**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 7**

No GS-2024-0 0 8 9 0 4 /ARLOF-GRUCO - 17.2

Villavicencio, 27 de junio de 2024

**INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MININA CUANTIA**

**PN RASES No 7 MIC 071 2024**

La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 7, invita a todas las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras domiciliadas o con sucursal en Colombia en Consorcio o Unión Temporal existentes en el mercado Nacional, con capacidad de contratar la PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE, de acuerdo a las condiciones técnicas mínimas establecidas y cumplan con todos los requisitos exigidos para el mismo.

**MODALIDAD DE SELECCIÓN**

Mínima cuantía: La modalidad de contratación que soportan esta selección se encuentran determinados en el artículo 94 de la Ley 1474 de 2011 y Ley 2069 del 31 de diciembre de 2020; teniendo en cuenta que este proceso se enmarca dentro de los parámetros establecidos en la modalidad de selección de Mínima Cuantía y cuyo valor no excede del 10% de la menor cuantía.

Las condiciones de la presente invitación son las siguientes:

1. **DATOS DEL PROCESO**

**Objeto**

***PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE.***

| Clasificación unspsc | Segmento | Familia | Clase | Producto |
|---|---|---|---|---|
| 85122000 | Servicios de Salud | Práctica Médica | Servicios Dentales | N/A |

**Presupuesto**

El valor estimado de la contratación es por ***VEINTICUATRO MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS MCTE ($24.900.000,00)***, distribuidos de la siguiente manera:

**VIGENCIA 2024**: VEINTICUATRO MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS MCTE ($24.900.000,00)

| ÍTEM Y/O LOTE | RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL | UNIDAD | DESCRIPCIÓN | REC | CANT | VALOR UNITARIO ESTIMADO, INLCUIDO IVA, EXENTO DE IVA O EXCLUIDO DE IVA SEGÚN CORRESPONDA | VALOR TOTAL ESTIMADO INLCUIDO IVA, EXENTO DE IVA O EXCLUIDO DE IVA SEGÚN CORRESPONDA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 02-02-02-009-03-01 SERVICIOS DE SALUD HUMANA | RASES No.7 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE. | 16 | 1 | 24.900.000 | 24.900.000 |
| | | | | | | VALOR TOTAL ESTIMADO | 24.900.000 |

| | |
|---|---|
| | Amparado en los certificados de disponibilidad presupuestal No. ***SIIF II) No 31824 de fecha 27-06-2024,*** expedido por el Jefe de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7. |
| **Plazo de ejecución** | El plazo de ejecución del contrato será a partir de la expedición de la carta de inicio, previa aprobación de la garantía única, hasta el 30 de noviembre de 2024 y/o hasta agotar el presupuesto, lo primero que ocurra. |
| **Lugar de prestación del servicio** | El lugar para la prestación de los servicios será en las instalaciones del contratista, las cuales deben ubicarse en el perímetro urbano del Municipio de Yopal-Casanare |
| **Forma de pago** | El pago se realizará en moneda legal colombiana, La Regional de Aseguramiento en Salud N° 7 pagará al CONTRATISTA el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Villavicencio, por pagos contra entrega, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura acompañada de la constancia de recibo a satisfacción suscrita por el supervisor del contrato, las ordenes de servicio, copia del informe del resultado del estudio de manera impresa o en medio magnético, acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en salud , pensiones y riesgos laborales, así como los parafiscales del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, documentos que deben ser tramitados en la Ventanilla Única – Central de Cuentas de La Regional de Aseguramiento en Salud N° 7, donde de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 "Derecho a Turno" se le asignará un número de radicación. Todas las facturas deben venir acompañadas de los RIPS debidamente diligenciados, los cuales serán validados en el aplicativo SISAP WEB de la Policía Nacional.<br><br>De igual forma, en cumplimiento a la Guía de Lineamientos para la radicación y obligación de Cuentas Médicas (IAR-GU-0002) de la Policía Nacional, el contratista deberá tener en cuenta las otras Condiciones así:<br>• Factura (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de Ley artículos 616-1,616-3 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio, Modificado Ley 1231 de 2008), este documento debe estar a nombre de la unidad de Sanidad, con el respectivo NIT y soportes de conformidad con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 MINSALUD, Instructivo 019 - DISAN-PLANE de 29 de mayo de 2020 o la norma que la adicione, modifique o sustituya.<br><br>Teniendo en cuenta el Decreto 2242 de 2015 "Por el cual se reglamentan las condiciones de expedición e interoperabilidad de la factura electrónica con fines de masificación y control fiscal" en el Artículo 3, punto 2 - parágrafo I, que a la letra dice:<br><br>"*El obligado a facturar electrónicamente deberá entregar al adquiriente una representación gráfica de la factura electrónica en formato impreso o en formato digital...*", las unidades de la Dirección de Sanidad, deberán verificar si los proveedores están obligados a facturar electrónicamente y cumplan con el protocolo de habilitación como facturador electrónico según indicaciones del Decreto en mención.<br><br>• De acuerdo a la ley 594 del 2,000 por la cual se establece la Ley General de Archivo, la cuenta debe llegar en carpeta preferiblemente de las indicaciones de la institución, (carpeta blanca con 4 alas) sin ningún tipo de ganchos, documentos sin ser perforados, foliada en la parte superior derecha con lápiz No. 2 a partir del consecutivo No. 7 máximo hasta 200 folios por carpeta; de igual forma se aclara que cada cuenta debe venir en una carpeta diferente, independientemente si los folios de las misma son una cantidad |

mínima. Si la cuenta de cobro sobrepasa los 200 folios ésta debe dividirse en varias carpetas y continuar con el consecutivo de foliación del primer tomo, **las hojas de menor dimensión al de tamaño carta debe ir pegado en una hoja completo bien sea carta u oficio.**

- El oferente a quien se le adjudique el presente proceso deberá cargar la respectiva cuenta de cobro en la **PLATAFORMA SECOP II** con el fin de que ésta sea verificada por el- supervisor del contrato: y poder realizar el respectivo pago".
- Adicionalmente, se solicitan los siguientes soportes:

- Certificación bancaria.
- Fotocopia del RUT.

**NOTA 1:** El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

**NOTA 2:**En cumplimiento a la Resolución 05884 del 27-12-2019 "por la cual se expide el Manual para la Administración de los Recursos Logísticos de la Policía Nacional", en su ítem que a letra dice... "2.43.4 Clasificación de las entradas: La entrada de los bienes según la procedencia de los mismos se clasifica entre otras, por: compras, donación, reintegros, recuperación, reposición, transferencia, nacimiento de semovientes, compensación, reconstrucción de equipos, sobrantes, traspasos y comodatos".

En caso que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago después del día cinco (05) del mes los pagos contra entrega se realizarán dentro de los (60) días hábiles siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central. Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta a favor del CONTRATISTA, o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria original con fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario, a nombre de la firma Contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley.

Dando cumplimiento al decreto 2242 de 2015, la Resolución No 000020 de 26-03-2019 expedida por la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales DIAN y circular CR-016 Proceso de Recepción de Facturas Electrónicas de Venta, Notas Débito y notas Crédito, expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA SIIF NACION).

**FACTURAS ELECTRÓNICAS.** Dando cumplimiento a la Directiva Presidencial09 de 2020 referente a los lineamientos para el pago a los proveedores del estado, y a la Circular Externa 016 de 09 de marzo 2021 emitida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, donde se refiere al proceso de recepción de facturas electrónicas de ventas, notas crédito y notas débito, y a la implementación del Modelo de Recepción de Facturas de Venta, Notas Débito y/o Notas Crédito, el cual aplica de forma obligatoria a partir del 01 de abril de 2021 para todas las Entidades que hacen parte del Presupuesto General de la Nación, se informa que todos los proveedores y contratistas obligados a facturar electrónicamente (personas jurídicas y personas naturales incluyendo CPS) deben parametrizar con su operador electrónico de facturación los

datos del emisor, datos del adquiriente y notas finales; así mismo, establecer, que todas las facturas a nombre de Regional de Aseguramiento en Salud No. 7, se direccionen al buzón dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público al siguiente correo electrónico siifnacion.facturacionelectronica@minhacienda.gov.co, toda vez que será el Ministerio de Hacienda - SIIF NACION quien centraliza su recepción y gestione el envío a cada supervisor a través del aliado tecnológico **Olimpia it**.

**CIRCULAR EXTERNA N-12 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE FACTURAS ELECTRÓNICAS PARA ENTIDADES DE SALUD DEL PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN** del 03 de mayo de 2022, emitida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, se informa que "a partir del 15 de mayo del 2022 las entidades de Salud que hacen parte del Presupuesto General de la Nación deberán realizar el siguiente procedimiento para poder registrar obligaciones con personas jurídicas y naturales que tienen la responsabilidad de facturar electrónicamente, con cargo a los objetos de gastos de adquisición de bienes y servicios asociados con tal sector.

**LINEAMIENTOS DE LA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA**

Dando cumplimiento al decreto 2242 de 2015, la Resolución No 000020 de 26-03-2019 expedida por la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales DIAN y circular CR-016 Proceso de Recepción de Facturas Electrónicas de Venta, Notas Débito y notas Crédito, expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA SIIF NACION).

Se permite informar que las facturas electrónicas emitidas por las entidades prestadoras de bienes y/o servicios deben facturar bien sea por competencia de la RASES No. 7, de acuerdo al contrato que se haya adjudicado, y/o en su defecto si los servicios son denominados urgencia médica, con la unidad que a continuación se relaciona así:

**RAZON SOCIAL**: Regional de Aseguramiento en Salud No 7
**NIT No**.: 900.407.224-6
**DIRECCION**: Calle 15 No. 15ª - 33, Av. los maracos barrio el estero
**CORREO ELECTRONICO**: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
**CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD PCI:** 16-01-02-042 **(**Regional de Aseguramiento en Salud No 7**)**

- Utiliza el formato electrónico de generación XML estándar establecido por la DIAN.
- Lleva la numeración consecutiva autorizada por la DIAN.
- Cumple con los requisitos del art. 617 del ET y discrimina el impuesto al consumo cuando es el caso.
- Incluye la firma digital o electrónica para garantizar autenticidad integridad y no repudio de la factura electrónica, de acuerdo con la política de firma adoptada por la DIAN.
- Incluye el Código Único de Factura Electrónica CUFE.
- Diligenciar en la sección de la factura Datos del Emisor, en el *campo* "correo" la dirección electrónica, en donde le será notificado en caso de existir fallas en la validación del correo.
- **Registrar en la sección de la factura Datos del Adquiriente en el campo "Correo", el buzón electrónico** siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co**, dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el fin que, una vez generada la factura electrónica a través del medio seleccionado, éste la envíe automáticamente.**
- Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento .ZIP (PDF, XML).
- En la sección de la factura **NOTA O OBSERVACIONES** la entidad debe digitar los siguiente: **#** luego el código de identificación de la entidad **PCI** a la cual le va a enviar la factura; número contrato, correo del supervisor, finalizando con **#,** debidamente separados por punto y coma sin espacios, ejemplo Adjunto:

**Ejemplo**(16-01-02-042;Contrato 20/2022;pperez@entidaddesalud.gov.co.la factura inicial más la nota débito)".

***Nota importante:*** De no darse el envío automático por parte del proveedor o contratista desde el operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, descrito en el numeral 4, estos podrán remitir la factura al buzón indicado para tal fin.
Generar factura obteniendo el contenedor electrónico - Documento .Zip (PDF, XML).




Desde cualquier correo electrónico, puede enviar al buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el contenedor electrónico -Documento .Zip (PDF, XML), referenciando en el asunto de este correo el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor, debidamente separados por punto y coma, sin espacios según ej. Adjunto:

**16-01-02-054;85-7-20033-22;pepito.perez@correo.policia.gov.co**

El contratista o proveedor, una vez haga su factura electrónica de venta tal como se indica, Le llegara una notificación de factura electrónica de la entidad al correo electrónico del supervisor, indicando o notificando que tiene un documento pendiente por aprobar en la plataforma Olimpia, que por obligación el supervisor debe ingresar a la plataforma Olimpia, y es donde el supervisor verifica la factura para que sea rechazada o aprobada la factura, una vez haga el paso por parte del supervisor de rechazo o aprobación, la entidad debe estar atento si le llega notificación de que aprobaron o rechazaron la factura, si la factura es rechazada el supervisor debe justificar el rechazo, pero si es aprobada puede proceder a radicar en físico la factura con todos sus soportes normales como han estado haciendo ante la oficina Central de Cuentas de la RASES No 7.

Una vez radicada la factura por parte del adjudicatario contratista, el supervisor del contrato dentro de los (2) días hábiles siguientes a su recepción, deberá revisar los documentos y soportes para expedir el Recibo a Satisfacción Técnico-Económico y devolver la cuenta junto con los soportes a la Central de Cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo.

El recibo a satisfacción, aunque se encuentre suscrito por el supervisor del contrato, no implica el recibo o aprobación definitiva por parte de la POLICIA NACIONAL y, por consiguiente, no exime al CONTRATISTA de su responsabilidad en cuanto a la calidad del bien o de cualquier otra obligación contractual o de responsabilidad civil.

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace claridad a la facturación electrónica, los contratistas prestadores de bienes y/o servicios, una vez envíen la factura electrónica al correo antes mencionado, deberá seguir radicando físicamente como se ha venido haciendo en la oficina de Central de Cuentas RASES No 7, factura original con sus respectivos soportes originales y firmado a que haya lugar.

**PROCEDIMIENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EMISIÓN DEL RAS** Una vez radicada la factura por parte del adjudicatario Contratista, el funcionario de la ventanilla única de

cuentas remitirá al supervisor del contrato para la revisión de los documentos y soportes, expedirán el recibo a satisfacción técnico-económico y posteriormente tramitarán la cuenta junto con los soportes al auditor de cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo.

**PARÁGRAFO 1: AUDITORIA DE CUENTAS**. La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única – central de cuentas RASES N° 7, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción técnico, para que se realice la auditoria, según ley 1438 de 2011 articulo 57.

- Autorización.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden de servicio.

**PARÁGRAFO 2: TRAMITE DE GLOSAS**. En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011.

El Contratista se compromete a realizar las actividades propias para las que fue contratado dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el sistema de Gestión Integral (MECI, CALIDAD Y SISTEDA).

**PARÁGRAFO 3: CONCILIACIÓN DE GLOSAS**. En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la glosa el contratista tendrá quince (15) días hábiles para indicar aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la respuesta de glosa la auditoría de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en caso tal de reiterarse la glosa se procederá citar para conciliación de estas al contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito.

Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Regional de Aseguramiento en Salud No.7, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

**NOTA:** Teniendo en cuenta el oficio No. 092351 ARAFI-AUMED fechado 22/10/2015 en el cual trata el tema sobre la Política de cero papeles en concordancia con la Directiva Presidencial 04 del 2012 "EFICIENCIA ADMINISTRATIVA Y LINEAMIENTOS DE LA POLITICA DE CERO PAPEL EN LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA" se requiere que el contratista al momento de radicar la factura presente en medio magnético los siguientes documentos:

- Historia clínica
- Autorizaciones
- RIPS

Estos archivos deben venir en CD debidamente marcados y en unidad de conservación plástica en polipropileno u otro polímero químicamente estable. El archivo de medios magnéticos como CD debe cumplir con las características descritas en el Acuerdo 049 del 5 de mayo del 2000 del Archivo General de la Nación.
Igualmente, el contratista deberá entregar en medio magnético un archivo en Microsoft Excel que contenga la información que más adelante se relaciona con el fin de darle celeridad al proceso de auditoría de cuentas médicas.

| No. | No. FACTURA | FECHA DE FACTURA | FECHA DE ATENCION | NOMBRE PACIENTE | No. DE IDENTIFICACION | EDAD | DIAGNOSTICO | PROCEDIMIENTO | VALOR FACTURADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**REQUISITOS PARA EL PAGO**

Darle aplicabilidad a la ley 594 de 2000 Ley General de Archivo; de la siguiente manera: la presentación de las cuentas médicas presentadas a La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 7, cuya actividad es imprescindible en los procesos de organización archivística, y la cual tiene dos finalidades principales: controlar la cantidad de folios de una unidad de conservación dada.

El contratista estará en la obligación de radicar las cuentas generadas en la oficina de central de cuentas REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 7 dentro de los 5 primeros días hábiles de cada mes, cumpliendo con los siguientes requisitos:

a. Relación general de pacientes atendidos, detallando el número del contrato, número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel. Listado discriminando número de factura, fecha de factura, nombre del paciente, identificación, atención recibida y valor facturado, según modelo anexo:

| ÁREA DE SANIDAD | IPS | FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO | FECHA DE RADICACIÓN DE LA FACTURA | N°. DE FACTURA INDIVIDUAL | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NOMBRE DEL USUARIO | VALOR DE LA FACTURA | VALOR DE LA GLOSA | VALOR ACEPTADO POR | VALOR A PAGAR | CONCILIADO | OBSERVACIÓN | CONTINGENCIA | CONTRATO O URGENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | SI | NO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

b. Factura con el lleno de requisitos establecidos por la DIAN.
c. la cuenta debe llegar en carpeta preferiblemente de las indicaciones de la institución, (carpeta blanca con 4 alas) sin ningún tipo de ganchos, documentos sin ser perforados, foliada en la parte superior derecha con lápiz No. 2 a partir del consecutivo No. 7 máximo hasta 200 folios por carpeta; de igual forma se aclara que cada cuenta debe venir en una carpeta diferente, independientemente si los folios de las misma son una cantidad mínima. Si la cuenta de cobro sobrepasa los 200 folios ésta debe dividirse en varias carpetas y continuar con el consecutivo de foliación del primer tomo, las hojas de menor dimensión al de tamaño carta debe ir pegado en una hoja completo bien sea carta u oficio.
d. Anexar el Original de la autorización del servicio.
e. Comprobantes de recibido del supervisor del contrato.
f. Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizará hasta el mes siguiente.
g. Certificado original suscrito por el representante legal o revisor fiscal (en el evento de estar legalmente obligado a tenerlo) sobre el cumplimiento de sus obligaciones ante el SGSSI y parafiscales del periodo correspondiente.
h. Copia del soporte de liquidación y pago de aportes *al SGSSI y parafiscales* del periodo correspondiente.
i. Recibido a satisfacción por parte del supervisor del contrato previa verificación del suministro y alos soportes de la facturación.

| | |
|---|---|
| | j. EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones<br>k. La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios.<br>l. Factura que no cumpla con los requisitos legales vigentes no será radicada |
| **Causales de rechazo de la propuesta o declaratoria desierta del proceso** | Son causales para el rechazo de las propuestas, las siguientes:<br>a) Cuando se compruebe que un proponente ha interferido, influenciado, u obtenida correspondencia interna, proyectos de concepto de evaluación o de respuesta a observaciones, no enviados oficialmente a los proponentes.<br>b) Cuando se compruebe confabulación entre los proponentes que altere de cualquier manera la aplicación del principio de selección objetiva.<br>c) Cuando el proponente o alguno de sus integrantes en caso de oferentes plurales, **incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad** para contratar, según lo dispuesto en el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública y demás normas que regulan la materia.<br>d) Cuando en la propuesta se encuentre información o documentos que no correspondan con la realidad que le permita cumplir un requisito mínimo habilitante.<br>e) Cuando el objeto social del oferente, incluido en el Certificado de Existencia y Representación Legal no faculte a la sociedad para desarrollar la actividad materia de la futura contratación.<br>f) Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación de acuerdo con la Ley.<br>g) Cuando se presente más de una oferta por un mismo oferente o se ostente la calidad de representante legal o socio de más de una persona jurídica participante en el presente proceso de selección.<br>h) Cuando el valor ofertado supere el precio techo unitario.<br>i) Cuando el valor de la propuesta contenga precios artificialmente bajos y la justificación presentada por el oferente no sea válida para la entidad.<br>j) Cuando realizada la **corrección aritmética** descrita en la presente invitación, se supere el **presupuesto oficial total**.<br>k) Cuando el comité asesor y evaluador de la propuesta determine que la propuesta de precios es artificialmente baja.<br>l) Cuando la **propuesta siendo total haya sido presentada en forma parcial**, incompleta, alternativa o subordinada al cumplimiento de cualquier condición<br>m) La NO presentación de los documentos habilitantes dentro del término establecido en el cronograma del proceso.<br>n) Cuando el oferente adicione, cambie o modifique la descripción del ítem, unidad de medida y cantidades de la oferta económica.<br>o) Cuando la propuesta sea presentada en día y/u hora **posterior al cierre establecido en el cronograma** del proceso<br>p) Cuando el proponente se encuentra reportado en el Boletín de Responsables Fiscales (Artículo 60, Ley 610 de 2000).<br>q) Cuando el proponente no haya tenido en cuenta en su propuesta las modificaciones a la invitación que mediante adendas haya realizado la Entidad.<br>r) Cuando un proponente oferte en la presente contratación, y tenga intereses patrimoniales en una persona jurídica que haga las veces de proponente. (es decir, el mismo representante legal en dos o más empresas que presentaron oferta)<br>s) Cuando un Consorcio o Unión temporal no se constituya en los términos previstos por el artículo 7 de la Ley 80 de 1993.<br>t) La propuesta debe ser presentada de manera exclusiva a través de la plataforma transaccional SECOP II, en caso de presentarse por otro medio la misma será rechazada (salvo lo dispuesto en caso de indisponibilidad del SECOP II, de acuerdo con la guía publicada por Colombia Compra Eficiente).<br>u) Cuando la oferta se registre en el SECOP II en forma extemporánea o en un proceso diferente. |

| | |
|---|---|
| | v) Cuando los proponentes presenten su propuesta y la figura jurídica (persona natural y/o jurídica; consorcio, unión temporal), no corresponda al perfil registrado en la plataforma SECOP II - proponente singular – proponente plural.<br>w) Las demás contempladas en la Ley<br><br>**CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO**<br><br>La Regional de Aseguramiento en Salud No.7 declarará desierto el presente proceso al vencimiento del plazo previsto para adjudicar, cuando entre las propuestas presentadas no se logre adjudicar a ninguna el contrato ofrecido, ya sea porque las propuestas no cumplan con las condiciones para ser adjudicatarias, porque no se presenten propuestas, o por cualquier otra causa que impida la selección objetiva.<br><br>Si de la consulta y análisis de precios o condiciones del mercado se desprende que no existen razones que justifiquen la diferencia de precios entre los precios de referencia y los presentados por los oferentes en el presente proceso, la entidad podrá descalificarlos o declarar desierto el proceso, caso en el cual deberá darse inicio a uno nuevo.<br>La declaratoria de desierta del proceso se hará mediante comunicación motivada, la cual se publicará en el SECOP II. |
| **Factores que se tendrán en cuenta para la evaluación** | Al momento de la entrega de las propuestas, se determinará el orden de elegibilidad, comenzando por la oferta con la propuesta económica de menor precio hasta la de mayor precio.<br><br>La entidad procederá a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el ofrecimiento económico de menor valor, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los errores e inconsistencias de los documentos aportados, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento económico con el segundo menor valor y así sucesivamente.<br><br>El artículo 2.2.1.2.1.5.2 numeral 4 del Decreto 1082 de 2015 establece: "*La entidad estatal debe revisar las ofertas económicas y verificar que la de menor valor cumple con las condiciones de la invitación. Si esta no cumple con las condiciones de la invitación, la entidad estatal debe verificar el cumplimento de los requisitos de la invitación de la oferta con el segundo menor valor, y así sucesivamente".*<br><br>Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas, no se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto en los términos del parágrafo del artículo 3.5.3 del Decreto 734 de 2012. |
| **Indisponibilidad** | Una indisponibilidad es aquella que afecta la presentación de las ofertas; la presentación de manifestaciones de interés; la elaboración o aplicación de Adendas en el SECOP II; o, la realización de una subasta, cuando la indisponibilidad se presenta dentro de las cuatro (4) últimas horas previstas para el evento correspondiente o durante la realización de una subasta<br><br>Los Certificados de Indisponibilidad son publicados en la página web de Colombia Compra Eficiente en un plazo máximo de 24 horas en https://www.colombiacompragov.co/soporte<br><br>**INSTRUCCIONES PARA LOS PROVEEDORES**<br><br>En caso de que no pueda acceder al SECOP II o exista alguna indisponibilidad para crear o enviar su oferta, llame a la Mesa de Servicio de Colombia Compra Eficiente e informe sobre una posible indisponibilidad del SECOP II. Los teléfonos de la Mesa de Servicio son: (1)7456788 en Bogotá y 01800 520808 ara el resto del país.<br><br>Envíe antes de la hora límite para presentar ofertas un correo electrónico a la Entidad Estatal informando esta situación; el número de proceso; y, el nombre del usuario en la plataforma y la cuenta del proponente que quiere presentar la oferta El correo de la Entidad Estatal debe ser el |

| | |
|---|---|
| | indicado para el efecto en los Documentos del Proceso o el correo electrónico para notificaciones judiciales de la Entidad Estatal.<br><br>Si Colombia Compra Eficiente confirma la indisponibilidad del SECOP II dentro de las 24 horas siguientes al cierre del Proceso de Contratación, puede presentar su oferta por correo electrónico dentro de las 48 horas siguientes al cierre.<br><br>Cualquier persona puede solicitar a la Entidad Estatal el rechazo de ofertas externas publicadas por la Entidad Estatal que no hayan aplicado el procedimiento aquí indicado; o enviadas por correo electrónico de Proveedores que no se hayan inscrito previamente al Proceso de Contratación.<br><br>Ante una imposible indisponibilidad por falla general o particular es importante que tanto entidades compradoras como proveedores estén atentos a los medios de comunicación de Colombia Compra Eficiente.<br><br>Cuando previo a la fecha y hora para presentar requisitos habilitantes, no se encuentre disponible la plataforma SECOP II, el Interesado deberá manifestar dicha novedad al correo electrónico de la entidad **CORREO DE LA UNIDAD** demet.rase7-con@policia.gov.co |
| **Procedimiento en caso de empate a menor precio** | En caso de empate, la Entidad Estatal aplicará los criterios de que trata el artículo 35 de la Ley 2069 de 2020, conforme a los medíos de acreditación del artículo 2.2.1.2.4.2.17, del presente Decreto o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.<br>El Decreto 1082 de 2015 en su artículo 2.2.1.2.4.2.17nos habla de los factores de desempate, plasmando así el procedimiento que se debe llevar a cabo en caso de que dos o más propuestas se encuentren en empate. Se ha llegado a presentar que, aunque se utilicen estos factores se continúa persistiendo el empate, por tal motivo el numeral doce (12) del mismo artículo nos habla de lo siguiente:<br>*«Utilizar un método aleatorio para seleccionar el oferente, método que deberá haber sido previsto en los pliegos de condiciones del Proceso de Contratación.»*<br>De acuerdo a lo anterior, las Entidades son autónomas de fijar en el proceso, un método aleatorio que decida la adjudicación de un proceso.<br>Si persiste el empate, La Regional de Aseguramiento en Salud No.7, utilizará el método de BALOTAS, para la selección se realizará por un sorteo que se efectuará entre los proponentes empatados, el cual se realizará en reunión virtual y a través del sistema de balotas, el cual se desarrollará de la siguiente manera:<br>1. Se leerá en voz alta las Ofertas que resultaron empatadas<br>2. Se pondrá a girar la balotera para que le asigne a cada Oferta empatada el número por medio del cual participará en el sorteo.<br>3. Una vez terminada la asignación de los números de participación, se introducirán en la balotera únicamente las balotas con los números asignados a las Ofertas empatadas.<br>4. Se procederá a girar la balotera y se sacará una (1) balota, la que corresponderá al oferente seleccionado. |
| **Información de aceptación de la oferta** | Con la comunicación de aceptación de la oferta publicada en el SECOP II, el proponente seleccionado quedará notificado de la aceptación de su oferta. |

| | |
|---|---|
| **Análisis de garantías: tipificación, estimación y asignación del riesgo** | Las Contenidas en el Formato Estimación, Tipificación, Asignación de Riesgos y Determinación de Garantías |

## 2. REQUISITOS MÍNIMOS HABILITANTES.

Los proponentes deberán presentar su oferta en original y con los siguientes documentos:

- **ESPECIFICACIONES JURIDICAS**

✓ Carta de presentación de la oferta firmada por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica).
✓ Certificado Existencia y Representación Legal para personas jurídicas y/o matricula de persona natural (cuando aplique) expedido por la Cámara de Comercio respectiva, no superior a un (1) mes.
✓ Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal y/o proponente
✓ Libreta militar (El Artículo 42 de la Ley 1861 de 2017)
✓ El oferente adjuntara el Boletín de Responsables **Fiscales** de la Contraloría General de la República, de la firma y del representante legal y del oferente **persona natural.**
✓ El oferente adjuntara el certificado de antecedentes judiciales del oferente o su representante legal cuando se trate de personas jurídicas.
✓ El oferente adjuntara el certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación de la firma y del representante legal y del oferente **persona natural.**
✓ El oferente adjuntara el certificado de su representante legal cuando se trate de personas jurídicas el Registro Nacional de Medidas Correctivas de la Policía Nacional.
✓ Antecedente de Delitos Sexuales–PN y/o Representante Legal
✓ Certificado REDAM | Registro de Deudores Alimentarios Morosos
✓ Boletín de deudores morosos del Estado - BDME
✓ El oferente deberá presentar certificado declaración Juramentada de Inhabilidades e Incompatibilidades de no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en el artículo 8° y 9° de la Ley 80 de 1993. Con la firma de la propuesta, la persona natural o el representante legal de la sociedad oferente, afirma bajo la gravedad del juramento, que no se halla incurso en las mencionadas inhabilidades e incompatibilidades.
✓ Certificación de Aportes Parafiscales suscrito por el Representante Legal, o Revisor Fiscal cuando el oferente este obligado a tenerlo de acuerdo con las normas vigentes sobre la materia. En este último evento, se deberá anexar últimas seis planillas, fotocopia de: Documento de identificación, Tarjeta profesional y Antecedentes de la Junta Central de Contadores del Revisor Fiscal y últimos
✓ Copia del Formulario de Inscripción en el Registro Único Tributario vigente.
✓ Formulario compromiso anticorrupción, suscrito por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica)
✓ Formulario Acuerdo de Confidencialidad.

- **ESPECIFICACIONES ECONOMICAS**

✓ Certificación bancaria vigente, no superior a un (1) mes
✓ DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (Formato a Terceros)
✓ Diligenciamiento de la propuesta económica.
✓ Sostenibilidad de precios

- **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS**

✓ Diligenciamiento del Anexo Condiciones Técnicas

- ✓ Nivel de Educación O Nivel Académico (En caso que aplique)
- ✓ Experiencia (En caso que aplique)
- ✓ Certificación que acredita Capacidad Operativa
- ✓ Si se solicitan los requisitos en relación con la seguridad y salud en el trabajo por favor incluir los documentos que se deben presentar con la oferta
- ✓ Sistema de Gestión Ambiental.
- ✓ Demas formatos, anexos y formularios establecidos.

## 3. CRONOLOGÍA DEL PROCESO

| | |
|---|---|
| **Publicación de la invitación** | **LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II<br>Fecha: Según establecido en SECOP II<br>Hora: Según establecido en SECOP II |
| **Observaciones a la invitación** | **LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II<br>Fecha: Según establecido en SECOP II<br>Hora: Según establecido en SECOP II |
| **Plazo para manifestación de interés de limitar la convocatoria a Mipymes** | **LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II<br>Fecha: Según establecido en SECOP II<br>Hora: Según establecido en SECOP II |
| **Respuesta a las observaciones a la invitación** | **LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II<br>Fecha: Según establecido en SECOP II<br>Hora: Según establecido en SECOP II |
| **Publicación del aviso de limitación a Mipymes o si podrá participar cualquier interesado** | **LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II<br>Fecha: Según establecido en SECOP II<br>Hora: Según establecido en SECOP II |
| **Plazo máximo para expedir adendas** | **LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II<br>Fecha: Según establecido en SECOP II<br>Hora: Según establecido en SECOP II |
| **Entrega de propuestas** | **LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II<br>Fecha: Según establecido en SECOP II<br>Hora: Según establecido en SECOP II |
| **Evaluación de las Propuestas y Verificación de los Requisitos Habilitantes** | **LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II<br>Fecha: Según establecido en SECOP II<br>Hora: Según establecido en SECOP II |
| **Publicación para Observaciones y Presentación de Documentos Habilitantes** | **LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II<br>Fecha: Según establecido en SECOP II<br>Hora: Según establecido en SECOP II |
| **Notificación de aceptación de oferta.** | **LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II<br>Fecha: Según establecido en SECOP II<br>Hora: Según establecido en SECOP II |
| **Entrega de las garantías de ejecución del contrato** | **LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II<br>Fecha: Según establecido en SECOP II<br>Hora: Según establecido en SECOP II |

**NOTA 1:**
La validez de la oferta será de sesenta (60) días calendario contados a partir de la fecha de presentación.

**NOTA 2:**
De ser necesaria la modificación de las condiciones de la invitación, esta se efectuará mediante ADENDA, la cual será expedida y publicada en el portal único de contratación hasta el día anterior a la fecha establecida para la recepción de las ofertas.

## 4. SUPERVISOR DEL CONTRATO.

La Regional de aseguramiento en salud No.7, ejercerá el control sobre la Ejecución del Contrato a través del *Jefe de la Unidad* Prestadora de Salud Casanare, con el suficiente conocimiento respecto al objeto

del contrato, al igual una formación técnica o profesional que le permita emitir juicios sobre el cumplimiento del mismo, o quien sea designado por el ordenador del gasto, conforme a lo establecido en la ley 1474 de 2011 y la Resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018, (Por la cual se actualiza, modifica y complementa el manual de contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante resolución 03049 de 2014).

## 5. INVITACIÓN A LAS VEEDURÍAS CIUDADANAS Y ENTES DE CONTROL DEL ESTADO

En cumplimiento de lo dispuesto en el inciso 3° del artículo 66 de la Ley 80 de 1993 la Entidad Contratante invita a todas las personas y organizaciones interesadas en hacer control social al contrato objeto del presente proceso, en cualquiera de sus fases o etapas, a que presenten las recomendaciones que consideren convenientes, intervengan en las audiencias y a que consulten los Documentos del Proceso en https://www.colombiacompra.gov.co. De acuerdo con la ley 850 del 2003, las veedurías pueden conformar los diferentes comités (técnicos, financieros y sociales entre otros) para poder ejercer su función. Una vez conformada la veeduría con los parámetros de la ley, desarrollarán su actividad en comunicación con la interventoría del proyecto.

Igualmente se invita a los distintos entes de control del Estado, a acompañar el desarrollo de las diferentes etapas de los procesos de selección en virtud de las competencias que la Ley les ha asignado.

La presente invitación se emite y publica,

Atentamente,

Mayor **DIEGO FERNANDO OSPINA GUTIERREZ**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 7 (E)

Elaboro: IT Edward Gonzalez Henao Analista de Contratos RASES N° 7
Reviso: CT Camilo Andrés Barón Trujillo Jefe Área Administrativa. (E)
Abg. Daniela Cruz Narváez Abogada

## ANEXO No. 1

## ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

El oferente deberá diligenciar y presentar junto con la oferta 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 las personas jurídicas que representamos, que cumplimos en su totalidad con las especificaciones técnicas de verificación y de obligatorio cumplimiento.

REQUISITOS GENERALES

a. Las especificaciones técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta se considerará no apta técnicamente.
b. En la columna CUMPLE **SI** O **NO**, se evaluará las especificaciones técnicas ofertadas por la firma.

| ÍTEM | CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| 1 | Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio<br><br>Con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere que el proponente acredite experiencia en proyectos con objetos iguales o similares al presente proceso ***PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE***, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de proyectos cuya sumatoria sea igual o mayor al 70% del presupuesto asignado al presente proceso, con entidades públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo tres (3) certificaciones.<br><br>Las certificaciones deberán acreditar los siguientes aspectos:<br><br>Nombre o Razón Social del Contratante<br>Nombre o Razón Social del Contratista<br>Objeto Contractual<br>Fecha de Inicio<br>Fecha de Terminación<br>Valor del Contrato<br>Nombre y datos de contacto de quien expide la certificación<br>Fecha de expedición<br><br>En caso de no contar con las certificaciones de los contratos ejecutados, el proponente podrá presentar copia del contrato acompañada del acta terminación y/o de liquidación con el fin de que la entidad pueda verificar la información relacionada anteriormente.<br><br>Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Regional de Aseguramiento en Salud N° 7 tomará para efectos de la verificación de este requisito habilitante, el porcentaje de participación del oferente en la ejecución del contrato. De acuerdo con lo anterior, el proponente deberá presentar el documento de conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes de la figura plural en la ejecución del contrato. | | |

<table>
<tr><td></td><td>Además, debe tenerse en cuenta que:<br><br>- No se admiten certificaciones de subcontrataciones o convenios.<br>- No se acepta ningún otro documento diferente a los enunciados para soportar la experiencia.<br>- No se tendrán en cuenta contratos en ejecución.<br>- No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada o que presenten inconsistencias.<br><br>Justificación: La experiencia específica del proponente es importante por cuanto le asegura a la entidad que el contrato será ejecutado por una firma con la suficiente experiencia en contratos de similares características, que garantice la calidad final de los bienes del contrato y el cumplimiento del tiempo de ejecución establecido para el mismo.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>CAPACIDAD INSTALADA DEL PRESTADOR: Se requiere que el proponente cuente con la siguiente capacidad:<br><br><table><tr><th>GRUPO</th><th>CONCEPTO</th><th>CANTIDAD</th></tr><tr><td>Consultorios</td><td>Consulta Externa</td><td>2</td></tr></table></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>Certificado de Inscripción o Habilitación. El oferente debe adjuntar la certificación de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de Acuerdo a lo estipulado en el Decreto 780 del 06 de Mayo de 2016 y Resolución No. 2003 de 2014; la cual debera tener relacion de habilitados de los servicios medicos de baja mediana y alta complejidad con que cuenta para prestar los servicios, así:<br><table><tr><th>Consulta Externa</th></tr><tr><td>Endodoncia</td></tr><tr><td>Periodoncia</td></tr><tr><td>Cirugía oral</td></tr><tr><td>Odontopediatría</td></tr><tr><td>Cirugía maxilofacial</td></tr><tr><td>De acuerdo con lo anterior debe presentar el certificado de Registro en el Sistema Único de Habilitación vigente expedido por la secretaria de Salud del Departamento del Casanare para cada servicio ofertado los cuales deben estar inscritos y habilitados al momento de presentar la propuesta y mantener dicha habilitación vigente durante la ejecución del contrato que se llegase a celebrar.</td></tr></table></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>Recurso humano: El Oferente mediante certificación suscrita por el representante legal deberá acreditar que cuenta como mínimo con el siguiente personal asistencial durante toda la presentación de la propuesta y ejecución del contrato, para lo cual deberá diligenciar el anexo de Idoneidad del Recurso Humano, establecido por la Regional de Aseguramiento en Salud No.7.<br><br><table><tr><th>ITEM</th><th>PERFIL</th><th>CANT</th></tr><tr><td>1</td><td>Odontólogo especializado en Endodoncia</td><td>1</td></tr><tr><td>2</td><td>Odontólogo especializado en Periodoncia</td><td>1</td></tr><tr><td>3</td><td>Odontólogo especializado en Cirugía Oral</td><td>1</td></tr><tr><td>4</td><td>Odontólogo especializado en Odontopediatría</td><td>1</td></tr><tr><td>5</td><td>Odontólogo especializado en Cirugía Maxilofacial</td><td>1</td></tr><tr><td>6</td><td>Auxiliar de Odontología</td><td>1</td></tr></table></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>5</td><td>Disponibilidad para la atención:<br><br>Se requiere que las entidades de salud oferentes, certifiquen mediante escrito que cuentan con la capacidad administrativa y operacional propia o contratada, necesaria para prestar los servicios ofertados en el portafolio de servicios en los siguientes horarios:<br><br>• Lunes a viernes de 08:00 horas hasta las 12:00 horas y de las 14:00 horas hasta las 18:00 horas.<br>• Sábado de 08:00 horas hasta las 12:00 horas.<br><br><u>Oportunidad</u><br><br>• Oportunidad para la asignación de citas: de 1 a 8 días<br><br>• Oportunidad para la programación de procedimientos: de 1 a 8 días</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>6</td><td>SUPERVISOR POR PARTE DEL CONTRATISTA:<br>El proponente informará con su propuesta los datos de contacto del supervisor del contrato por parte del contratista (Empleado) con capacidad de toma de decisiones, quien tendrá contacto permanente vía telefónica directa, con el supervisor designado por la Unidad Prestadora de Salud Casanare, con el fin</td><td></td><td></td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | de favorecer el cumplimiento del objeto del contrato. Este supervisor por parte del contratista tiene la finalidad de comunicación y solución de problemas, en el mínimo de tiempo. Por lo tanto, ***se deberá diligenciar el formato de idoneidad del personal*** y en caso de cambio se deberá dar previo aviso al supervisor de UPRES CASANARE y garantizar la actualización de este formato. | | |
| 7 | **MANUALES:**<br>El oferente debe tener el manual de bioseguridad, manual de limpieza y desinfección y manual de manejo de desechos, esta documentación será verificada por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Casanare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tener estos procesos prioritarios, representa un riesgo en la atención de los usuarios.<br>SÍ, el proponente, es una I.P.S deberá tener el PAMEC, este documento será verificado por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Casanare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tenerlo, representa un riesgo en la atención de los usuarios. (ESTA INFORMACION SE DEBE SUBIR AL SECOP II PARA QUE EL AUDITOR MEDICO DE CALIDAD LA PUEDA REVISAR) | | |
| 8 | EL SERVICIO DEBE SER PROPORCIONADO BAJO RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR CONTRATADO, con cumplimiento de Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 3100 del 2019 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte de grupo de Auditores de la Unidad Prestadora de Salud Casanare, incluyendo "LA ATENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GENERADOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ENTENDIDO COMO "EL DAÑO NO INTENCIONAL CONSECUENCIA DEL CUIDADO MÉDICO O TODO AQUEL DERIVADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y NO DE LA ENFERMEDAD MISMA DEL PACIENTE, SITUACIÓN QUE CORRERÁ POR CUENTA DEL CONTRATISTA PREVIO ANALISIS DEL CASO ENTRE AUDITORIA DE ENTIDADES, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA SERA ASUMIDA BAJO ORDEN JUDICIAL QUE ASI LO DETERMINE", dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS. Que se adjunta al presente estudio previo. | | |
| 9 | El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo".<br><br>El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta el registro de la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, realizado en aplicativo de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable", es decir un puntaje mayor a 85% (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el registro de la autoevaluación por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). Así mismo, se deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST a disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato. | | |
| 10 | El oferente deberá diligenciar el anexo *SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO*, firmado por el representante legal de la entidad. | | |
| 11 | El oferente deberá diligenciar el anexo *SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL* firmado por el representante legal de la entidad. | | |

| ITEM | CODIGO C.U.P.S | CONDICIONES TECNICAS MINIMAS | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 40705 | NEURECTOMIA DE NERVIO PERIFERICO EN CABEZA O CUELLO Incluye: NERVIOS INFRAORBITARIO, OPTICO CILIAR, BUCAL, LINGUAL, MAXILAR SUPERIOR, MENTONERO; POR TUMOR U OTRA LESION | | |
| 2 | 230101 | EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR | | |
| 3 | 230102 | EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR | | |
| 4 | 230201 | EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR | | |
| 5 | 231100 | EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD | | |
| 6 | 231200 | EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD | | |
| 7 | 231303 | EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO | | |
| 8 | 234101 | COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES) | | |
| 9 | 234102 | COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES) | | |
| 10 | 235100 | REIMPLANTE DE DIENTE SOD | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 11 | 236100 | IMPLANTE ALOPLASTICO CERAMICO SOD | | |
| 12 | 236200 | IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD | | |
| 13 | 236300 | IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD | | |
| 14 | 237301 | TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR | | |
| 15 | 237302 | TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR | | |
| 16 | 237303 | TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR | | |
| 17 | 237305 | TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR | | |
| 18 | 237401 | CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGIA PERIRRADICULAR) | | |
| 19 | 237702 | RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) MULTIPLE | | |
| 20 | 237902 | EXPLORACION Y MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR | | |
| 21 | 240300 | ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD | | |
| 22 | 242101 | PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS) | | |
| 23 | 242102 | PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE | | |
| 24 | 242201 | CURETAJE A CAMPO ABIERTO | | |
| 25 | 243103 | ESCISION DE LESION BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCIA HASTA DE TRES CENTIMETROS | | |
| 26 | 243104 | ESCISION DE LESION BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCIA DE MAS DE TRES CENTIMETROS | | |
| 27 | 243105 | ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCION DE ESTRUCTURAS VECINAS U OSEAS | | |
| 28 | 243106 | ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO | | |
| 29 | 243301 | ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA INTRAORAL | | |
| 30 | 243302 | ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA EXTRAORAL | | |
| 31 | 243400 | GINGIVECTOMIA SOD | | |
| 32 | 243502 | OPERCULECTOMIA | | |
| 33 | 244101 | ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO HASTA DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO | | |
| 34 | 244103 | RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO | | |
| 35 | 244104 | RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO Y RECONSTRUCCION INMEDIATA CON INJERTO OSEO LIBRE | | |
| 36 | 244108 | MARSUPIALIZACION DE QUISTE ODONTOGENICO | | |
| 37 | 245100 | REGULARIZACION DE REBORDES SOD | | |
| 38 | 247401 | FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR) | | |
| 39 | 249100 | CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD | | |
| 40 | 252001 | RESECCION DE LENGUA EN CUÑA | | |
| 41 | 254001 | GLOSECTOMIA RADICAL SOD | | |
| 42 | 255101 | SUTURA DE LACERACION DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VIA ABIERTA | | |
| 43 | 255001 | GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTANEO O MUCOSO | | |
| 44 | 255002 | GLOSOPEXIA ANTERIOR | | |
| 45 | 255003 | GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ABIERTA | | |
| 46 | 255004 | GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA | | |
| 47 | 260101 | SIALOLITOTOMIA VIA ABIERTA | | |
| 48 | 260201 | EXPLORACION DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA | | |
| 49 | 260301 | DRENAJE DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA | | |
| 50 | 262001 | MARSUPIALIZACION DE LA RANULA | | |
| 51 | 262002 | RESECCION DE MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL | | |
| 52 | 263102 | SIALOADENECTOMIA PARCIAL | | |
| 53 | 263201 | PAROTIDECTOMIA TOTAL Incluye: AQUELLA POR RECIDIVA TUMORAL, ENTRE OTRAS | | |
| 54 | 263206 | SIALOADENECTOMIA DE GLANDULAS SALIVALES MENORES | | |
| 55 | 264001 | CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ABIERTA | | |
| 56 | 264002 | CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ENDOSCOPICA | | |
| 57 | 264003 | CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ABIERTA | | |
| 58 | 264004 | CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ENDOSCOPICA | | |
| 59 | 264201 | CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO | | |
| 60 | 264007 | SIALOPLASTIA (REPARACION DEL CONDUCTO) VIA ABIERTA | | |
| 61 | 270101 | INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 62 | 270102 | INCISION Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL | | |
| 63 | 273105 | ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION SUPERFICIAL DE PALADAR OSEO | | |
| 64 | 273201 | ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION PROFUNDA DE PALADAR OSEO | | |
| 65 | 274101 | FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA | | |
| 66 | 274305 | RESECCION DE LESION EN MUCOSA ORAL | | |
| 67 | 274901 | REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA | | |
| 68 | 275201 | ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTIMETROS | | |
| 69 | 275301 | RESECCION INTRAORAL DE FISTULA DE BOCA | | |
| 70 | 275302 | RESECCION EXTRAORAL DE FISTULA DE BOCA | | |
| 71 | 275303 | CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL | | |
| 72 | 275304 | CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMIA, CON O SIN REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL | | |
| 73 | 275802 | PROFUNDIZACION DE PISO DE BOCA | | |
| 74 | 275903 | PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR | | |
| 75 | 275902 | PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO CUTANEO | | |
| 76 | 276209 | CORRECCION DE PALADAR FISURADO | | |
| 77 | 276206 | INJERTO OSEO DE PALADAR O ALVEOLAR | | |
| 78 | 277201 | RESECCION PARCIAL DE UVULA | | |
| 79 | 277301 | UVULORRAFIA | | |
| 80 | 295101 | FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO | | |
| 81 | 760103 | SECUESTRECTOMIA INTRAORAL O EXTRAORAL | | |
| 82 | 760102 | SECUESTRECTOMIA EXTRAORAL CON FIJACION INTERNA | | |
| 83 | 760901 | OSTEOTOMIA MAXILAR PARA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO | | |
| 84 | 760902 | DECORTICACION O CURETAJE OSEO EN HUESO FACIAL | | |
| 85 | 761201 | ARTROCENTESIS DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR | | |
| 86 | 762101 | ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VIA TRANSMUCOSA | | |
| 87 | 762105 | ELIMINACION DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR | | |
| 88 | 762201 | RESECCION DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR | | |
| 89 | 763101 | MANDIBULECTOMIA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL | | |
| 90 | 763901 | RESECCION PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCION | | |
| 91 | 763902 | CONDILECTOMIA DE LA MANDIBULA | | |
| 92 | 764302 | RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO | | |
| 93 | 764401 | RESECCION PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA | | |
| 94 | 765202 | MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON COLGAJO | | |
| 95 | 765301 | REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR, CON INJERTO | | |
| 96 | 766203 | OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA O VIA TRANSCUTANEA | | |
| 97 | 766201 | OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA | | |
| 98 | 766205 | CORONOIDECTOMIA | | |
| 99 | 766301 | OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA | | |
| 100 | 766403 | OSTEOTOMIA DE MENTON CON FIJACION INTERNA | | |
| 101 | 766501 | OSTEOTOMIA LEFORT I SEGMENTARIA, CON FIJACION INTERNA | | |
| 102 | 766602 | OSTEOTOMIA SUBAPICAL CON FIJACION INTERNA | | |
| 103 | 766603 | OSTEOTOMIA LEFORT II CON FIJACION INTERNA | | |
| 104 | 766604 | OSTEOTOMIA LEFORT III CON FIJACION INTERNA | | |
| 105 | 766605 | CORTICOTOMIA TIPO LEFORT I (DISYUNCION PALATINA) | | |
| 106 | 766902 | OSTEOTOMIA DESLIZANTE (VISERA) | | |
| 107 | 766903 | OSTEOPLASTIA SIMULTANEA DE VARIOS HUESOS FACIALES | | |
| 108 | 767202 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO | | |
| 109 | 767203 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MALAR, CON REDUCCION PISO DE ORBITA INJERTO O FIJACION INTERNA | | |
| 110 | 767301 | REDUCCION CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION | | |
| 111 | 767304 | REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 112 | 767402 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA | | |
| 113 | 767403 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA | | |
| 114 | 767502 | REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR | | |
| 115 | 767603 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA | | |
| 116 | 767702 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACION | | |
| 117 | 767802 | REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION | | |
| 118 | 767908 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS MULTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ORBITARIO | | |
| 119 | 768110 | INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR | | |
| 120 | 768301 | REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR | | |
| 121 | 768302 | REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACION INTERMAXILAR | | |
| 122 | 768801 | ARTRECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR | | |
| 123 | 830231 | MIOTOMIA DEL TEMPORAL | | |
| 124 | 830232 | MIOTOMIA PTERIGOIDEO | | |
| 125 | 830233 | MIOTOMIA DE MASETERO | | |
| 126 | 890217 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL | | |
| 127 | 890218 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA | | |
| 128 | 890220 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA | | |
| 129 | 890221 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA | | |
| 130 | 890236 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL | | |
| 131 | 890317 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL | | |
| 132 | 890318 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA | | |
| 133 | 890320 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA | | |
| 134 | 890321 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA | | |
| 135 | 890336 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL | | |
| 136 | 893101 | IMPRESION DE ARCO DENTARIO SUPERIOR O INFERIOR, CON MODELO DE ESTUDIO Y CONCEPTO | | |
| 137 | 893105 | MASCARA FACIAL DIAGNOSTICA | | |
| 138 | 997105 | APLICACION DE RESINA PREVENTIVA | | |
| 139 | 240200 | DETARTRAJE SUBGINGIVAL | | |

En caso de requerirse otros procedimientos que no figuren en la lista anterior pero que estén contemplados en el Acuerdo 002 del 2001 del Consejo Superior de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y autorizados por el CTC, la IPS podrá realizarlos previa autorización del Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7. El valor del procedimiento será el menor valor del estudio de mercado realizado por el supervisor del contrato con (tres cotizaciones).

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

## ANEXO No. 2

## OFERTA ECONOMICA

- Los precios ofertados deben incluir el IVA y no pueden superar el **PRECIO TECHO** establecido por la Regional de Aseguramiento en Salud N°7, como presupuesto para los ítems, so pena de rechazo de su oferta.
- El precio ofrecido se constituirá en los precios de referencia para la prestación del servicio y serán los precios que se manejen durante toda la ejecución del contrato.

| ITEM | CUPS | DESCRIPCION | PRECIO ESTIMADO O TECHO | PRECIO A OFERTAR |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 40705 | NEURECTOMIA DE NERVIO PERIFERICO EN CABEZA O CUELLO Incluye: NERVIOS INFRAORBITARIO, OPTICO CILIAR, BUCAL, LINGUAL, MAXILAR SUPERIOR, MENTONERO; POR TUMOR U OTRA LESION | 313.264 | |
| 2 | 230101 | EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR | 45.369 | |
| 3 | 230102 | EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR | 70.179 | |
| 4 | 230201 | EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR | 42.578 | |
| 5 | 231100 | EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD | 158.116 | |
| 6 | 231200 | EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD | 201.074 | |
| 7 | 231303 | EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO | 270.523 | |
| 8 | 234101 | COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES) | 38.909 | |
| 9 | 234102 | COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES) | 38.938 | |
| 10 | 235100 | REIMPLANTE DE DIENTE SOD | 150.247 | |
| 11 | 236100 | IMPLANTE ALOPLASTICO CERAMICO SOD | 213.058 | |
| 12 | 236200 | IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD | 238.536 | |
| 13 | 236300 | IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD | 498.471 | |
| 14 | 237301 | TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR | 93.790 | |
| 15 | 237302 | TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR | 123.656 | |
| 16 | 237303 | TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR | 152.570 | |
| 17 | 237305 | TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR | 128.737 | |
| 18 | 237401 | CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGIA PERIRRADICULAR) | 271.539 | |
| 19 | 237702 | RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) MULTIPLE | 216.601 | |
| 20 | 237902 | EXPLORACION Y MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR | 353.545 | |
| 21 | 240300 | ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD | 106.800 | |
| 22 | 242101 | PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS) | 106.800 | |
| 23 | 242102 | PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE | 106.800 | |
| 24 | 242201 | CURETAJE A CAMPO ABIERTO | 127.498 | |
| 25 | 243103 | ESCISION DE LESION BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCIA HASTA DE TRES CENTIMETROS | 275.414 | |
| 26 | 243104 | ESCISION DE LESION BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCIA DE MAS DE TRES CENTIMETROS | 319.489 | |
| 27 | 243105 | ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCION DE ESTRUCTURAS VECINAS U OSEAS | 119.622 | |
| 28 | 243106 | ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO | 529.876 | |
| 29 | 243301 | ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA INTRAORAL | 275.804 | |
| 30 | 243302 | ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA EXTRAORAL | 356.134 | |
| 31 | 243400 | GINGIVECTOMIA SOD | 127.498 | |
| 32 | 243502 | OPERCULECTOMIA | 92.794 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 33 | 244101 | ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO HASTA DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO | 275.414 | |
| 34 | 244103 | RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO | 390.455 | |
| 35 | 244104 | RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO Y RECONSTRUCCION INMEDIATA CON INJERTO OSEO LIBRE | 480.554 | |
| 36 | 244108 | MARSUPIALIZACION DE QUISTE ODONTOGENICO | 179.314 | |
| 37 | 245100 | REGULARIZACION DE REBORDES SOD | 121.572 | |
| 38 | 247401 | FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR) | 106.696 | |
| 39 | 249100 | CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD | 65.049 | |
| 40 | 252001 | RESECCION DE LENGUA EN CUÑA | 133.976 | |
| 41 | 254001 | GLOSECTOMIA RADICAL SOD | 386.860 | |
| 42 | 255101 | SUTURA DE LACERACION DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VIA ABIERTA | 289.545 | |
| 43 | 255001 | GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTANEO O MUCOSO | 182.216 | |
| 44 | 255002 | GLOSOPEXIA ANTERIOR | 232.154 | |
| 45 | 255003 | GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ABIERTA | 180.251 | |
| 46 | 255004 | GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA | 180.879 | |
| 47 | 260101 | SIALOLITOTOMIA VIA ABIERTA | 253.607 | |
| 48 | 260201 | EXPLORACION DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA | 221.476 | |
| 49 | 260301 | DRENAJE DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA | 140.649 | |
| 50 | 262001 | MARSUPIALIZACION DE LA RANULA | 179.268 | |
| 51 | 262002 | RESECCION DE MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL | 180.217 | |
| 52 | 263102 | SIALOADENECTOMIA PARCIAL | 313.977 | |
| 53 | 263201 | PAROTIDECTOMIA TOTAL Incluye: AQUELLA POR RECIDIVA TUMORAL, ENTRE OTRAS | 545.745 | |
| 54 | 263206 | SIALOADENECTOMIA DE GLANDULAS SALIVALES MENORES | 517.974 | |
| 55 | 264001 | CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ABIERTA | 217.347 | |
| 56 | 264002 | CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ENDOSCOPICA | 258.035 | |
| 57 | 264003 | CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ABIERTA | 255.996 | |
| 58 | 264004 | CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ENDOSCOPICA | 257.885 | |
| 59 | 264201 | CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO | 260.008 | |
| 60 | 264007 | SIALOPLASTIA (REPARACION DEL CONDUCTO) VIA ABIERTA | 275.315 | |
| 61 | 270101 | INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL | 179.334 | |
| 62 | 270102 | INCISION Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL | 275.414 | |
| 63 | 273105 | ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION SUPERFICIAL DE PALADAR OSEO | 132.506 | |
| 64 | 273201 | ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION PROFUNDA DE PALADAR OSEO | 171.638 | |
| 65 | 274101 | FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA | 179.268 | |
| 66 | 274305 | RESECCION DE LESION EN MUCOSA ORAL | 190.042 | |
| 67 | 274901 | REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA | 101.162 | |
| 68 | 275201 | ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTIMETROS | 109.259 | |
| 69 | 275301 | RESECCION INTRAORAL DE FISTULA DE BOCA | 131.852 | |
| 70 | 275302 | RESECCION EXTRAORAL DE FISTULA DE BOCA | 232.079 | |
| 71 | 275303 | CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL | 542.190 | |
| 72 | 275304 | CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMIA, CON O SIN REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL | 390.455 | |
| 73 | 275802 | PROFUNDIZACION DE PISO DE BOCA | 233.568 | |
| 74 | 275903 | PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR | 234.932 | |
| 75 | 275902 | PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO CUTANEO | 257.738 | |
| 76 | 276209 | CORRECCION DE PALADAR FISURADO | 509.750 | |
| 77 | 276206 | INJERTO OSEO DE PALADAR O ALVEOLAR | 600.686 | |
| 78 | 277201 | RESECCION PARCIAL DE UVULA | 109.259 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 79 | 277301 | UVULORRAFIA | 109.259 | |
| 80 | 295101 | FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO | 462.138 | |
| 81 | 760103 | SECUESTRECTOMIA INTRAORAL O EXTRAORAL | 275.315 | |
| 82 | 760102 | SECUESTRECTOMIA EXTRAORAL CON FIJACION INTERNA | 289.501 | |
| 83 | 760901 | OSTEOTOMIA MAXILAR PARA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO | 307.078 | |
| 84 | 760902 | DECORTICACION O CURETAJE OSEO EN HUESO FACIAL | 301.912 | |
| 85 | 761201 | ARTROCENTESIS DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR | 278.196 | |
| 86 | 762101 | ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VIA TRANSMUCOSA | 319.269 | |
| 87 | 762105 | ELIMINACION DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR | 275.315 | |
| 88 | 762201 | RESECCION DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR | 450.115 | |
| 89 | 763101 | MANDIBULECTOMIA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL | 450.115 | |
| 90 | 763901 | RESECCION PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCION | 450.115 | |
| 91 | 763902 | CONDILECTOMIA DE LA MANDIBULA | 450.115 | |
| 92 | 764302 | RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO | 305.491 | |
| 93 | 764401 | RESECCION PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA | 587.518 | |
| 94 | 765202 | MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON COLGAJO | 485.269 | |
| 95 | 765301 | REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR, CON INJERTO | 692.040 | |
| 96 | 766203 | OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA O VIA TRANSCUTANEA | 537.628 | |
| 97 | 766201 | OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA | 692.040 | |
| 98 | 766205 | CORONOIDECTOMIA | 485.269 | |
| 99 | 766301 | OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA | 466.562 | |
| 100 | 766403 | OSTEOTOMIA DE MENTON CON FIJACION INTERNA | 434.733 | |
| 101 | 766501 | OSTEOTOMIA LEFORT I SEGMENTARIA, CON FIJACION INTERNA | 558.833 | |
| 102 | 766602 | OSTEOTOMIA SUBAPICAL CON FIJACION INTERNA | 507.999 | |
| 103 | 766603 | OSTEOTOMIA LEFORT II CON FIJACION INTERNA | 556.982 | |
| 104 | 766604 | OSTEOTOMIA LEFORT III CON FIJACION INTERNA | 557.166 | |
| 105 | 766605 | CORTICOTOMIA TIPO LEFORT I (DISYUNCION PALATINA) | 463.152 | |
| 106 | 766902 | OSTEOTOMIA DESLIZANTE (VISERA) | 421.784 | |
| 107 | 766903 | OSTEOPLASTIA SIMULTANEA DE VARIOS HUESOS FACIALES | 480.419 | |
| 108 | 767202 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO | 403.482 | |
| 109 | 767203 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MALAR, CON REDUCCION PISO DE ORBITA INJERTO O FIJACION INTERNA | 404.207 | |
| 110 | 767301 | REDUCCION CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION | 261.557 | |
| 111 | 767304 | REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION | 278.740 | |
| 112 | 767402 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA | 434.743 | |
| 113 | 767403 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA | 538.536 | |
| 114 | 767502 | REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR | 309.728 | |
| 115 | 767603 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA | 434.743 | |
| 116 | 767702 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACION | 434.743 | |
| 117 | 767802 | REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION | 292.787 | |
| 118 | 767908 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS MULTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ORBITARIO | 538.536 | |
| 119 | 768110 | INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR | 367.420 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 120 | 768301 | REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR | 169.944 | |
| 121 | 768302 | REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACION INTERMAXILAR | 272.665 | |
| 122 | 768801 | ARTRECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR | 539.135 | |
| 123 | 830231 | MIOTOMIA DEL TEMPORAL | 291.553 | |
| 124 | 830232 | MIOTOMIA PTERIGOIDEO | 273.976 | |
| 125 | 830233 | MIOTOMIA DE MASETERO | 273.942 | |
| 126 | 890217 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL | 72.780 | |
| 127 | 890218 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA | 65.260 | |
| 128 | 890220 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA | 65.260 | |
| 129 | 890221 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA | 65.260 | |
| 130 | 890236 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL | 72.780 | |
| 131 | 890317 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL | 65.260 | |
| 132 | 890318 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA | 65.260 | |
| 133 | 890320 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA | 65.260 | |
| 134 | 890321 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA | 65.260 | |
| 135 | 890336 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL | 74.197 | |
| 136 | 893101 | IMPRESION DE ARCO DENTARIO SUPERIOR O INFERIOR, CON MODELO DE ESTUDIO Y CONCEPTO | 74.569 | |
| 137 | 893105 | MASCARA FACIAL DIAGNOSTICA | 131.852 | |
| 138 | 997105 | APLICACION DE RESINA PREVENTIVA | 12.973 | |
| 139 | 240200 | DETARTRAJE SUBGINGIVAL | 125.400 | |
| **VALOR TOTAL** | | | **38.020.894** | |

**Nota 1**: La propuesta que sobrepase el precio techo de alguno de los ítems no será tenida en cuenta para la verificación.

**Nota 2:** El precio techo es inmodificable

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

En la definición de los parámetros de mecanismos de cobertura de los riesgos deberán efectuarse dentro de los términos definidos en la Parte 2 – Titulo 1 – Capitulo 1 – Sección 1 – Subsección 6 del Decreto 1082 de 2015.

**GARANTÍAS DEL PROCESO**

**ETAPA CONTRACTUAL**

| MECANISMO DE COBERTURA | CLASE DE RIESGO | TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS | ESTIMACIÓN DEL RIESGO | ASIGNACIÓN DEL RIESGO | VIGENCIA | JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| GARANTIA UNICA | RIESGO JURIDICO | INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO. | VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO | CONTRATISTA | VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA EJECUCION DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS | AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y LIQUIDACION DEL CONTRATO LA ESTIMACION DEL RIESGO CUBRE EL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TERMINOS DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA. |
| GARANTIA UNICA | RIESGO OPERATIVO | CALIDAD DEL SERVICIO | CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DEL CONTRATO. | | VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y UN 1 AÑO MÁS | AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOLICITADOS. |
| GARANTÍA ÚNICA | RIESGO FINANCIERO | DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL | NO PODRÁ SER INFERIOR AL CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO, Y EN NINGÚN CASO INFERIOR A DOSCIENTOS SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES (200 SMLMV) AL MOMENTO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA. | | VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO | AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASIÓN DE LA EJECUCIÓN DE CONTRATO AMPARADO, Y SERÁN BENEFICIARIOS TANTO LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATISTA. |
| GARANTÍA ÚNICA | RIESGO JURIDICO | NO PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES | 5% DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO | | VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS. | AMPARA A LA ENTIDAD DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONE COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. |

## CLAUSULAS SANCIONATORIAS

| MECANISMO DE COBERTURA | CLASE DE RIESGO | TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS | ESTIMACIÓN DEL RIESGO | ASIGNACIÓN DEL RIESGO | VIGENCIA | JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MULTA | RIESGO JURIDICO | LA NO CONSTITUCION DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS LA POLIZA DE GARANTIA UNICA | MULTA CUYO VALOR SE LIQUIDARÁ CON BASE EN UN CERO PUNTO DOS (0.2%) DEL VALOR DEL CONTRATO | CONTRATISTA | LA MULTA SE APLICARÁ POR CADA DIA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ (10) DIAS | CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS, A POLIZA DE GARANTIA UNICA |
| MULTA | RIESGO JURIDICO | INCUMPLIMIENTO PARCIAL | MULTAS CUYO VALOR SE LIQUIDARÁ CON BASE EN UN CERO PUNTO CINCO (0.5%) DEL VALOR DEJADO DE CUMPLIR O ENTREGAR | | LA MULTA SE APLICARÁ POR CADA DIA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DIAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARÁ DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD. ESTA SANCION SE IMPONDRA MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO MOTIVADO EN EL QUE SE EXPRESARA LAS CAUSAS QUE DIERONLUGAR A ELLA | AMPARA LA MORA O INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE ALGUNA OBLIGACION DERIVADA DEL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES AL CONTRATISTA |
| CLAUSULA PENAL PECUNIARIA | RIESGO JURIDICO | INCUMPLIMIENTO TOTAL DECLARATORIA DE CADUCIDAD | VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO | | EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO CUANDO SE TRATE DE INCUMPLIMIENTO TOTAL DEL CONTRATO Y PROPORCIONAL AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO. | AMPARA EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFINITIVO DEL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA, SE BUSCA EL PAGO PARCIAL Y DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A LA ENTIDAD |

## FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 7
Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES N° 7 MIC 071 2024 cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE.

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 Mínima Cuantía, para la celebración de un contrato estatal para. **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE.**

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

**Cláusula primera. Compromisos asumidos.**

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

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

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

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

El proponente:

_____

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

## FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 7
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Mínima Cuantía Número PN RASES N° 7 MIC 071 2024 cuyo objeto es la: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE.

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

La Policía Nacional, mediante la Resolución 03843 del 09/09/2019, prevé en el Artículo 2º, lo relacionado con la ***"Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional"***, en lo siguiente:

> *"La Policía Nacional de Colombia, en el ejercicio de su función de mantenimiento de seguridad y convivencia ciudadana, manifiesta su compromiso con la protección de la seguridad y salud en el trabajo de todos los funcionarios uniformados, no uniformados, contratistas y trabajadores en misión, mediante la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos laborales en todos los niveles de la Institución; para ello destinará el capital humano, financiero y tecnológico, que permita el cumplimiento de los requerimientos legales y las acciones de mejora continua".*

PERSONA JURÍDICA

Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a mi actividad económica, clase de riesgo y tamaño de la empresa, actualizando los documentos técnicos y cumplimientos asociados al objeto del presente contrato.

PERSONA NATURAL

Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a la actividad económica y clase de riesgo para la cual fui contratado, así mismo me comprometo a cumplir con las actividades y recomendaciones establecidas por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el marco del objeto del presente contrato y de las instalaciones policiales en donde preste mis servicios.

Nota: seleccionar, según corresponda.

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

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

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

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

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

El proponente:

_____

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

**FORMULARIO COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN**

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 7
Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES N° 7 MIC 071 2024 cuyo objeto es la: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE.

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

PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 7, 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. 7 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. 7, 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. 7 durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

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

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

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

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

El proponente:_____

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

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

## COMPROMISO SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 7
Ciudad.

Yo, _____ me comprometo a contribuir con la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación, el cumplimiento de la legislación y las diferentes regulaciones ambientales y el control de los impactos ambientales adversos, así como al mejoramiento continuo del desempeño ambiental, de tal forma que el bien que suministrare cumple los parámetros exigidos por el Sistema de Gestión Ambiental.

Declara mediante esta certificación que conozco la Legislación Colombiana sobre protección a la salud humana, los recursos naturales y el medio ambiente y me obligo a cumplirla, en especial los principios constitucionales, la Ley 1252 del 27/11/2008, Decreto 4741 del 30/12/2005, Resolución 372 del 26/02/2009, Resolución 1446 del 02/09/2005, Resolución 1488 del 02/09/2005, y otras que establezca el Ministerio del Medio Ambiente y las del Ministerio de Salud y demás normas concordantes y complementarias normatividad.

La aplicación de buenas prácticas ambientales y las normas ambientales.

Que los artículos 79 y 80 de la Constitución Política consagran el derecho colectivo a gozar de un ambiente sano y el deber del estado de proteger la diversidad e integridad del ambiente, planificar el manejo y aprovechamiento de los recursos naturales a fin de garantizar su desarrollo sostenible, su conservación, restauración o sustitución y prevenir los factores de deterioro ambiental.

Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 38 del Decreto Ley 2811 de 1974, por razón del volumen o de la cantidad de los residuos o desechos, se podrá imponer a quien los produce la obligación de recolectores, tratarlos o disponer de ellos, señalando los medios para cada caso.

Qué así mismo, conforme lo dispone el numeral 14 del artículo 5 de la Ley 99 de 1993, el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial tiene entre sus funciones definir y regular los instrumentos administrativos y mecanismos necesarios para la prevención y el control de los factores de deterioro ambiental y determinarlos criterios de evaluación, seguimiento y manejo ambiental de las actividades económicas.

Resolución 00090 de 15 de enero de 2018, Por la cual se actualiza el Manual de contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante resolución 03049 de 2014.

Por lo anterior cumpliré con toda la normatividad descrita anteriormente y seré el único responsable por el cumplimiento de las normas ambientales, de recursos naturales y salud humana.

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

## DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 7
Ciudad.

Yo....., identificado con la cedula de ciudadanía No..... de....., certifico que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades estatales (publicas), mixtas y privadas de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007, los articulos1,2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993,asi como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que los representantes legales, miembros de junta directiva, accionistas, socios fundadores, contador público y revisoría fiscal no se encuentran incursos en ninguna de ellas.

Dada en la ciudad de .....a los ..... días del mes de .....de 2024.
Cordialmente,

El proponente:

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

## SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 7
Ciudad.

El suscrito .....identificado con cédula de ciudadanía No..... actuando como representante legal de la sociedad ..... con NIT. ..... me comprometo a sostener los precios ofertados dentro del proceso de selección de Mínima Cuantía, cuyo objeto es la *PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE*, durante la vigencia, adiciones y en caso de que se llegara a sustituir los recursos.

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

**CERTIFICADO DE NO ESTAR REPORTADO EN LA PÁGINA DE REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 7
Ciudad.

l(la) suscrito(a) _____ identificado con C.C./ C.E./ P.P No. _____ expedida en _____, manifiesto que no me encuentro incurso de dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad legal establecidas en el artículo No. 6 de la ley 2079 del 2021 y tampoco me hallo en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales establecidas para contratar con el Estado (La Regional de Aseguramiento en Salud No. 7). En especial, que no aparezco reportado en la pagina de Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM) reglamentado por la Ley 2097 de 2021, Por medio de la cual se crea el registro de deudores alimentarios morosos (redam) y se dictan otras disposiciones".

Se suscribe en la ciudad de _____, el día _____ (__) de _____ de 2024

El proponente:

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

**FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES**

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 7
Ciudad.

El(la) suscrito(a) _____ identificado con C.C./ C.E./ P.P No. _____ expedida en _____, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.icbf.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de _____, el día _____ (__) de _____ de 2024.

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

| **FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO** |
|---|
| Ciudad y Fecha |
| Nombres y Apellidos |
| Cédula de Ciudadanía |
| Fecha de Nacimiento |
| Nacionalidad |
| Profesión |
| Universidad |
| No Registro Profesional |
| Titulo Obtenido |
| Especializaciones |
| |
| |
| Tiempo de Experiencia en el desempeñado de funciones como las requeridas en la contratación: |
| Tiempo de Servicio en la Institución (para aquellos con dos o más contratos): |
| Firma del Profesional |

| Código: 3SS-FR-0006<br>Fecha: 24/10/2018<br>Versión: 3 | **PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**<br>**REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS** | POUCÍA NACIONAL |
|---|---|---|

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

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

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

**I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

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

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

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

**II. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO**

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

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

**12. DESCRIPCIÓN**

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

| **Evento adverso:** Todo daño al paciente que se produce de manera no intencional y es atribuible a la atención en salud. | **Incidente:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención de salud de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención. | **Complicacion:** Daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad, o a las condiciones propias del paciente. |
|---|---|---|

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

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

**IV. INFORMACIÓN DEL REPORTANTE**

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

**V. ANÁLISIS DE CAUSAS**

**PACIENTE Y FAMILIA**

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

**MÉTODOS Y PROCESOS**

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

**MEDIO AMBIENTE ENTORNO HOSPITALARIO**

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

**EVENTO PRESENTADO**

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

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

**MANO DE OBRA (FACTOR HUMANO)**

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

**OTRAS CAUSAS**

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

**VI. PLAN DE INTERVENCIÓN**

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

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

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

**INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO**

**3SS-FR-0006 "REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS"**

Ocurrencia o presencia de un error en la atención en salud dentro del ámbito hospitalario.

Se debe diligenciar formato y registrar en historia clínica que se "reporta en formato".

Debe diligenciarse en letra legible preferiblemente.

Registre de manera completa el nombre del Establecimiento de Sanidad Policial en el cual ocurrió el evento.

Registre el día, mes y año en que se notifica el evento.

No registre nada en Código de reporte (este código lo asignará el equipo de seguridad del paciente del ESP o de la USP)

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. Escribir completos nombre y apellidos del paciente

2. Número de historia clínica

3. Registre el código de diagnóstico principal que registra el paciente

4. Registre la edad en años del paciente

5. Marque con una X el sexo del paciente

6. Registre el número de la habilitación donde se encuentra hospitalizado el paciente (cuando aplique)

7. Registre el nombre completo de médico tratante.

II. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

8. Registrar fecha de ocurrencia en formato día, mes y año

9. Registrar la hora de ocurrencia del evento y marcar con una X si el evento fue en la mañana (am) o si fue en la tarde (pm)

10. Seleccione y marque con X el Ámbito de ocurrencia del evento según corresponda: ambulatorio, hospitalario, urgencias y precedimientos diagnósticos.

11. Nombre del servicio donde ocurrió el evento

12. Descripción: en forma sucinta exponer lo sucedido.

Los ítems.13 y 14 se diligencian posterior al análisis del evento realizado por el equipo de seguridad del paciente con personal convocado para esto.

III. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: Espacio exclusivo para registrar este tipo de eventos, marque con X si corresponde M = medicamento y DM= dispositivo médico.

Del ítem 15 al 20 Registrar nombre del medicamento o dispositivo médico, dosis, régimen y vía, lote, referencia, modelo, serie y fabricante (Aplica para dispositivos médicos)

IV. INFORMACION DEL REPORTANTE: Del ítem 21 al 23 registrar nombres y apellidos, cargo y servicio donde labora

V. CON EL PROPOSITO DE CREAR CONCIENCIA EN LOS SERVICIOS ES IMPORTANTE, realizar el análisis causa raíz como insumo para el análisis del Protocolo de Londres que realizará el Grupo de Seguridad del Paciente y para inducir al respectivo plan de mejoramiento.

En el análisis causa raíz se preseleccionaron las siguientes variables: Paciente y Familia, Métodos y procesos, Medio ambiente – entorno hospitalario, Medicamentos o dispositivos y mano de obra, en cada uno de estos hay unos factores contemplados para seleccionar el que corresponda en cada situación. En caso de no encontrar el ítem, registrar la causa en "OTRAS CAUSAS" que consideren contribuyó a generar el evento.

VI. PLAN DE INTERVENCIÓN

Registrar la causa o causas identificadas que condujeron a la presencia del evento. Que se va hacer (TAREA) y quien lo va hacer (RESPONSABLE) con las fechas de cumplimiento y de verificación.

Esta parte nos ayudará para el seguimiento al cumplimiento de la mejora de los mismos.

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

Fecha de verificación, debe firmar el jefe del Área o Servicio y el Responsable de Seguridad del Paciente.

El formato debe ser remitido al Grupo de Seguridad del Paciente, para su respectiva intervención, quienes se encargan de la verificación de datos y análisis respectivo.

Retroalimentación con el servicio respectivo.

Tener presente que deben ser reportados en un término de 24 horas los eventos, esto con el objeto de cumplir con el aprendizaje organizacional.

Es responsabilidad de reportar de quien le ocurre, o quien observa. Evitemos que sean los familiares los que lo den a conocer a través de quejas o demandas.

Tenga presente que un oportuno reporte le protege ante una demanda.

**FORMULARIO 1**
**CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA**

Villavicencio,

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.7
Ciudad

Ref.: Presentación de propuesta para el Proceso de Contratación de Mínima cuantía Número **PN RASES N° 7 MIC 071 2024** cuyo objeto es la: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE.

Yo (Nombre) (s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de (Calidad en la que actúa el(los) firmante(s) de la propuesta; si el(los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste (éstos) deberá(n) suscribirlo. Si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una Unión Temporal o de un Consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el Representante Legal de la misma), de conformidad con lo establecido en el (En el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de Unión Temporal o Consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás), me permito presentar, en nombre de (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), propuesta seria y formal para participar en el proceso de Mínima cuantía **PN RASES N° 7 MIC 071 2024**, convocado para el ***PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE***, conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus Decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él.
Los ítems se encuentran detalladamente enunciados 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, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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

**1.** Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación y de sus Anexos y Formatos.

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

**3.** Que ni el representante legal o apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.

**4.** Que el proponente, en este caso es la ***XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX,*** *con Nit.* ***XXXXXXXXX*** está, y que el nombre de su representante legal, dirección, teléfono y fax son los siguientes: (Información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; Si se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente)

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

**6.** Que nos comprometemos a proveer a la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.7, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, el servicio ofrecido en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por la invitación para la Contratación de mínima cuantía, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en la invitación, y en las condiciones allegada a esa entidad a través de la presente carta de presentación.

**7.** Declaramos bajo nuestra responsabilidad, que la ***PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE.*** En el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de la invitación, sus Anexos y sus Formatos.

**8.** 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.

**9.** 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.

**10.** Reconocemos que ni la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.7, ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia ó visita efectuada a las instalaciones en las cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del contrato, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.

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

**12.** Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la Ley colombiana, y, en consecuencia, consideramos que LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.7 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).

**13.** Los suscritos (Integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (Forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del Reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.

**14.** Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

**15.** Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.7 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

**16.** Que la presente propuesta consta de los soportes anexados dentro del proceso SECOP II

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

**18.** 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).

**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 sesenta (60) días, contados a partir de la presentación de la misma.

El proponente:

_____

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

**FORMULARIO No. 2**
**DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA**

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

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

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

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

Entidad o beneficiario _____ NIT _____
_____ Y/O
_____ C.C. _____
Dirección _____ Teléfono_____ Fax_____
_____ _____
_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta **Corriente** _____

**Ahorros** _____

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

1. Si es a través de correo electrónico el contratista verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

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

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código_____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____
(Adjuntar certificación bancaria)

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO