ANEXO
CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITANTES

El oferente deberá marcar con una X, en el siguiente cuadro su manifestación voluntaria de aceptación de cumplimiento a las especificaciones técnicas establecidas en los siguientes cuadros; donde se pueda evidenciar CUMPLE o NO CUMPLE

REQUISITOS GENERALES

a. Las especificaciones técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta se considerará rechazada.
b. En la columna CUMPLE / NO CUMPLE, se verificarán las especificaciones técnicas ofertadas por la firma; así mismo deberá anexar la información requerida.

El oferente no deberá modificar ni cambiar el presente anexo

Para lo anterior se diligencia la información en el siguiente cuadro:

ÍTEM	CUPS	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	OFRECE	NO OFRECE
1	970200	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMÍA SOD		
2	451302	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO (VEDIOCAPSULA)		
3	881317	ECOGRAFIA ENDOSCOPICA BILIOPANCREATICA		
4	542901	ECOGRAFIA ENDOSCOPICA BILIOPANCREATICA + BIOPSIA POR PUNCION Y ASPIRACION GUIADA POR ECOENDOSCOPIA		
5	881319	ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DE RECTO		
6	881312	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESÓFAGO		
7	881314	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESTÓMAGO O DUODENO		
8	451306	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO CON BIOPSIA (DOBLE BALON)		
9	451302	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO (ARGON PLASMA)		
10	429209	DILATACION ESOFAGICA CON DISPOSITIVO (CON BALON)		
11	489400	DILATACION INSTRUMENTAL ENDOSCOPICA DE RECTO SOD		
12	429209	DILATACION ESOFAGICA CON DISPOSITIVO (BUJIA SAVARY)		
13	423305	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS VIA ENDOSCOPICA		
14	893201	MANOMETRÍA ESOFÁGICA SIN IMPEDANCIOMETRÍA		
15	893202	MANOMETRÍA ESOFÁGICA CON IMPEDANCIOMETRÍA		
16	482701	MANOMETRIA ANORECTAL		
17	516402	ESCISION DE LA AMPOLLA DE VATER VIA ENDOSCOPICA		
18	512302	LITOTRIPSIA INTRADUCTAL POR COLEDOCOSCOPIA		
19	511707	BIOPSIA DE VIA BILIAR POR COLEDOCOSCOPIA		
20	434102	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA		
21	903043	PRUEBA DE ALIENTO 13 C UREA PARA HELICOBACTER PYLORI		
22	434102	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA (ARGON PLASMA)		
23	454203	CONTROL DE HEMORRAGIA DE COLON Y RECTO VIA ENDOSCOPICA (ARGON PLASMA)		
24	399200	INYECCIÓN DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA CON CIANOCRILATO)		
25	893901	MONITOREO DE PH ESOFAGICO EN 24 HORAS [PHMETRIA] SIN IMPEDANCIOMETRIA		
26	893905	MONITOREO DE PH ESOFAGICO EN 24 HORAS [PHMETRIA] CON IMPEDANCIOMETRIA		
27	452303	COLONOSCOPIA CON MAGNIFICACION O CROMOENDOSCOPIA		
28	452305	COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOSIA		
29	441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SIN BIOPSIA		

30	441303	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON MAGNIFICACIÓN O CROMOENDOSCOPIA		
31	429301	INSERCION DE DISPOSITIVO EN ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA INCLUYE PRECORTE Y STENT METALICO AUTOEXPANDIBLE		
32	452401	SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RIGIDA		
33	434001	ESCISION DE POLIPOS GASTRICOS VIA ENDOSCOPICA		
34	423301	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DE ESOFAGO		
35	454207	RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPIA (1-3)		
36	454208	RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPIA (4-10)		
37	454209	RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (11 O MÁS)		
38	431002	GASTROSTOMÍA VIA PERCUTANEA [ENDOSCOPICA]		
39	429405	EXTRACCIÓN ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO		
40	434103	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE CORRIENTE BIPOLAR		
41	511000	COLANGIO-PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE) SOD		
42	519503	EXTRACCION DE DISPOSITIVO PROTESICO DE VIA BILIAR SOD (39)		
43	518902	INSERCION DE DISPOSITIVO EN VIA BILIAR VIA ENDOSCOPICA		
44	518902	INSERCION DE DISPOSITIVO EN VIA BILIAR VIA ENDOSCOPICA INCLUYE PRECORTE Y STENT METALICO AUTOEXPANDIBLE		
45	529300	INTERSECION ENDOSCOPIA DE TUBO TUTOR (PROTESIS (STENT)) EN CONDUCTO PANCREATICO SOD (39)		
46	434500	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA GASTRICA SOD		
47	454205	MUCOSECTOMIA DE COLON O RECTO POR VIA ENDOSCOPICA SOD		
48	512301	LITOTRIPSIA BILIAR POR CONLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA		
49	518801	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS DE LAS VÍAS BILIARES CON ESFINTEROTOMIA		
50	524101	DRENAJE TRANSGASTRICO ENDOSCOPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO INCLUYE STENT METALICO AUTOEXPANDIBLE		
51	524101	DRENAJE TRANSGASTRICO ENDOSCOPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO NO STENT METALICO AUTOEXPANDIBLE		
52	425801	CIERRE DE PERFORACIÓN O FISTULA ESOFÁGICA VÍA ENDOSCOPIA		
53	449301	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAGÁSTRICO RESTRICTIVO POR ENDOSCOPIA		
54	449401	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAGÁSTRICO RESTRICTIVO POR ENDOSCOPIA		
55	886101	ELASTOGRAFÍA		
56	491201	ANOSCOPIA CON MAPEO		
57	492100	ANOSCOPIA SOD		
58	872103	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CON MARCADORES		
59	452302	COLONOSCOPIA IZQUIERDA CON EQUIPO FLEXIBLE BAJO SEDACION		
60	893824	PRUEBA DE HIDROGENO ESPIRADO		
61	931001	TERAPIA BIOFEEDBACK DE GASTROENTEROLOGIA		
62	483600	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DE RECTO SOD		
63	482301	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA		
64	518500	ESFINTERECTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA SOD		
65	518401	DILATACION ENDOSCOPICA DE AMPOLLA Y CONDUCTO BILIAR SOD		
66	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA		
67	898102	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA		
68	898103	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA		
69	898244	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESCENCIA EN BIOPSIA		
70	890241	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA		
71	890341	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA		
72	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA		
73	890247	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA		
74	890346	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA		
75	890347	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO PARA ESPECIALISTA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA		
76	890253	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA E HEPATOLOGIA		

77	890353	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA		

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	OFRECE	NO OFRECE
1	REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, el oferente deberá anexar a la oferta el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social REPS, de conformidad con la Ley 10 de 1990., Resolución 3100 de 2019. Y Deberá Estar Habilitado En Mínimo Los Servicios De Gastroenterología		
2	El oferente debe anexar con su propuesta, certificación de soporte de suficiencia firmado por el representante legal a partir de su capacidad Instalada para prestar los servicios a contratar, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.		
3	El oferente debe anexar con su propuesta portafolio de servicios de salud actualizado con códigos CUPS.		
4	Anexar instructivo o protocolo para la referencia de usuarios donde se documenten las líneas de comunicaciones (teléfonos, fax, correo electrónico), que operen de 07:00 am a 05:00 pm en jornada continua de lunes a viernes, por el tiempo que dure el contrato		
5	Contar con un sistema de agendamiento para los usuarios que sean enviados desde la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 en donde las solicitudes de citas sean agendadas con las correspondientes indicaciones de preparación para la correcta toma del procedimiento diagnóstico o terapéutico y el informe de las respuestas a Referencia de la Regional para respectivo agendamiento.		
6	El oferente debe anexar Garantía de disponibilidad, mediante certificación firmada por el representante legal de la IPS debe constar la existencia y disponibilidad de los equipos médicos que destinarán para la prestación de los servicios, acordes al nivel de complejidad, (realización de los procedimientos, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y patología).		
7	El oferente con su oferta deberá certificar que los equipos con los cuales realizará la prestación del servicio. cuentan con la licencia de funcionamiento		
8	Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley o las autoridades administrativas o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas.		
9	Oportunidad para la asignación de citas a pacientes de consulta externa: Para pacientes ambulatorios remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 el oferente se compromete a ofrecer oportunidad en la asignación de cita en un plazo máximo de 72 Horas.		
10	Oportunidad para la aceptación de pacientes hospitalizados o del servicio de urgencias: para pacientes que requieran procedimientos diagnósticos o terapéuticos, el oferente se compromete a ofrecer oportunidad en la aceptación del paciente en un plazo máximo de 2 horas.		
11	El oferente se compromete a garantizar la oportunidad de los procedimientos diagnósticos y procedimientos terapéuticos ambulatorios de los diferentes servicios ofertados en un tiempo no superior a 15 días calendario.		
12	El oferente se compromete a realizar el inicio del tratamiento una vez asignada la cita de la siguiente manera: •Para Urgencias máximo 2 horas. •Para tratamiento convencional máximo 8 días.		
13	El oferente garantiza que los medicamentos utilizados y suministrados por el oferente para el tratamiento integral; cuentan con el registro de INVIMA y BPM como prueba de calidad de los mismos.		
14	Los servicios serán prestados en la ciudad de Bogotá D.C., en las instalaciones de la entidad ganadora del presente proceso contractual.		
15	El oferente se compromete a prestar los servicios ofertados al usuario después de verificar la presentación de los siguientes documentos: la orden médica, documento de identificación del paciente, carné de afiliación al sistema de Salud de la Policía		

	Nacional (excepto casos de retiro en proceso por medicina laboral) y la Orden de Servicio Externo generada por la Oficina de Referencia y Contra referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1.		
16	El oferente deberá asignar un coordinador para la recepción de las órdenes y autorizaciones expedidas por la Regional de Aseguramiento en Salud No.1, en horario de atención de 7:00 am a 7:00 pm de lunes a viernes con un número telefónico disponible y garantizar la asignación de cita.		
17	En el caso que se requiera un procedimiento que no esté contemplado dentro de la oferta inicial y el contratista se encuentre en la capacidad de realizarlo, este se podrá prestar única y exclusivamente mediante autorización escrita firmada por el jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 de la Policía Nacional, y cancelado tomando como referencia la tarifa pactada, previo concepto del supervisor y solicitud de modificación del contrato.		
18	El oferente que resulte adjudicatario no podrá en ningún caso repetir los estudios paraclínicos realizados en la fase de diagnóstico por la Regional de Aseguramiento en Salud No.1, los cuales acompañan la orden de servicio externo expedida por el profesional tratante.		
19	El oferente deberá garantizar la prestación del servicio en forma continua a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No.1, mediante la aplicación de los conocimientos profesionales, con calidad y seguridad siguiendo los protocolos, bajo los principios de eficacia, oportunidad, universalidad y solidaridad que así lo amerite.		
20	El oferente se compromete a que el manejo del paciente debe comprender las complicaciones presentadas durante los procedimientos y hasta superar las mismas, sin que genere costo adicional a la Policía Nacional.		
21	MEDICAMENTOS: El oferente deberá conocer y adoptar en materia de medicamentos, el Acuerdo No 080 de 2022 por el cual se dio a conocer el Manual de medicamentos y terapéutica del Subsistema. Por lo tanto, toda prescripción médica para los usuarios y beneficiarios se deberá realizar basados en dicho manual. Cuando por la condición médica del paciente sea necesario prescribir medicamentos no incluidos en el POS, se deberá diligenciar el formato de Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud – EIPS (Anexo No. 4 Formato de justificación medicamentos por fuera del manual único de medicamentos y terapéutica del SSMP, suplementos nutricionales ambulatorios y medicamentos UNIRS), el diligenciamiento de este documento deberá realizarse dentro de la misma atención y en todo caso no deben generar una orden adicional para su expedición, teniendo en cuenta que la Policía Nacional pertenece al régimen especial.		
22	El oferente se compromete a brindar en la prestación de los servicios oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.		
23	El oferente se compromete a informar al paciente sobre el procedimiento que se va a realizar y se firme el consentimiento médico informado.		
24	El oferente se compromete en todos los casos, una vez atendido el usuario, a enviar una contrarreferencia del tratamiento realizado una vez finalizado, dirigido al jefe de Referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1, que incluya un resumen de historia clínica del paciente, especificando los procedimientos realizados, fecha de inicio del tratamiento, fecha de finalización, complicaciones presentadas y recomendaciones para controles posteriores.		
25	El oferente se compromete a enviar al supervisor del contrato, informe mensual de la ejecución del contrato con la relación de los pacientes y tratamientos realizados, así como los indicadores de oportunidad y calidad.		
26	El oferente se compromete a realizar procedimientos que no se encuentren dentro del Acuerdo No.002 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, una vez se cuente con la aprobación del Comité EIPS de la Dirección de Sanidad, el cual será anexado por referencia y contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 a la orden médica.		

27	La asignación de las citas para procedimientos diagnósticos y procedimientos terapéuticos se realizará con la autorización expedida en Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1.		
28	Cumplir con los ordenamientos éticos y morales que impone la prestación del servicio de salud.		
29	Informar a la Regional de Aseguramiento en Salud No.1, todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios.		
30	El oferente se compromete a implementar sus propios programas para el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud del Sistema General de seguridad social en salud y de sus componentes a saber: a) sistema único de habilitación, b) la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud, c) el sistema de información para la calidad según lo dispone el decreto 1011 de 2.006 y demás normas que lo sustituyan, modifiquen o adicionen. De igual forma se compromete a suministrar mensualmente al contratante los indicadores de seguimiento a riesgos y de calidad, según los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social y demás autoridades del sector, sin perjuicio de que el contratante pueda a su vez realizar visitas y gestiones de auditorías y ejercer inspección y control sobre las historias clínicas de aquellos pacientes que hayan sido o estén siendo atendidos, en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 1011 de 2.006 y demás normas que lo modifiquen, aclaren o complementen, d) entregar los informes que la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 requiera de acuerdo a lo estipulado en la Ley, para dar cumplimiento a la Circular 030 de 2.006 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud y a las normas que la modifiquen, adicionen, aclaren o complementen.		
31	El oferente brindará atención médica con personal graduado y altamente calificado, mediante la aplicación de conocimientos, experiencias y la tecnología de punta de acuerdo al nivel de complejidad.		
32	El oferente designará un par medico competente como apoyo de solución a los inconvenientes que den lugar en la ejecución del contrato, el cual disponga de medios logísticos para la comunicación y el acceso a la información constante, que permita atender los requerimientos realizados por el supervisor del contrato, tales como informes, reuniones, conceptos, entre otros.		
33	El oferente se compromete a presentar la facturación correspondiente al mes causado, dentro de los cinco días hábiles siguientes al mes vencido, a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.		
34	El oferente se compromete a responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del contrato.		
35	Una vez terminados los recursos o el tiempo pactado en el contrato, no se continuará prestando los servicios objeto del mismo.		
36	El oferente se compromete a suministrar la información estadística (RIPS) sobre las diferentes actividades, procedimientos asistenciales y entrega de medicamentos, la cual deberá contener la información desagregada e individualizada por paciente del 100% de los servicios prestados, presentada y ajustada a los parámetros de la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000 del Ministerio de Salud que define los RIPS, Resolución 1531 de 2014 en concordancia con la Circular 025 de 2020 del Ministerio de Salud.		
37	El oferente se compromete a disponer de un sistema de información sistematizado de las historias clínicas que registre de forma individual las actividades desarrolladas, utilizando la codificación establecida y con las especificaciones técnicas necesarias para la recolección completa de los datos requeridos para la presentación de la cuenta de cobro.		
38	El oferente se compromete a cumplir con las exigencias legales y éticas en el manejo de la Historia Clínica de los pacientes.		
39	El oferente se compromete a disponer de una línea de Atención e Información al Usuario para garantizar el buen servicio a nuestros afiliados, la cual se le debe dar a conocer a los usuarios que sean remitidos; el horario de atención telefónica debe ser de 07:00 am a 05:00 pm en jornada continua de lunes a viernes, por el tiempo que dure el contrato.		

40	CONDICIONES DEL SERVICIO - EXCUSA DE SERVICIO POR INCAPACIDAD MÉDICA: el oferente debe cumplir la Directiva Administrativa Permanente No.003 DIPON-DITAH del 2023, la cual estipula “Directrices a observar en la expedición y registro de las excusas de servicio por incapacidad médica o licencia por maternidad y para el control y seguimiento del personal excusado de servicios”, o las normas que la modifiquen o deroguen, la cual estipula entre otras cosas, lo siguiente: Excusa de Servicio por Incapacidad Médica. Es el documento mediante el cual se emite el concepto Médico u Odontológico de inhabilidad física y/o mental, que impida desempeñar en forma total o parcial su trabajo habitual. Se definen dos clases de excusa de servicio. Excusa de Servicio Parcial. Es el documento que establece la inhabilidad física o mental, que impide al funcionario desempeñar algunas actividades propias de su labor. Los funcionarios deben acudir a la respectiva unidad diariamente, a fin de desarrollar labores las cuales pueden ser de tipo logístico - administrativo según el caso, de acuerdo a lo determinado por el profesional de la salud que emitió el documento. Excusa de Servicio Total. Es el documento que establece la inhabilidad física o mental, que impide al funcionario desempeñar su actividad laboral por un tiempo determinado. Los funcionarios deben cumplir la excusa en su residencia habitual o en la unidad a donde pertenecen (arranchados).		
41	El oferente deberá presentar el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración “Moderadamente Aceptable” (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		
42	El oferente garantizará la entrega al supervisor del contrato, de un informe mensual de la ejecución del contrato. El Contratista informará al supervisor del contrato cuando el presupuesto se encuentre en un 50 y 70% de ejecución, con el fin de tomar medidas para la continuidad de la prestación del servicio. De igual manera, deberá informar por escrito cuando el contrato se haya ejecutado en un 100% con el fin de evitar la sobre ejecución y evitar incurrir en faltas penales, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado.		
43	El oferente se compromete a NO exigir que el usuario deba ser nuevamente valorado por médicos especialistas de su empresa, bajo la justificación de avalar la realización de otras valoraciones o procedimientos ya ordenados por médicos gastroenterológicos de otras entidades.		
44	*TODAS LAS CONSULTAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS INCLUIDOS SE DEBEN REALIZAR CON SEDACIÓN Y TAL COSTO ESTÁ INCLUIDO EN LAS TARIFAS PRESENTADAS.*		
45	TODOS LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS SON PAQUETES DESDE EL INGRESO HASTA LA SALIDA DEL USUARIO.		
46	LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS, INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESTÁN INCLUIDOS DENTRO DE LOS PAQUETES.		

EXPERIENCIA

Para la acreditación de la experiencia del proponente, se debe exigir la presentación de máximo cinco (5) certificaciones y/o tres contratos ejecutados o en ejecución con empresas privadas y/o públicas 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 contratista debidamente suscrito por el representante legal del contratante o por la persona autorizada pata tal fin. 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 que se encuentren en ejecución al momento de presentar la oferta, además de la información solicitada en el párrafo anterior, se debe concluir el porcentaje de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, el cual será tomado para verificar la experiencia solicitada.

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 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 por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, para efectos de verificación de la experiencia se tomarán únicamente las de mayor valor que cumplan con los requisitos exigidos en el presente proceso.

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

ANEXO
OFERTA ECONÓMICA

ITEM	CUPS	DESCRIPCION	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO APLICA SOBRE EL PRECIO TECHO UNITARIO PARA CADA UNO DE LOS ITEM (EXENTO IVA)
1	970200	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMÍA SOD	_____%
2	451302	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO (VEDIOCAPSULA)	
3	881317	ECOGRAFIA ENDOSCOPICA BILIOPANCREATICA	
4	542901	ECOGRAFIA ENDOSCOPICA BILIOPANCREATICA + BIOPSIA POR PUNCION Y ASPIRACION GUIADA POR ECOENDOSCOPIA	
5	881319	ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DE RECTO	
6	881312	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESÓFAGO	
7	881314	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESTÓMAGO O DUODENO	
8	451306	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO CON BIOPSIA (DOBLE BALON)	
9	451302	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO (ARGON PLASMA)	
10	429209	DILATACION ESOFAGICA CON DISPOSITIVO (CON BALON)	
11	489400	DILATACION INSTRUMENTAL ENDOSCOPICA DE RECTO SOD	
12	429209	DILATACION ESOFAGICA CON DISPOSITIVO (BUJIA SAVARY)	
13	423305	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS VIA ENDOSCOPICA	
14	893201	MANOMETRÍA ESOFÁGICA SIN IMPEDANCIOMETRÍA	
15	893202	MANOMETRÍA ESOFÁGICA CON IMPEDANCIOMETRÍA	
16	482701	MANOMETRIA ANORECTAL	
17	516402	ESCISION DE LA AMPOLLA DE VATER VIA ENDOSCOPICA	
18	512302	LITOTRIPSIA INTRADUCTAL POR COLEDOCOSCOPIA	
19	511707	BIOPSIA DE VIA BILIAR POR COLEDOCOSCOPIA	
20	434102	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA	
21	903043	PRUEBA DE ALIENTO 13 C UREA PARA HELICOBACTER PYLORI	
22	434102	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA (ARGON PLASMA)	
23	454203	CONTROL DE HEMORRAGIA DE COLON Y RECTO VIA ENDOSCOPICA (ARGON PLASMA)	
24	399200	INYECCIÓN DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA CON CIANOCRILATO)	
25	893901	MONITOREO DE PH ESOFAGICO EN 24 HORAS [PHMETRIA] SIN IMPEDANCIOMETRIA	
26	893905	MONITOREO DE PH ESOFAGICO EN 24 HORAS [PHMETRIA] CON IMPEDANCIOMETRIA	
27	452303	COLONOSCOPIA CON MAGNIFICACION O CROMOENDOSCOPIA	
30	441303	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON MAGNIFICACIÓN O CROMOENDOSCOPIA	
31	429301	INSERCION DE DISPOSITIVO EN ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA INCLUYE PRECORTE Y STENT METALICO AUTOEXPANDIBLE	
33	434001	ESCISION DE POLIPOS GASTRICOS VIA ENDOSCOPICA	
34	423301	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DE ESOFAGO	
35	454207	RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPIA (1-3)	
36	454208	RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPIA (4-10)	
37	454209	RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (11 O MÁS)	

38	431002	GASTROSTOMÍA VIA PERCUTANEA [ENDOSCOPICA]	
39	429405	EXTRACCIÓN ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	
40	434103	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE CORRIENTE BIPOLAR	
41	511000	COLANGIO-PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE) SOD	
42	519503	EXTRACCION DE DISPOSITIVO PROTESICO DE VIA BILIAR SOD (39)	
43	518902	INSERCION DE DISPOSITIVO EN VIA BILIAR VIA ENDOSCOPICA	
44	518902	INSERCION DE DISPOSITIVO EN VIA BILIAR VIA ENDOSCOPICA INCLUYE PRECORTE Y STENT METALICO AUTOEXPANDIBLE	
45	529300	INTERSECION ENDOSCOPIA DE TUBO TUTOR (PROTESIS (STENT)) EN CONDUCTO PANCREATICO SOD (39)	
46	434500	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA GASTRICA SOD	
47	454205	MUCOSECTOMIA DE COLON O RECTO POR VIA ENDOSCOPICA SOD	
48	512301	LITOTRIPSIA BILIAR POR CONLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA	
49	518801	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS DE LAS VÍAS BILIARES CON ESFINTEROTOMIA	
50	524101	DRENAJE TRANSGASTRICO ENDOSCOPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO INCLUYE STENT METALICO AUTOEXPANDIBLE	
51	524101	DRENAJE TRANSGASTRICO ENDOSCOPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO NO STENT METALICO AUTOEXPANDIBLE	
52	425801	CIERRE DE PERFORACIÓN O FISTULA ESOFÁGICA VÍA ENDOSCOPIA	
53	449301	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAGÁSTRICO RESTRICTIVO POR ENDOSCOPIA	
54	449401	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAGÁSTRICO RESTRICTIVO POR ENDOSCOPIA	
55	886101	ELASTOGRAFÍA	
56	491201	ANOSCOPIA CON MAPEO	
57	492100	ANOSCOPIA SOD	
58	872103	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CON MARCADORES	
59	452302	COLONOSCOPIA IZQUIERDA CON EQUIPO FLEXIBLE BAJO SEDACION	
60	893824	PRUEBA DE HIDROGENO ESPIRADO	
61	931001	TERAPIA BIOFEEDBACK DE GASTROENTEROLOGIA	
62	483600	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DE RECTO SOD	
63	482301	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA	
64	518500	ESFINTERECTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA SOD	
65	518401	DILATACION ENDOSCOPICA DE AMPOLLA Y CONDUCTO BILIAR SOD	
66	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	
67	898102	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA	
68	898103	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA	
69	898244	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESCENCIA EN BIOPSIA	
70	890241	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA	
71	890341	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA	
72	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	
73	890247	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	
74	890346	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	
75	890347	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO PARA ESPECIALISTA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	
76	890253	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA E HEPATOLOGIA	

NOTA 1: El porcentaje (%) único de descuento ofrecido aplica sobre el precio techo de todos los ítems exceptuando los ítems 28, 29, 32 y 77.

ITEM	CUPS	DESCRIPCION	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO APLICA SOBRE EL PRECIO TECHO UNITARIO PARA CADA UNO DE LOS ITEM (EXENTO IVA)
28	452305	COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOSIA	_____%

ITEM	CUPS	DESCRIPCION	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO APLICA SOBRE EL PRECIO TECHO UNITARIO PARA CADA UNO DE LOS ITEM (EXENTO IVA)
29	441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SIN BIOPSIA	_____%

ITEM	CUPS	DESCRIPCION	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO APLICA SOBRE EL PRECIO TECHO UNITARIO PARA CADA UNO DE LOS ITEM (EXENTO IVA)
32	452401	SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RIGIDA	_____%

ITEM	CUPS	DESCRIPCION	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO APLICA SOBRE EL PRECIO TECHO UNITARIO PARA CADA UNO DE LOS ITEM (EXENTO IVA)
77	890353	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA	_____%

NOTA 1: El porcentaje (%) de descuento ofrecido aplica para el precio techo unitario.
NOTA 2: 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
PROTECCIÓN A LA INDUSTRIA NACIONAL

De conformidad con lo establecido en el Decreto 680 de 2021, declaramos bajo la gravedad de juramento, comprometiendo nuestra responsabilidad personal y/o comprometiendo a las personas jurídicas que represento o apodero que:

1. PROMOCIÓN SERVICIOS NACIONALES O CON TRATO NACIONAL

Proponentes Nacionales	Certifico y me comprometo a vincular un porcentaje mínimo del 80% de empleados o contratistas por prestación de servicios colombianos. Marcar (X)
	Si ( ) No ( )

Proponentes extranjeros con Acuerdo o Tratado Internacional o Principio de Reciprocidad	Certifico y me comprometo a vincular un porcentaje mínimo del 80% de empleados o contratistas por prestación de servicios colombianos. Marcar (X) **y deberá allegar diligenciado el ANEXO No. 7** INDICACIÓN DE TRATO NACIONAL.
	Si ( ) No ( )

2. **INCORPORACIÓN DE COMPONENTE NACIONAL** (Aplica para Proponentes extranjeros sin derecho a Trato Nacional)

Certifico y me comprometo a vincular un porcentaje empleados o contratistas por prestación de servicios colombianos, así:

Personal del contrato	**Marcar (X)**
Del 0% al 80 % del personal incorporado al Contrato será colombiano	
Mas del 80% hasta el 85% del personal incorporado al Contrato será colombiano	
Mas el 85% hasta el 90% del personal incorporado al Contrato será colombiano	
Más del 90% del personal incorporado al Contrato será colombiano	

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
INDICACIÓN DE TRATO NACIONAL

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 otorgar puntaje 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: _____.
Objeto del Tratado: _____.
Ubicación en el SECOP (Link): _____.
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: _____.
Estado sobre el que se certifica: _____.
Ubicación en el SECOP (LINK): _____.

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-03 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.

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
CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2024

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

CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN (500 PUNTOS)

El oferente que ofrezca de manera adicional al mínimo requerido, como lo muestra la tabla de asignación de puntaje y que mejore las prestaciones de servicios sin costo para la Regional de Aseguramiento No.1, se le asignara máximo **300 puntos**

INDICADOR DE OPORTUNIDAD			**OFRECE**
ÍTEM	**DESCRIPCIÓN**	**ASIGNACIÓN DE PUNTAJE**	
1	El oferente que brinde consulta primera vez o control por gastroenterología menor a 7 días	110	
2	El oferente que brinde consulta primera vez o control por gastroenterología Pediátrica menor a 10 días	90	
3	El oferente que brinde consulta primera vez o control por hepatología menor a 15 días	80	
4	El oferente que brinde consulta primera vez o control por coloproctología menor a 15 días	20	

Nota: Para verificar este criterio se deberán anexar los soportes correspondientes donde pueda verificarse el aspecto ponderable requerido: número de sedes para atención, direcciones, teléfonos, registros de habilitación para cada servicio brindado y para cada sede.

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., __ __ ____ de 2024

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

La firma _____se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso **PN RASES No. 1 PN RASES No. 1 SA 025 2024**, durante la vigencia del contrato si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto es la **PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD DE GASTROENTEROLOGÍA ESPECIALIZADA Y DE ALTA COMPLEJIDAD CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**

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
CARTA DE COMPROMISO DEL RECURSO HUMANO

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2024

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

Yo _____ en calidad de Representante Legal de la firma _____ certifico bajo la gravedad de juramento que cuento con el **Recurso Humano** solicitado que cumple con la formación académica y experiencia requerida para la **PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD DE GASTROENTEROLOGÍA ESPECIALIZADA Y DE ALTA COMPLEJIDAD CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1** de acuerdo a lo establecido en el Anexo 1 Condiciones Técnicas.

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 se reserva el derecho de verificar la información que se encuentra respaldada con la presente carta de compromiso.

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 2024

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

Presentación de propuesta para el Proceso de Contratación Selección Abreviada Menor Cuantía **PN RASES No. 1 SA 025 2024**, que tiene por objeto **LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD DE GASTROENTEROLOGÍA ESPECIALIZADA Y DE ALTA COMPLEJIDAD CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**

Apreciados Señores:

El (a) suscrito (a)_____mayor de edad, domiciliado (a) en _____, en atención a la Contratación Selección Abreviada Menor Cuantía **PN RASES No. 1 SA 025 2024**, convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 DE LA POLICÍA NACIONAL cuyo objeto **PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD DE GASTROENTEROLOGÍA ESPECIALIZADA Y DE ALTA COMPLEJIDAD CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**

Manifiesto lo siguiente:

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

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

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación y de sus anexos y formularios, así como las adendas hechos al mismo.

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

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

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

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

6. Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características y especificaciones de los servicios que nos obligamos a prestar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones

necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los servicios se prestaran a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de la invitación, anexos, formularios y adendas que llegaren a suscribirse.

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

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

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

10. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del contrato que se nos ofrece, conforme al **Anexo** “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).

14. 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.

15. 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.

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

17. 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).

18. 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) _____

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

20. Que la vigencia de la presente oferta es de _____meses, contados a partir de la presentación de la misma.

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
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ FECHA _____

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

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____NIT _____C.C. _____

Dirección: _____ Teléfono_____

Fax_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta Corriente _____

Ahorros _____

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código_____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____

(Adjuntar certificación bancaria)

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

FORMULARIO
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2024

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

Compromiso anticorrupción del proceso de CONTRATACION SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA, Número **PN RASES No. 1 SA 025 2024** cuyo objeto **LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD DE GASTROENTEROLOGÍA ESPECIALIZADA Y DE ALTA COMPLEJIDAD CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.**

El(los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en_____, identificado con Documento No. _____ expedido en _____, quien obra en calidad de _____, 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 – DIRECCIÓN DE SANIDAD – 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 – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1** para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

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

COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

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

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

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

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

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

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

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

No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de **LA 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 – DIRECCIÓN DE SANIDAD – 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, 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: _____

FORMULARIO
ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2024

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 CONTRATACION SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA número **PN RASES No. 1 SA 025 2024** cuyo objeto **LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD DE GASTROENTEROLOGÍA ESPECIALIZADA Y DE ALTA COMPLEJIDAD CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1,** 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.

_____
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
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2024

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

Compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el proceso de CONTRATACION SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA, Número **PN RASES SA 025 2024** cuyo objeto **LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD DE GASTROENTEROLOGÍA ESPECIALIZADA Y DE ALTA COMPLEJIDAD CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.**

El(los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en_____, identificado con Documento No. _____ expedido en _____, quien obra en calidad de _____, 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:

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".*

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: _____

FORMULARIO
CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2024

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

YO: _____,Representante de la Firma _____ certifico que la firma que represento, cuenta con el talento humano, instalaciones y demás necesidades para satisfacer y cumplir el objeto de la presente Contratación, el cuál es la **PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD DE GASTROENTEROLOGÍA ESPECIALIZADA Y DE ALTA COMPLEJIDAD CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1,** en las condiciones señaladas en el presente Estudio de Conveniencia

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

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2024

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

Acuerdo de confidencialidad del proceso de CONTRATACION MENOR CUANTIA, Número **PN RASES No. 1 SA 025 2024** cuyo objeto es **PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD DE GASTROENTEROLOGÍA ESPECIALIZADA Y DE ALTA COMPLEJIDAD CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**

El(los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en_____, identificado con Documento No. _____ expedido en _____, quien obra en calidad de _____, 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 CONTRATACION MENOR CUANTIA, para la celebración de un contrato estatal para la **PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD DE GASTROENTEROLOGÍA ESPECIALIZADA Y DE ALTA COMPLEJIDAD CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

1. Mantener en reserva y no divulgar la **información confidencial** revelada por la **policía nacional** o por terceros formalmente designados para el efecto.

2. Mantener en reserva y no divulgar ni utilizar, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el **contrato**, la información que le sea entregada directamente por la **policía nacional** y/o sus designados.

3. Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del **contrato**.

4. Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de la **información confidencial**.
5. Reconocer que el recibo de la **información confidencial** no concede, ni expresa ni implícitamente, autorización, permiso o licencia de uso de marcas, patentes, derechos de autor, o de cualquier otro derecho de propiedad industrial o intelectual de la **Policía Nacional**.

6. Suscribir, con antelación a la revelación de la **información confidencial**, los acuerdos de confidencialidad que se ajustan a todo lo dispuesto en el presente acuerdo con todos sus empleados y/o familiares de los mismos, contratistas, subcontratistas, proveedores y demás personas naturales o jurídicas que haya involucrado, involucre o llegare a involucrar en la ejecución de las actividades que le correspondan para el cumplimiento del objeto del **contrato**.

7. El **proponente** mantendrá una lista de usuarios de la **información confidencial** que será entregada al **proponente** cuando lo solicite.

8. Utilizar única y exclusivamente la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución de lo que le competa en relación con el contrato**.**

9. No utilizar la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución del **contrato**, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el mismo, prohibiéndose la divulgación inclusive para fines académicos.

10. Adoptar y mantener mecanismos internos de seguridad adecuados para proteger la confidencialidad de toda la información que conozca o llegare a conocer en desarrollo del **contrato**.

11. No usar la **información confidencial** de modo que pueda ser de alguna manera, directa o indirectamente, perjudicial para los intereses de la **policía nacional**.

12. No acceder, copiar, reproducir, distribuir o transmitir por ningún medio conocido o por conocer la **información confidencial**, en todo o en parte, sin previo y escrito consentimiento de la **Policía Nacional**.

13. Cumplir con la confidencialidad en las mismas condiciones y formas, y con el mismo cuidado con que realiza la protección de la información confidencial.

El proponente:

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

FORMULARIO
APOYO EMPRENDIMIENTO Y EMPRESAS DE MUJERES

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2024

Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ
Bogotá

Apoyo emprendimiento y empresas de mujeres del proceso de CONTRATACIÓN MENOR CUANTÍA, Número **PN UPRES BOGOTÁ SA 025 2024** cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD DE GASTROENTEROLOGÍA ESPECIALIZADA Y DE ALTA COMPLEJIDAD CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**

El(los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en_____, identificado con Documento No. _____ expedido en _____, quien obra en calidad de _____, que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) **bajo la gravedad de juramento** que cumple(n) y acredita(n) la condición de emprendimiento y empresas de mujeres, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.14 del Decreto 1082 de 2015, adicionado por el artículo 3 del Decreto 1860 de 2021, así:

Señalar con una X la condición que se invoca **y adjuntar los documentos que así lo acrediten:**

Cuando más del cincuenta por ciento (50%) de las acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica pertenezcan a mujeres y los derechos de propiedad hayan pertenecido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección. Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador, donde conste la distribución de los derechos en la sociedad y el tiempo en el que las mujeres han mantenido su participación. (La certificación deberá expedirse bajo la gravedad de juramento y expedirse con una fecha de máximo treinta (30) días calendario anteriores a la prevista para el cierre)	
Cuando por lo menos el cincuenta por ciento (50%) de los empleos del nivel directivo de la persona jurídica sean ejercidos por mujeres y éstas hayan estado vinculadas laboralmente a la empresa durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección en el mismo cargo u otro del mismo nivel. Se entenderá como empleos del nivel directivo aquellos cuyas funciones están relacionadas con la dirección de áreas misionales de la empresa y la toma de decisiones a nivel estratégico. En este sentido, serán cargos de nivel directivo los que dentro de la organización de la empresa se encuentran ubicados en un nivel de mando o los que por su jerarquía desempeñan cargos encaminados al cumplimiento de funciones orientadas a representar al empleador. Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador, donde se señale de manera detallada todas las personas que conforman los cargos de nivel directivo del proponente, el número de mujeres y el tiempo de vinculación. La certificación deberá relacionar el nombre completo y el número de documento de identidad de cada una de las personas que conforman el nivel directivo del proponente. Como soporte, se anexará copia de los respectivos documentos de identidad, copia de los contratos de trabajo o certificación laboral con las funciones, así como el certificado de aportes a seguridad social del	

último año en el que se demuestren los pagos realizados por el empleador. (La certificación deberá expedirse bajo la gravedad de juramento y expedirse con una fecha de máximo treinta (30) días calendario anteriores a la prevista para el cierre)	
Las asociaciones y cooperativas, cuando más del cincuenta por ciento (50%) de los asociados sean mujeres y la participación haya correspondido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección. Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal. (La certificación deberá expedirse bajo la gravedad de juramento y expedirse con una fecha de máximo treinta (30) días calendario anteriores a la prevista para el cierre)	
Persona natural sea una mujer y haya ejercido actividades comerciales a través de un establecimiento de comercio durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del proceso de selección. Esta circunstancia se acreditará mediante la copia de cédula de ciudadanía, la cédula de extranjería o el pasaporte, así como la copia del registro mercantil	

Dado en _____, el _____ (día, mes, año - fecha de expedición no mayor a treinta (30) días calendarios anteriores a la fecha de cierre.)

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: _____