[Este formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, según corresponda, de la persona jurídica en el que mayoritariamente participen mujeres cabeza de familia y mujeres víctima de violencia intrafamiliar. En el evento que la oferta la presente una entidad privada sin ánimo de lucro, ya sea, fundación, corporación o asociación se ajustará el formato en lo pertinente. La información vertida en este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y, por tanto, no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]

FORMATO DESEMPATE 1 – PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA MUJERES VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O DE LA PERSONA JURÍDICA EN LA CUAL PARTICIPE O PARTICIPEN MAYORITARIAMENTE

Santiago de Cali., pulse para escribir una fecha.

Señores:
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA
Ciudad

Referencia: Proceso de selección: **RELACIONAR EL NUMERO DE PROCESO**

Objeto: [RELACIONAR EL OBJETO DEL PROCESO]

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica o del revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] identificada con el NIT [Incluir el NIT], certifico bajo la gravedad de juramento que más del 50 % de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica está constituida por mujeres cabeza de familia y/o mujeres víctima de violencia intrafamiliar. Esta información está soportada de acuerdo con los libros de comercio de la sociedad, los cuales gozan de reserva legal en los términos del artículo 61 del Código de Comercio.

En el siguiente cuadro señalo las mujeres cabeza de familia o mujeres víctima de violencia intrafamiliar que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

Identificación de las mujeres cabeza de familia o mujeres víctima de violencia intrafamiliar que participan en la persona jurídica (Incluir nombre y documento de identidad)	Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

En constancia de lo anterior firmo este documento a los [días] días del mes de [mes] del 2024.

[Firma]

Nombre y firma de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda

Avenida 10 Norte No. 16N-21,
Teléfono 6604128
deval.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

FORMATO DESEMPATE 2 – VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

[Tratándose de integrantes proponentes plurales, este formato lo presentará el integrante o los integrantes que tengan una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25 %) en el consorcio o en la unión temporal y aporten mínimo el veinticinco por ciento (25 %) de la experiencia habilitante]

Santiago de Cali., pulse para escribir una fecha.

Señores:
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA
Ciudad

Referencia: Proceso de selección: **RELACIONAR EL NUMERO DE PROCESO**

Objeto: RELACIONAR EL OBJETO DEL PROCESO

Estimados señores:

[Incluir el nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] [identificada con el NIT _____], certifico que tengo vinculado en la planta de personal un mínimo del diez por ciento (10 %) de empleados en las condiciones de discapacidad enunciadas en la Ley 361 de 1997, contratados [con una anterioridad no inferior a un año o desde la constitución de la sociedad (para sociedades con menos de un año de constitución)], para lo cual adjunto el certificado expedido por el Ministerio del Trabajo.

De igual manera me comprometo en caso de resultar adjudicatario del presente proceso de contratación, a mantener vinculados a los empleados en condiciones de discapacidad por un lapso igual al del plazo de ejecución del contrato.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los [días] días del mes de [mes] del 2024.

[Firma]

Nombre y firma de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda

Avenida 10 Norte No. 16N-21,
Teléfono 6604128
deval.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

FORMATO DESEMPATE 3 – VINCULACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y NO BENEFICIARIAS DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA (EMPLEADOR – PROPONENTE)

[Este formato lo diligencia la persona natural, el representante legal o el revisor fiscal de la persona jurídica que tiene en su personal trabajadores mayores de edad vinculados en la planta del personal que no sean beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido la edad de pensión. En el caso de los proponentes plurales, este formato lo diligenciará el representante del proponente plural en el cual certifica la totalidad de los trabajadores vinculados en la planta de personal de cada uno de los integrantes y la totalidad de personas mayores de edad vinculados de cada uno de sus integrantes]

Santiago de Cali., pulse para escribir una fecha.

Señores:
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA
Ciudad

Referencia: Proceso de selección: **RELACIONAR EL NUMERO DE PROCESO**

Objeto: RELACIONAR EL OBJETO DEL PROCESO

Estimados señores:

[Incluir el nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del proponente plural] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal o representante del proponente plural] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] [identificada con el NIT _____], certifico que el número total de trabajadores personas mayores de edad vinculados en la planta del personal que no son beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de edad de pensión establecido en la ley es el que se relaciona a continuación:

Número total de trabajadores vinculados a la planta de personal	Número de personas mayores no beneficiarias a la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de pensión

[Incluir el siguiente cuadro para los proponentes plurales]

Número total de trabajadores vinculados a la planta de personal de los integrantes del proponente plural	Número de personas mayores, no beneficiarias a la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de pensión de los integrantes del proponente plural

Avenida 10 Norte No. 16N-21,
Teléfono 6604128
deval.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

En constancia de lo anterior firmo este documento a los [días] días del mes de [mes] del 2024.

[Firma]

[Nombre y firma de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del proponente plural]

Avenida 10 Norte No. 16N-21,
Teléfono 6604128
deval.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

FORMATO DESEMPATE 4 – VINCULACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y NO BENEFICIARIAS DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA (TRABAJADOR)

[Este formato lo diligencia el trabajador vinculado en la planta de personal del proponente que presenta la oferta, que no es beneficiario de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que haya cumplido la edad de pensión]

Señores:
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA
Ciudad

Referencia: Proceso de selección: **RELACIONAR EL NUMERO DE PROCESO**

Objeto: RELACIONAR EL OBJETO DEL PROCESO

Estimados señores:

[Incluir el nombre del trabajador vinculado en la planta de personal la persona natural o de la persona jurídica] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de trabajador vinculado a [Indicar el nombre de la persona jurídica o persona natural], [identificada con NIT _____], certifico bajo la gravedad de juramento que no soy beneficiario de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y ya cumplí la edad de pensión.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los [días] días del mes de [mes] del 2024.

[Firma]

[Nombre y firma del trabajador vinculado a la persona natural o jurídica]

Avenida 10 Norte No. 16N-21,
Teléfono 6604128
deval.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

FORMATO DESEMPATE 5 – VINCULACIÓN DE POBLACIÓN INDÍGENA, NEGRA, AFROCOLOMBIANA, RAIZAL, PALENQUERA, RROM O GITANAS

[La información de este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y por tanto no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]

Señores:
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA
Ciudad

Referencia: Proceso de selección: **RELACIONAR EL NUMERO DE PROCESO**

Objeto: RELACIONAR EL OBJETO DEL PROCESO

Estimados señores:

[Incluir el nombre del proponente persona natural o del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del proponente plural] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con el NIT _____], certifico bajo la gravedad de juramento que:

i) El número total de trabajadores vinculados a la nómina corresponden a [Diligenciar el número de trabajadores vinculados a la nómina]

ii) En la nómina están vinculadas las siguientes personas: [Indicar a continuación el nombre y número de cédula de las personas que se encuentran vinculadas al proponente o integrante de la estructura plural según corresponda y respecto de las cuales se aportan las pruebas correspondientes, para acreditar la pertenencia a población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palanquera, Rrom o gitanas]

Nombre completo	Número de identificación

iii) Así mismo declaramos que las personas señaladas anteriormente se encuentran vinculadas con una antigüedad igual o mayor a un año contado a partir de la fecha del cierre del presente proceso de selección. [Para los casos de constitución inferior a un año se tendrá que indicar que las personas señaladas se encuentran vinculadas desde el momento de constitución de la misma].

En constancia de lo anterior firmo este documento a los [días] días del mes de [mes] del 2024.

Avenida 10 Norte No. 16N-21,
Teléfono 6604128
deval.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

[Firma]

[Nombre y firma de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del proponente plural]

Avenida 10 Norte No. 16N-21,
Teléfono 6604128
deval.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

FORMATO DESEMPATE 6 – PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/O REINTEGRACIÓN (PERSONAS JURÍDICAS)

[Este formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, según corresponda, de la persona jurídica en el que mayoritariamente participan personas en proceso de reintegración o reincorporación de la persona jurídica. En el evento que la oferta la presente una entidad privada sin ánimo de lucro, ya sea, fundación, corporación o asociación se ajustará el formato en lo pertinente. La información de este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y, por tanto, no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]

Señores:
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA
Ciudad

Referencia: Proceso de selección: **RELACIONAR EL NUMERO DE PROCESO**

Objeto: RELACIONAR EL OBJETO DEL PROCESO

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con el NIT _____], certifico bajo gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica está constituida por personas en proceso reincorporación y/o reintegración. Esta información está soportada de acuerdo con los respectivos certificados de la Oficina del Alto Comisionado para la Paz, o del Comité Operativo para la Dejación de Armas y el documento de identificación de cada una de dichas personas.

En el siguiente cuadro señalo las personas en proceso de reincorporación o reintegración que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

Identificación de las personas en proceso de reincorporación o reintegración (Incluir nombre y documento de identidad)	Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

En constancia de lo anterior firmo este documento a los [días] días del mes de [mes] del 2024.

[Firma]

[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica o revisor fiscal]

Avenida 10 Norte No. 16N-21,
Teléfono 6604128
deval.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

FORMATO DESEMPATE 7– PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/O REINTEGRACIÓN (PERSONAS JURÍDICAS)

[Este formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, según corresponda, del integrante del proponente plural (persona jurídica) en el que mayoritariamente participen madres cabeza de familia y/o personas en proceso de reintegración o reincorporación. Este formato lo podrá presentar el integrante o los integrantes que, cumpliendo la condición anterior, tengan una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25 %) en el consorcio o en la unión temporal y aporten mínimo el veinticinco por ciento (25 %) de la experiencia acreditada en la oferta.

En el evento que la oferta la presente una entidad privada sin ánimo de lucro, ya sea, fundación, corporación o asociación se ajustará el formato en lo pertinente. La información de este formato contiene datos sensibles la cual está sujeta a reserva legal y, por tanto, no se podrá publicar en el SECOP I y II para su conocimiento]

Señores:

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA
Ciudad

Referencia: Proceso de selección: **RELACIONAR EL NUMERO DE PROCESO**

Objeto: RELACIONAR EL OBJETO DEL PROCESO

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica o del revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con el NIT _____], certifico bajo la gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (50%) de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica del proponente plural está constituida por madres cabeza de familia y/o personas en proceso de reintegración o reincorporación.

En el siguiente cuadro señalo las madres cabeza de familia y/o personas en proceso de reincorporación o reintegración que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

Identificación de las madres cabeza de familia o personas en proceso de reincorporación o reintegración (Incluir nombre y documento de identidad)	Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

Adicionalmente, los abajo firmantes, certificamos que ni la madre cabeza de familia o persona en proceso de reincorporación o reintegración, ni la persona jurídica, ni sus accionistas, socios o representantes legales son empleados, socios o accionistas de los

Avenida 10 Norte No. 16N-21,
Teléfono 6604128
deval.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

miembros del proponente plural.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los [días] días del mes de [mes] del 2024.

[Firma]

[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica o revisor fiscal]

Avenida 10 Norte No. 16N-21,
Teléfono 6604128
deval.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

FORMATO DESEMPATE 8 – ACREDITACIÓN MIPYME O COOPERATIVAS O ASOCIACIONES MUTUALES

Señores:

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA
Ciudad

Referencia: Proceso de selección: **RELACIONAR EL NUMERO DE PROCESO**

Objeto: RELACIONAR EL OBJETO DEL PROCESO

Estimados señores:

[Incluir el nombre o integrante persona natural y contador público o del representante legal de la persona jurídica y el revisor fiscal para las personas obligadas por ley o del representante legal y contador público, según corresponda,] identificado con [Incluir el número de identificación], actuando en representación de [Indicar nombre del proponente, o integrante de proponente plural] declaramos bajo la gravedad de juramento que la sociedad se encuentra clasificada como: [Indicar si es micro, pequeña y mediana empresa] de acuerdo con los criterios definidos por las normas legales vigentes.

[Para la acreditación de desempate establecida en el literal (c), literal 10, del numeral 4.6 del documento tipo incluir la siguiente redacción:]

Adicionalmente, los abajo firmantes certificamos que ni la MIPYME, cooperativa o asociación mutual ni sus accionistas, socios o representantes legales son empleados, socios o accionistas de los miembros del proponente plural.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los [días] días del mes de [mes] del 2024.

[En el evento que sea una proponente persona natural quien presente la oferta, incluir las firmas de la siguiente manera:]

[Firma]

[Nombre y firma del proponente o integrante persona natural y contador público]

[En el evento que sea una proponente persona jurídica quien presente la oferta, incluir las firmas de la siguiente manera:]

[Firma]

[Nombre y firma del representante legal y revisor fiscal para las empresas obligadas por ley o del representante legal y contador público, según corresponda]

Avenida 10 Norte No. 16N-21,
Teléfono 6604128
deval.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

[El presente modelo de autorización contiene la información que debe suministrarse al titular al momento de solicitar su autorización]

FORMATO 9- AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, FACTORES DE DESEMPATE Y ACREDITACIÓN

Santiago de Cali, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA
Ciudad.

REFERENCIA: Proceso de contratación Número **RELACIONAR EL NUMERO DE PROCESO** cuyo objeto es**: RELACIONAR EL OBJETO DEL PROCESO**

De conformidad con las reglas establecidas para seleccionar a los oferentes que acrediten las condiciones descritas en los criterios de desempate referidas en la Ley 1860 de 2021 la cual modifico el artículo 2.2.1.2.4.2.17. del Decreto 1082 de 2015, y teniendo en cuenta que la información suministrada debe contar con un tratamiento de datos sensibles de conformidad con manifiesto que he sido informado de lo siguiente:

1) La POLICÍA NACIONAL – Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, almacenar y usar mis datos personales para hacer efectivo el factor de desempate previsto en el pliego de condiciones, relacionados con la acreditación de ser víctima de violencia intrafamiliar, persona en proceso de reintegración o reincorporación, o persona perteneciente a la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rrom, o gitanas.

Finalidad	Autoriza	
	SI	NO
Hacer efectivo el factor de desempate para la acreditación de una mujer víctima de violencia intrafamiliar, persona perteneciente a la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rrom, o gitanas, o persona en proceso de reintegración o reincorporación.		

2) Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen

Avenida 10 Norte No. 16N-21,
Teléfono 6604128
deval.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos con la salud, la vida sexual y los datos biométricos.

3) Manifiesto que me informaron que los datos sensibles que se recolectarán serán utilizados para hacer efectivo el criterio de desempate previsto en el pliego de condiciones, relacionados con la acreditación de ser víctima de violencia intrafamiliar, integrante de la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rrom, o gitanas, o persona en proceso de reintegración o reincorporación.

DERECHOS DEL TITULAR

Sus derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y en la Ley 1581 de 2012, especialmente los siguientes:

a) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento.

b) Solicitar la actualización y rectificación de su información frente a los datos parciales, inexactos, incompletos.

c) Solicitar prueba de la autorización otorgada.

d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente.

e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, a menos que exista un deber legal o contractual que haga imperativo conservar la información.

f) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles o sobre datos de las niñas y los niños y adolescentes.

Estos derechos los podré ejercer mediante los canales o medios dispuestos por [Incluir nombre de la entidad] para la atención al público, la línea de atención nacional [incluir número de atención de la entidad], el correo electrónico [incluir el correo electrónico] y las oficinas de atención al cliente a nivel nacional, cuya información puedo consultar en [incluir página web de la entidad], disponibles de [lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 p.m.]

Por todo lo anterior, he otorgado mi consentimiento a [Incluir nombre de la entidad] para que trate mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales dispuesta en [Incluir el link en donde se encuentra la Política de Tratamiento de Datos Personales] y que me dio a conocer antes de recolectar mis datos personales.

Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Avenida 10 Norte No. 16N-21,
Teléfono 6604128
deval.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

Nombre: [Incluir nombre del titular de la autorización datos sensibles para la autorización de datos]
Firma: [Incluir firma del titular]
Identificación: [Incluir número de identificación del titular de datos sensibles]
Fecha: [Fecha en que se puso de presente la autorización y entregó sus datos]

Avenida 10 Norte No. 16N-21,
Teléfono 6604128
deval.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

FORMATO 10 - PAGOS REALIZADOS A MIPYMES, COOPERATIVAS O ASOCIACIONES MUTUALES

Señores
POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA
Santiago de Cali

REFERENCIA: Proceso de Contratación **RELACIONAR EL NUMERO DE PROCESO**

Objeto: RELACIONAR EL OBJETO DEL PROCESO

Estimados señores:

Los suscritos a saber, _____ _____ [Incluir el nombre del Proponente persona natural y contador público, o el representante legal y revisor fiscal para las empresas obligadas por ley, o del representante legal y contador público, según corresponda] identificados con [Incluir el número de identificación], en nuestra condición de [Indicar si actúa como persona natural (nombre propio), representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica (si aplica proponente individual o integrante de la estructura plural], identificado con el NIT (si aplica) _____], declaramos bajo la gravedad del juramento, que de acuerdo con nuestros estados financieros o información contable con corte al 31 de diciembre del año anterior, por lo menos el veinticinco por ciento (25 %) del total de pagos fueron realizados a Mipyme, cooperativas o asociaciones mutuales por concepto de proveeduría del oferente, realizados durante el año anterior.

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ del 2024.

[En el evento que sea un Proponente persona natural quien presente la oferta, incluir las firmas de la siguiente manera:]

_____ _____
[Nombre y firma del Proponente o integrante persona natural y contador público]

[En el evento que sea un Proponente persona jurídica quien presente la oferta, incluir las firmas de la siguiente manera:]

_____ _____
[Nombre y firma del representante legal y revisor fiscal para las empresas obligadas por ley o del representante legal y
contador público, según corresponda

Avenida 10 Norte No. 16N-21,
Teléfono 6604128
deval.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

FORMATO 11 - FORMATO BIENES Y/O SERVICIOS NACIONALES

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Apoyo a la industria nacional del proceso de Elegir la modalidad de contratación., Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso
Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal y/o comprometiendo a las personas naturales y/o personas jurídicas que represento o apodero que:

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

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

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

Porcentaje de los bienes y/o servicios de acuerdo con el desarrollo del proceso contractual.	**Certifico Marcar con (x) donde corresponda**
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐

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

Avenida 10 Norte No. 16N-21,
Teléfono 6604128
deval.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

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

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

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

Porcentaje de los bienes y/o servicios de acuerdo con el desarrollo del proceso contractual.	**Certifico Marcar con (x) donde corresponda**
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐

Nota 1: la incorporación de componente colombiano puede ofrecer servicios profesionales, técnicos y operativos, para esto último deberá allegar el comprobante de afiliación al Sistema General de Seguridad Social o copia de Contratos de Trabajo o Comprobante de los Pagos de Nómina. En todo caso, el componente nacional debe corresponder al porcentaje mínimo aquí exigido.

Este formulario, se entenderá prestado bajo la gravedad de juramento

El proponente:

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

Avenida 10 Norte No. 16N-21,
Teléfono 6604128
deval.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co