POR CUADRANTE		
71	235100	REIMPLANTE POR DIENTE (POR AVULSIÓN)		
72	237505	REMOCION DE RETENEDOR INTRARRADICULAR		
73	248400	REPARACION DE APARATOLOGIA FIJA O REMOVIBLE SOD		

74	242400	REPARACION O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD SIN MATERIALES		
75	232102	RESINA DE FOTOCURADO 1 SUPERFICIE		
76	232102	RESINA DE FOTOCURADO 2 SUPERFICIES		
77	232102	RESINA DE FOTOCURADO 3 SUPERFICIES		
78	973400	RETIRO DE APARATOLOGIA ORTODONTICA FIJA SOD		
79	973500	RETIRO DE PROTESIS DENTAL FIJA POR UNIDAD		
80	237504	SELLADO NO QUIRURGICO DE PERFORACION ENDODONTICA		
81	237503	SELLADO QUIRURGICO DE PERFORACION ENDODONTICA		
82	237101	TERAPIA DE DIENTE VITAL (RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO)		
83	870306	TOMAGRAFIA MAXILAR INFERIOR		
84	870305	TOMAGRAFIA MAXILAR SUPERIOR		
85	879142	TOMOGRAFIA BIMAXILAR		

CONDICIONES TECNICAS MINIMAS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
1	El oferente se compromete a prestar los servicios de salud a los usuarios de la unidad prestadora de salud del Archipiélago San Andrés, Providencia y Santa Catalina, en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención ambulatoria estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad, sin discriminación frente a otro tipo de pacientes que atienda.		
2	Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 CSSMP de 2001) y el Manual único de Medicamentos y Terapéutica del SSPN (Acuerdo 052 DE 2013 y demás normas que lo complementen o modifiquen.		
3	Suministrar un servicio eficaz, eficiente y responsable que satisfaga las necesidades de los usuarios de La Unidad Prestadora de Salud del Archipiélago San Andrés, Providencia y Santa Catalina.		
4	Llevar y presentar mensualmente estadística de pacientes atendidos, diagnósticos, tratamientos, que faciliten su control y seguimiento en caso de implementarse clínicas de manejo de patologías crónicas de la especialidad.		
5	Llevar los registros de atención diaria consultas, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.		
6	El oferente deberá contar con la habilitación de los servicios a prestar, soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS sede principal y cada una de las IPS sedes alternas puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (Anexar formulario de inscripción y cumplimiento con los requisitos de habilitación para los servicios ofrecidos) y las establecidas en la Resolución 3100 de 2019.(para los servicios de		
7	Prestar los servicios que se encuentran relacionados en el presente estudio previo con las características técnicas exigidas		
8	El servicio debe ser prestado bajo responsabilidad de la IPS contratada, con cumplimiento de Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2.006; Resolución 00002003 del 28 de mayo de 2014 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de habilitación en prestación de servicios de salud por el hoy Ministerio de Salud y de la Protección Social o quien haga sus veces. Los oferentes deberán contar con la habilitación de los servicios a prestar, soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS sede principal y/o cada una de las IPS sedes alternas puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y ofertadas en este proceso (Anexar formulario de inscripción y cumplimiento con los requisitos de habilitación para los servicios ofrecidos).		
9	El Contratista habilitará a un funcionario de su planta de personal que servirá de enlace directo con el Supervisor del contrato de La Unidad Prestadora de Salud del Archipiélago San Andrés, Providencia y Santa Catalina; esta persona debe estar perfectamente identificada y dispondrá de un teléfono celular como soporte técnico para la solución inmediata de problemas en el caso que se requiera al menos 1 vez por semana.		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
10	Constancia firmada por el oferente donde Soporte que cuenta con la capacidad Instalada y firmada por el representante legal, para garantizar los servicios que se estipulen en el contrato, establecido en el anexo 12.		
11	Modelo de prestación de servicios de salud debe estar adherido a las necesidades de los usuarios con el fin de garantizar una atención oportuna frente a los horarios que se manejarán por parte del oferente para la atención de los usuarios.		
12	La prestación de los servicios a contratar deberá llevarse a cabo, cumpliendo la normatividad vigente para las Instituciones Prestadoras de Servicios		
13	EI OFERENTE se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 2762 de 1991 por medio del cual se adoptan medidas para controlar la densidad poblacional en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina; reglamentado por el decreto 2171 de 2001 por el cual se reglamenta el Decreto 2762 de 1991, este requisito es de obligatorio cumplimiento por parte del oferente que le sea adjudicado el presente contrato toda vez que se verificara para la iniciación de ejecución del mismo.		

14	El oferente atenderá a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios a contratar, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.		
15	El oferente debe salvaguardar igualdad de condiciones clínicas en el área de odontología teniendo prioridad la atención a maternas, personas en situación de discapacidad y adulto mayor.		
16	El oferente se compromete a mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias para prestar servicios de salud del nivel de atención ofertado.		
17	En oferente se compromete a que la atención de pacientes remitidos por la Unidad de Sanidad Policial, se haga bajo las condiciones definidas en las guías de manejo acordadas.		
18	Para la prestación del servicio se compromete el oferente a solicitar al usuario que <u>Demuestre sus derechos así</u> : a. Para acceder al servicio directamente con el proveedor se debe presentar el <u>carne que acredite los derechos de Sanidad</u> de la Policía Nacional. En caso tal que los usuarios no tengan aún su carne, pueden presentar constancia VIGENTE de que se encuentra en trámite, expedida por la Oficina de Talento Humano del Comando de Policía San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Caja de Sueldos de Retiro (CASUR) o Caja General de Pensionados de la Policía (CAGEN). b. Acompañando al carne que autoriza los servicios de sanidad, debe presentarse <u>documento de identificación</u> en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad). c. Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos, salvo los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente (Atención de urgencias) y que anexe la autorización emitida por la central de autorizaciones oficina de referencia y Contrarreferencia.		
19	Para el caso de procedimientos adicionales que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente deberá direccionar al usuario a la Unidad Prestadora de Salud de San Andrés con el fin de se genere la nueva autorización y transcripción del procedimiento que se le debe realizar dependiendo de la condición clínica del usuario.		
20	El oferente se compromete a gestionar el proceso de Contrarreferencia: Luego de culminado el procedimiento con consulta (interconsulta o remisión) por especialista en odontología especializada, siempre deberá remitirse el paciente con una epicrisis del procedimiento del paciente y el estado del tratamiento del usuario, su evolución clínica y plan de manejo. Todas las citas de control con especialista requerirán siempre la contrarreferencia para ser autorizadas.		
21	El oferente deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato. cuando haya lugar.		

22	El oferente deberá implantar su propio sistema de auditoría médica y permitir que La Unidad Prestadora de Salud del Departamento de Policía San Andrés, Providencia y Santa Catalina, a través de su auditor de calidad o de concurrencia realice las auditorías e inspecciones que sean necesarias a las áreas y documentos que éste o el Unidad Prestadora de salud San Andrés consideren pertinentes.		
23	El servicio programado por el proveedor, se prestará a los pacientes previa solicitud del mismo en original, la cual debe expresar el procedimiento o atención solicitada de conformidad con los códigos únicos de procedimiento, el objeto del contrato, la malla de pertinencia definida por la Dirección de Sanidad y el diagnóstico de la patología en tratamiento y/o estudio y la firma del profesional solicitante, el diligenciamiento por parte del facilitador o quien haga sus veces del formato de autorizaciones con la asignación de código de autorizaciones expedido por la central de autorizaciones referencia y Contrarreferencia del La Unidad Prestadora de Salud de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.		
24	Una vez agotado el contrato. el oferente se compromete con la Unidad Prestadora de Salud de San Andrés, Providencia y Santa Catalina a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso en el que se comprometa la vida del paciente, debidamente justificado, de acuerdo con la normatividad vigente. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados.		
25	La Oportunidad para Consulta Especializada en odontología se ejecutará con un tiempo de espera máximo de 15 días de acuerdo la oferta de servicios presentada por la IPS.		
26	El oferente se compromete a reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 030 de 2006. 056. 058 de 2009. así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud		
27	El oferente notificara al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.		
28	El oferente se compromete a Informar al supervisor del contrato cuando se haya ejecutado en un cincuenta 50% y en un setenta 70% el valor del contrato.		
29	Teniendo en cuenta lo establecido por la Ley 100 del 1993 que en su capítulo cuarto del título segundo establece la necesidad de garantizar un adecuado sistema de información a los usuarios, el Decreto 1011 del 2006 en los artículos 49.50 y 51 crea el Sistema de Información para la calidad y dicta sus objetivos y principios. Se requiere que el oferente se comprometa a permitir la ubicación de un buzón de sugerencias.		
30	Constancia de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores expedido por la Secretaría de Salud vigente.		
31	Certificar por escrito que cuenta con personal capacitado, con una experiencia mínima laboral de UN (1) AÑO y anexar copia de las hojas de vida de los mismos.		
32	Certificar por escrito que MANTENDRA LOS PRECIOS OFERTADOS. DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO QUE SE LLEGUE A CELEBRAR.		
33	<i>El oferente se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 441 de 2022 del ministerio de Salud y de la Protección Social por medio del cual se sustituye el capítulo 4 del título 3 de la parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 20016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicio de salud y los proveedores de tecnologías en salud.</i>		

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

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

EXPERIENCIA PROPONENTE

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

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

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

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

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

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT C.C C.E): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C C.E.) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

**ANEXO
PRECIO TECHO**

ITEM	DESCRIPCION	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
1	237401	CIRUGÍA APICAL POR DIENTE	1	\$ 770.000
2	247101	COLOCACION DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD - CONVENCIONAL	1	\$ 350.000
3	247100	COLOCACION DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTOPEDIA (ARCADA) MANTENEDOR DE ESPACIO O ARCO LINGUAL O BOTON DE NANCE O REJILLA LINGUAL FIJA O BARRA PALATINA	1	\$ 547.020
4	247202	COLOCACION DE APARATOLOGIA REMOVIBLE EXTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	1	\$ 250.000
5	247201	COLOCACION DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE INTRAORAL PARA ORTOPEDIA MAXILAR (ARCADA) -PLACAS DE EXPANSION CON REJILLA LINGUAL Y RESORTES	1	\$ 950.000
6	247300	COLOCACION DE APARATOS DE RETENCION SOD	1	\$ 220.000
7	247300	COLOCACION DE APARATOS DE RETENCION SOD ARCADA	1	\$ 196.990
8	234104	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMOCURADA	1	\$ 226.240
9	234102	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	1	\$ 150.000
10	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	1	\$ 100.000
11	890318	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	1	\$ 100.000
12	890320	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	1	\$ 100.000
13	890322	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	1	\$ 100.000
14	890321	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	1	\$ 100.000
15	890324	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL	1	\$ 100.000
16	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	1	\$ 120.000
17	890218	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	1	\$ 120.000
18	890220	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	1	\$ 120.000
19	890222	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	1	\$ 120.000
20	890221	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	1	\$ 120.000
21	890224	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL	1	\$ 120.000
22	893106	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA, REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPEDICO FUNCIONAL Y MECANICO	1	\$ 100.000
23	244101	CORONAS METALICAS	1	\$ 150.000
24	234104	CORONAS PLASTICAS	1	\$ 150.000
25	243501	CUÑA DISTAL	1	\$ 385.000
26	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL POR CUADRANTE	1	\$ 219.354
27	762105	ELIMINACION DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	1	\$ 350.000
28	237302	ENDODONCIA BIRRADICULAR	1	\$ 416.397

29	237303	ENDODONCIA MULTIRRADICULAR	1	\$ 522.299
30	237301	ENDODONCIA UNIRRADICULAR	1	\$ 277.603
31	243101	ESCISION DE LESION BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCIA HASTA DE TRES CENTIMETROS	1	\$ 350.000
32	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	1	\$ 250.000
33	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRADICULAR	1	\$ 100.000
34	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	1	\$ 80.000
35	231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	1	\$ 220.000
36	231100	EXODONCIA DE RESTO RADICULAR CON COLGAJO UNIRRADICULAR	1	\$ 190.000
37	230102	EXODONCIA SIMPLE DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	1	\$ 170.000
38	230101	EXODONCIA SIMPLE DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	1	\$ 90.000
39	973400	EXTRACCION DE APARATOLOGIA ORTODONTICA FIJA SOD	1	\$ 100.000
40	973300	EXTRACCION DE FERULAS DENTALES SOD	1	\$ 140.000
41	247402	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR)	1	\$ 60.000
42	237603	FISTULIZACION ENDODONTICA	1	\$ 120.000
43	237602	FISTULIZACION ENDODONTICA POR INCISION	1	\$ 120.000
44	274100	FRENILECTOMIA LABIAL	1	\$ 193.009
45	256100	FRENILLECTOMÍA LINGUAL	1	\$ 282.345
46	236200	IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD	1	\$ 2.200.000
47	270101	INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	1	\$ 180.000
48	234105	INSERCIÓN O APLICACION DE CORONA EN FELDESPATO	1	\$ 1.600.000
49	234105	INSERCIÓN O APLICACION DE CORONA SOBRE IMPLANTE	1	\$ 1.800.000
50	870456	JUEGO PERIAPICAL COMPLETO	1	\$ 135.456
51	248800	MASCARA FACIAL TERAPEUTICA + FÉRULA MC NAMARA	1	\$ 1.359.368
52	243500	OPERCULECTOMIA	1	\$ 160.000
53	997500	PAQUETE DE PROMOCION Y PREVENCION (PROFILAXIS, BARNIZ DE FLUOR Y SELLANTES)	1	\$ 180.000
54	240500	PLACA NEUROMIORELAJANTE	1	\$ 534.425
55	242300	PLASTIAS PREPROTESICAS (AUMENTO DE CORONA CLINICA) POR ARCADEA	1	\$ 330.000
56	232300	POSTE EN FIBRA DE VIDRIO (UNIDAD)	1	\$ 530.000
57	234302	PROTESIS REMOVIBLE DENTOMUCOSOPORTADA	1	\$ 700.000
58	234401	PROTESIS TOTAL MEDIO CASO (SUPERIOR O INFERIOR)	1	\$ 800.000
59	237100	PULPECTOMIA	1	\$ 111.516
60	237200	PULPOTOMIA	1	\$ 100.000
61	237101	PULPOTOMIA CON MTA	1	\$ 300.000
62	237702	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) MULTIPLE	1	\$ 350.000
63	237701	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) UNICA	1	\$ 280.000
64	870114	RADIOGRAFIA PANORAMICA ESTANDAR	1	\$ 80.000
65	870101	RADIOGRAFIA PANORAMICA PERFIL	1	\$ 80.000
66	870450	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	1	\$ 40.000
67	240300	RASPADO Y ALISADO RADICULAR A CAMPO ABIERTO (POR CUADRANTE)	1	\$ 250.000

68	242201	RASPAJE Y ALISADO RADICULAR A CAMPO CERRADO (POR CUADRANTE)	1	\$ 250.000
69	245100	REGULARIZACIÓN DE REBORDE	1	\$ 200.000
70	245100	REGULARIZACION DE REBORDE POR CUADRANTE	1	\$ 320.898
71	235100	REIMPLANTE POR DIENTE (POR AVULSIÓN)	1	\$ 210.000
72	237505	REMOCION DE RETENEDOR INTRARRADICULAR	1	\$ 350.000
73	248400	REPARACION DE APARATOLOGIA FIJA O REMOVIBLE SOD	1	\$ 150.000
74	242400	REPARACION O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD SIN MATERIALES	1	\$ 500.000
75	232102	RESINA DE FOTOCURADO 1 SUPERFICIE	1	\$ 90.000
76	232102	RESINA DE FOTOCURADO 2 SUPERFICIES	1	\$ 100.000
77	232102	RESINA DE FOTUCURADO 3 SUPERFICIES	1	\$ 120.000
78	973400	RETIRO DE APARATOLOGIA ORTODONTICA FIJA SOD	1	\$ 170.000
79	973500	RETIRO DE PROTESIS DENTAL FIJA POR UNIDAD	1	\$ 140.000
80	237504	SELLADO NO QUIRURGICO DE PERFORACION ENDODONTICA	1	\$ 370.000
81	237503	SELLADO QUIRURGICO DE PERFORACION ENDODONTICA	1	\$ 720.000
82	237101	TERAPIA DE DIENTE VITAL (RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO)	1	\$ 340.000
83	870306	TOMAGRAFIA MAXILAR INFERIOR	1	\$ 200.000
84	870305	TOMAGRAFIA MAXILAR SUPERIOR	1	\$ 200.000
85	879142	TOMOGRAFIA BIMAXILAR	1	\$ 340.000

ESTE ANEXO ES DE CARÁCTER INFORMATIVO Y NO DEBE SER MODIFICADO POR LOS OFERENTES SO PENA RECHAZO DE LA OFERTA.

**ANEXO
OFERTA ECONOMICA**

ITEM	DESCRIPCION	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO SOBRE EL PRECIO TECHO INCLUIDO IVA
1	237401	CIRUGÍA APICAL POR DIENTE	1	\$ 770.000	%
2	247101	COLOCACION DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD - CONVENCIONAL	1	\$ 350.000	
3	247100	COLOCACION DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTOPEdia (ARCADA) MANTENEDOR DE ESPACIO O ARCO LINGUAL O BOTON DE NANCE O REJILLA LINGUAL FIJA O BARRA PALATINA	1	\$ 547.020	
4	247202	COLOCACION DE APARATOLOGIA REMOVIBLE EXTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	1	\$ 250.000	
5	247201	COLOCACION DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE INTRAORAL PARA ORTOPEdia MAXILAR (ARCADA) -PLACAS DE EXPANSION CON REJILLA LINGUAL Y RESORTES	1	\$ 950.000	
6	247300	COLOCACION DE APARATOS DE RETENCION SOD	1	\$ 220.000	
7	247300	COLOCACION DE APARATOS DE RETENCION SOD ARCADA	1	\$ 196.990	
8	234104	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMOCURADA	1	\$ 226.240	
9	234102	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	1	\$ 150.000	
10	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	1	\$ 100.000	
11	890318	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	1	\$ 100.000	
12	890320	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEdiATRIA	1	\$ 100.000	
13	890322	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	1	\$ 100.000	
14	890321	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	1	\$ 100.000	
15	890324	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL	1	\$ 100.000	
16	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	1	\$ 120.000	
17	890218	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	1	\$ 120.000	
18	890220	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEdiATRIA	1	\$ 120.000	
19	890222	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	1	\$ 120.000	
20	890221	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	1	\$ 120.000	
21	890224	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL	1	\$ 120.000	
22	893106	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA, REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPEdICO FUNCIONAL Y MECANICO	1	\$ 100.000	
23	244101	CORONAS METALICAS	1	\$ 150.000	
24	234104	CORONAS PLASTICAS	1	\$ 150.000	
25	243501	CUÑA DISTAL	1	\$ 385.000	
26	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL POR CUADRANTE	1	\$ 219.354	
27	762105	ELIMINACION DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	1	\$ 350.000	
28	237302	ENDODONCIA BIRRADICULAR	1	\$ 416.397	
29	237303	ENDODONCIA MULTIRRADICULAR	1	\$ 522.299	
30	237301	ENDODONCIA UNIRRADICULAR	1	\$ 277.603	
31	243101	ESCISION DE LESION BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCIA HASTA DE TRES CENTIMETROS	1	\$ 350.000	
32	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	1	\$ 250.000	
33	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	1	\$ 100.000	
34	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	1	\$ 80.000	

35	231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	1	\$ 220.000
36	231100	EXODONCIA DE RESTO RADICULAR CON COLGAJO UNIRADICULAR	1	\$ 190.000
37	230102	EXODONCIA SIMPLE DE DIENTE PERMANENTE MULTIRADICULAR	1	\$ 170.000
38	230101	EXODONCIA SIMPLE DE DIENTE PERMANENTE UNIRADICULAR	1	\$ 90.000
39	973400	EXTRACCION DE APARATOLOGIA ORTODONTICA FIJA SOD	1	\$ 100.000
40	973300	EXTRACCION DE FERULAS DENTALES SOD	1	\$ 140.000
41	247402	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR)	1	\$ 60.000
42	237603	FISTULIZACION ENDODONTICA	1	\$ 120.000
43	237602	FISTULIZACION ENDODONTICA POR INCISION	1	\$ 120.000
44	274100	FRENILECTOMIA LABIAL	1	\$ 193.009
45	256100	FRENILLECTOMÍA LINGUAL	1	\$ 282.345
46	236200	IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD	1	\$ 2.200.000
47	270101	INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	1	\$ 180.000
48	234105	INSERCIÓN O APLICACION DE CORONA EN FELDESPATO	1	\$ 1.600.000
49	234105	INSERCIÓN O APLICACION DE CORONA SOBRE IMPLANTE	1	\$ 1.800.000
50	870456	JUEGO PERIAPICAL COMPLETO	1	\$ 135.456
51	248800	MASCARA FACIAL TERAPEUTICA + FÉRULA MC NAMARA	1	\$ 1.359.368
52	243500	OPERCULECTOMIA	1	\$ 160.000
53	997500	PAQUETE DE PROMOCION Y PREVENCIÓN (PROFILAXIS, BARNIZ DE FLUOR Y SELLANTES)	1	\$ 180.000
54	240500	PLACA NEUROMIORELAJANTE	1	\$ 534.425
55	242300	PLASTIAS PREPROTESICAS (AUMENTO DE CORONA CLINICA) POR ARCADEA	1	\$ 330.000
56	232300	POSTE EN FIBRA DE VIDRIO (UNIDAD)	1	\$ 530.000
57	234302	PROTESIS REMOVIBLE DENTOMUCOSOPORTADA	1	\$ 700.000
58	234401	PROTESIS TOTAL MEDIO CASO (SUPERIOR O INFERIOR)	1	\$ 800.000
59	237100	PULPECTOMIA	1	\$ 111.516
60	237200	PULPOTOMIA	1	\$ 100.000
61	237101	PULPOTOMIA CON MTA	1	\$ 300.000
62	237702	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) MULTIPLE	1	\$ 350.000
63	237701	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) UNICA	1	\$ 280.000
64	870114	RADIOGRAFIA PANORAMICA ESTANDAR	1	\$ 80.000
65	870101	RADIOGRAFIA PANORAMICA PERFIL	1	\$ 80.000
66	870450	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	1	\$ 40.000
67	240300	RASPAJE Y ALISADO RADICULAR A CAMPO ABIERTO (POR CUADRANTE)	1	\$ 250.000
68	242201	RASPAJE Y ALISADO RADICULAR A CAMPO CERRADO (POR CUADRANTE)	1	\$ 250.000
69	245100	REGULARIZACIÓN DE REBORDE	1	\$ 200.000
70	245100	REGULARIZACION DE REBORDE POR CUADRANTE	1	\$ 320.898
71	235100	REIMPLANTE POR DIENTE (POR AVULSIÓN)	1	\$ 210.000
72	237505	REMOCION DE RETENEDOR INTRARRADICULAR	1	\$ 350.000
73	248400	REPARACION DE APARATOLOGIA FIJA O REMOVIBLE SOD	1	\$ 150.000
74	242400	REPARACION O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD SIN MATERIALES	1	\$ 500.000
75	232102	RESINA DE FOTOCURADO 1 SUPERFICIE	1	\$ 90.000

76	232102	RESINA DE FOTUCURADO 2 SUPERFICIES	1	\$ 100.000
77	232102	RESINA DE FOTUCURADO 3 SUPERFICIES	1	\$ 120.000
78	973400	RETIRO DE APARATOLOGIA ORTODONTICA FIJA SOD	1	\$ 170.000
79	973500	RETIRO DE PROTESIS DENTAL FIJA POR UNIDAD	1	\$ 140.000
80	237504	SELLADO NO QUIRURGICO DE PERFORACION ENDODONTICA	1	\$ 370.000
81	237503	SELLADO QUIRURGICO DE PERFORACION ENDODONTICA	1	\$ 720.000
82	237101	TERAPIA DE DIENTE VITAL (RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO)	1	\$ 340.000
83	870306	TOMAGRAFIA MAXILAR INFERIOR	1	\$ 200.000
84	870305	TOMAGRAFIA MAXILAR SUPERIOR	1	\$ 200.000
85	879142	TOMOGRAFIA BIMAXILAR	1	\$ 340.000

NOTA 1: Se indica al oferente que el diligenciamiento de este formato corresponde estrictamente a indicar el porcentaje de descuento sobre la totalidad de los ítems descritos en la oferta.

NOTA 2: El porcentaje (%) de descuento ofrecido aplica para el precio techo unitario.

NOTA 3: El oferente deberá informar si valor ofertado incluye o no el IVA, o si está exento

NOTA 4: El valor unitario adjudicado se aproximará a la unidad de peso más cercana.

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT C.C C.E): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C C.E.) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

**ANEXO
SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS**

Bogotá D.C.,

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

La firma _____ se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso **PN RASES No. 1 MIC 054 2023**, durante la vigencia del contrato si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto **PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, ESPECIALIDADES EN EL AREA Y PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA.**

EL PROPONENTE:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT C.C C.E): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C C.E.) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

**FORMULARIO
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA**

Bogotá, D.C., ____ de 2023

Señores

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Contratación **PN RASES No. 1 MIC 054 2023** que tiene por objeto **PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, ESPECIALIDADES EN EL AREA Y PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA.**

Apreciados Señores:

El (a) suscrito (a) _____ mayor de edad, domiciliado (a) en _____, en atención a la Minima cuantia **PN RASES No. 1 MIC 054 2023**, convocado por la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1** cuyo objeto es **PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, ESPECIALIDADES EN EL AREA Y PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA** manifiesto lo siguiente:

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

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

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación y de sus anexos y formularios, así como las adendas hechos al mismo.
2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
3. Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política, Ley 80 de 1993, Decreto 1082 de 2015, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011 y demás normas vigentes que puedan impedir o vicien la presentación de nuestra oferta o la firma del Contrato que pudiera resultar de la eventual adjudicación.
4. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en la invitación y en la Ley, y cualquier omisión, contradicción ó declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.
5. Que nos comprometemos con la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, a prestar los servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados en la invitación, con las especificaciones y en los

términos, condiciones y plazos establecidos y en las condiciones de la carta de presentación de la propuesta.

6. Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características y especificaciones de los servicios que nos obligamos a prestar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los servicios se prestarán a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de la invitación, anexos, formularios y adendas que llegaren a suscribirse.
7. Manifestamos además que hemos realizado el examen completo y cuidadoso, y que hemos investigado plenamente, las condiciones del contrato que nos comprometemos a ejecutar, así como los riesgos que del mismo se derivan, y declaramos que se encuentra bajo nuestra responsabilidad y es nuestra especialidad técnica el conocimiento detallado de los servicios y en general, que conocemos todos los factores determinantes de los costos de ejecución del contrato a suscribir, los cuales se encuentran incluidos en los términos de nuestra propuesta.
8. En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.
9. Reconocemos que ni la invitación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba.
10. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del contrato que se nos ofrece, conforme al **Anexo 9** "Minuta del Contrato" de la invitación y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del contrato, salvo aquellas modificaciones que determine incluir **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**, por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de las adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación, las que de antemano aceptamos.
11. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana y en consecuencia, consideramos que la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1** se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y al público en general (Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).

12. Declaramos bajo juramento, el que se entiende presentado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.
13. Que me obligo a suministrar a solicitud de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1** cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
14. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es):
(Dirección para notificaciones): Teléfono (os): Fax
15. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).
16. Que aceptamos recibir las notificaciones que me sean enviadas vía correo electrónico por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, las cuales recibiré en los siguientes correos electrónicos. 1) _____ 2) _____
17. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
18. Que la vigencia de la presente oferta es de cuatro (04 meses, contados a partir de la presentación de la misma.

Cordialmente, _____
(Firma del representante legal del proponente)

FORMULARIO

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD _____ FECHA _____

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

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____ C.C. _____

Dirección: _____ Teléfono _____

Departamento _____ Ciudad _____ Municipio _____

Denominación de la cuenta Corriente _____

Ahorros _____

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____ Código _____ Ciudad _____

Dirección _____ Teléfono _____

Número de la cuenta _____

(Adjuntar certificación bancaria)

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

FORMULARIO

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.

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

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Mínima Cuantía , Número **PN RASES No. 1 MIC 054 2023** cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, ESPECIALIDADES EN EL AREA Y PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA.**

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal : domiciliado en Domicilio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

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

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

TERCERO: que siendo del interés del proponente participar en el proceso de selección aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se registrá por los siguientes compromisos:

COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.

Nos comprometemos a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

El proponente no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,

El proponente se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

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

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

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

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

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

El proponente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la solicitud de oferta del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de (ciudad donde se firma el presente documento) a los (día del mes en letras y números, días del mes de del año)

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT C.C C.E): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C C.E.) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

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.

FORMULARIO

ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS

Proceso de Contratación **PN RASES No. 1 MIC 054 2023**

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2023

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

Yo _____ Identificado (a) con cédula de ciudadanía Nro. _____ expedida en _____ certifico que lo que los activos y recursos que conforman el patrimonio de la empresa o establecimiento de comercio (según corresponda) _____ Nit. _____, así como el patrimonio de cada uno de los socios, que se destinaran para el desarrollo del proceso de Mlima Cuantía número **PN RASES No. 1 MIC 054 2023** cuyo objeto es **PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, ESPECIALIDADES EN EL AREA Y PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA** Proviene de actividades lícitas y que no estamos incluidos en listas nacionales o internacionales de lavado de activos.

Manifestación que se entiende prestada bajo la gravedad de juramento.

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT C.C C.E): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C C.E.) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

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

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

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.

POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Contratación Directa Número **PN RASES No. 1 MIC 054 2023** cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, ESPECIALIDADES EN EL AREA Y PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA.**

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, 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: _____

Identificación (NIT C.C C.E): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C C.E.) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

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

FORMULARIO

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

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

EL PROPONENTE:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT C.C C.E): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C C.E.) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.

POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Contratación Directa, Número **PN RASES No. 1 MIC 054 2023** cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, ESPECIALIDADES EN EL AREA Y PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA.**

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o unión temporal proponente). domiciliado en Domicilio de la persona firmante, identificado con Documento de identificación de la persona firmante y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal Seleccionar la opción correspondiente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

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

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

1. Mantener en reserva y no divulgar la **información confidencial** revelada por la **policía nacional** o por terceros formalmente designados para el efecto.
2. Mantener en reserva y no divulgar ni utilizar, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el **contrato**, la información que le sea entregada directamente por la **policía nacional** y/o sus designados.
3. Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del **contrato**.
4. Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de la **información confidencial**.

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

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT C.C C.E): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C C.E.) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

**FORMULARIO APOYO A LA INDUSTRIA
(SOLO EN CASO DE EMPATE)**

Bogotá, D.C., ____ de 2023

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

Referencia: Apoyo a la industria nacional del proceso de MINIMA CUANTIA, Número **PN RASES No. 1 MIC 054 2023** cuyo objeto la **“PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, ESPECIALIDADES EN EL AREA Y PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA”**. Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal y/o comprometiendo a las personas naturales y/o personas jurídicas que represento o apodero que:

1. OFRECIMIENTO DE BIENES Y/O SERVICIOS NACIONALES (PRODUCCIÓN NACIONAL, ACUERDO O TRATADO INTERNACIONAL O PRINCIPIO DE RECIPROCIDAD)

Este punto lo deben diligenciar los oferentes cuyos bienes y/o servicios sean prestados y suministrados así:

		Marcar (X) según corresponda
Por Producción Nacional	Cuando es prestado y/o suministrado por un oferente colombiano o residente en Colombia	SI <input type="checkbox"/>
Por Acuerdo o Tratado Internacional o Principio de Reciprocidad	Para los bienes y/o servicios correspondientes a empresas nacionales de países que hacen parte de Acuerdos o Tratados Internacionales celebrados con Colombia para compras estatales aplicables a este proceso de contratación	SI <input type="checkbox"/> Deberá allegar diligenciado el formulario indicación de trato nacional
	Para los bienes y/o servicios correspondientes a empresas nacionales de países que aplican el Principio de Reciprocidad	SI <input type="checkbox"/> Deberá allegar diligenciado el formulario indicación de trato nacional

Porcentaje de los bienes y/o servicios de acuerdo con el desarrollo del proceso contractual.	Certifico Marcar con (x) donde corresponda
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	<input type="checkbox"/>
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	<input type="checkbox"/>
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	<input type="checkbox"/>

Nota 1: El oferente que certifique en mayor porcentaje con el cumplimiento de cualquiera de las situaciones y condiciones exigidas en el Numeral 1 y de acuerdo a las condiciones establecidas en **ESTÍMULO A LA INDUSTRIA NACIONAL (CRITERIOS DE DESEMPATE)** se beneficiará de este criterio de desempate.

Nota 2: los oferentes que hayan diligenciado el Numeral 1 del presente formulario, en cualquiera de sus apartes, no deberán diligenciar lo exigido en el Numeral 2 de este formulario

Nota 3: para la verificación de que trata el Numeral 1 de este formulario, el mismo se entenderá prestado bajo la gravedad de juramento con su suscripción.

2. OFRECIMIENTOS DE BIENES Y/O SERVICIOS EXTRANJEROS CON COMPONENTE NACIONAL

Este punto lo deben diligenciar los oferentes cuyos bienes y/o servicios sean ejecutados así:

		Marcar (X) según corresponda
Por Componente Nacional	Cuando la incorporación de bienes y/o servicios es realizada mediante la vinculación de personas naturales o jurídicas que presten servicios profesionales, técnicos u operativos	SI <input type="checkbox"/>
En el Exterior	Cuando la incorporación de bienes y/o servicios es realizada mediante la vinculación de personas naturales o jurídicas que presten servicios profesionales, técnicos u operativos extranjeras	SI <input type="checkbox"/>

Porcentaje de los bienes y/o servicios de acuerdo con el desarrollo del proceso contractual.	Certifico Marcar con (x) donde corresponda
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	<input type="checkbox"/>
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	<input type="checkbox"/>
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	<input type="checkbox"/>

Nota 1: los oferentes que demuestren el cumplimiento de cualquiera de las situaciones y condiciones exigidas en el Numeral 2 y de acuerdo a las condiciones establecidas en **ESTÍMULO A LA INDUSTRIA NACIONAL (CRITERIOS DE DESEMPATE)** se beneficiará de este criterio de desempate.

Nota 2: la incorporación de componente colombiano puede ofrecer servicios profesionales, técnicos y operativos, para esto último deberá allegar el comprobante de afiliación al Sistema General de Seguridad Social o copia de Contratos de Trabajo o Comprobante de los Pagos de Nómina. En todo caso, el componente nacional debe corresponder al porcentaje mínimo aquí exigido.

Nota 3: para la verificación de que trata el Numeral 2 de este formulario, el mismo se entenderá prestado bajo la gravedad de juramento con su suscripción.

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT C.C C.E): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C C.E.) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

FORMULARIO

INDICACION DE TRATO NACIONAL (SOLO EN CASO DE EMPATE)

Bogotá, D.C., ____ de 2023

Señores

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

Referencia: Indicación de trato nacional Diligenciar el cargo a desempeñar para el proceso de MINIMA CUANTIA, Número **PN RASES No. 1 MIC 054 2023** cuyo objeto la **“PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, ESPECIALIDADES EN EL AREA Y PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA”**.

En observancia a lo establecido en el Artículo 2.2.1.2.4.1.3 del Decreto 1082 de 2015, de conformidad con el Artículo 20 de Ley 80 de 1993 y para efectos del Parágrafo del Artículo 1 de la Ley 816 de 2003, modificado por el Artículo 51 del Decreto 019 de 2012; para acreditarse como productor 100% nacional se deberá diligenciar por parte del Oferente el siguiente Anexo, discriminando la información dependiendo si es un Tratado o Acuerdo Internacional o si aplica el Principio de Reciprocidad, así;

PARA TRATADOS O ACUERDOS INTERNACIONALES

En caso de haberse suscrito y se encuentre vigente Acuerdo o Tratado Internacional alguno aplicable al presente proceso de contratación, indicar los siguientes datos:

Identificación o denominación del Acuerdo o Tratado: Diligenciar identificación del acuerdo.

Objeto del Tratado: Diligenciar el objeto del tratado

Ubicación en el SECOP (Link): Diligenciar link de consulta

RECIPROCIDAD

En ausencia de Acuerdo o Tratado Internacional, pero si existe trato nacional en virtud del Principio de Reciprocidad, indicar los siguientes datos:

Fecha de la expedición de la certificación: seleccionar fecha de expedición.

Estado sobre el que se certifica: Diligenciar estado.

Ubicación en el SECOP (LINK): Diligenciar link de consulta

Nota: estos datos serán verificados por la UNIDAD EJECUTORA por medio de la Página Web www.colombiacompra.gov.co, teniendo en cuenta que conforme con el *“Manual para el manejo de los Acuerdos Comerciales en Procesos de Contratación”* Versión M-MACPC-12 expedido por la Agencia Nacional de Contratación, la Entidad debe verificar los contenidos sobre Trato Nacional ya que no en todos los casos los conoce.

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT C.C C.E): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C C.E.) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

