CONDICIONES Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

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

REQUISITOS GENERALES

a. Las especificaciones técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta se considerará rechazada.
b. En la columna OFRECE/NO OFRECE, se verificarán las especificaciones técnicas ofertadas por la firma; así mismo deberá escribir la marca que ofertada.

El oferente no deberá modificar ni cambiar el presente anexo

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

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD MEDIDA		OFRECE	
				SI	NO
LENTES MONOFOCALES TERMINADOS - CR 39					
1	0,00 A +-3,00	No aplica	Unidad		
2	0,00 a +-3,00	0,25 a -2,00	Unidad		
LENTES MONOFOCALES TALLADOS -CR 39					
3	+-3.25 A +-4.75	-0.25 A -5.00	Unidad		
LENTES MONOFOCALES TALLADOS POLICARBONATO					
4	+-5.00 A +-12.75	-0.25 A -5.00	Unidad		
LENTES POLICARBONATO ASFERICOS					
5	+13.00 A -16.00	-0.25 A -8.00	Unidad		
LENTES BIFOCALES TERMINADOS CR 39					
6	Flat Top		Unidad		
7	Invisible		Unidad		
LENTES BIFOCALES INVISIBLES TALLADOS POLICARBONATO					
8	Desde +- 5.00	Desde -0.25	Unidad		
LENTES BIFOCALES FLAT TOP TALLADOS POLICARBONATO					
9	Desde +- 5.00	Desde -0.25	Unidad		
LENTE PROGRESIVO TALLADO CR 39					
10	Duro		Unidad		
MONTURAS					
11	Montura bebe		Unidad		
12	Montura Niño		Unidad		
13	Montura Adolescente		Unidad		
14	Montura Adulto		Unidad		
LOS SIGUIENTES ÍTEMS ESTARAN SUJETOS A PREVIA AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES EN SALUD (EIPS):					
LENTE FOTOSENSIBLE					
15	Lente Monofocal Fotocromático terminado CR 39		Unidad		
16	Lente Monofocal Fotocromático tallado CR 39		Unidad		
17	Lente Monofocal Fotocromático terminado Policarbonato		Unidad		
18	Lente Monofocal Fotocromático tallado Policarbonato		Unidad		
19	Lente fotosensible bifocal invisible terminado policarbonato		Unidad		
20	Lente fotosensible bifocal invisible tallado policarbonato		Unidad		

21	Lente fotosensible bifocal Flat Top terminado policarbonato	Unidad		
22	Lente fotosensible bifocal Flat Top tallado policarbonato	Unidad		
23	Lente fotosensible progresivo duro CR 39	Unidad		
24	Lente fotosensible progresivo duro policarbonato	Unidad		
LENTES DE CONTACTO - (Incluye adaptación)				
25	Lentes de contacto blando esférico +-12.00	Caja por 6 unidades		
26	Lentes de contacto blando tórico esfera: +-12.00 cilindro -5.75	Caja por 6 unidades		
27	Lentes de contacto cosmoprotésico	Unidad		
28	Lente de contacto RGP	Unidad		
LENTES OFTALMICOS				
29	Lente monofocal alto índice 0.67 (desde +-12.00 cilindro -6.00)	Unidad		
30	Consulta por optometría la cual incluye valoración, formulación y adaptación de los lentes que sean requeridos (ADULTO, NIÑOS Y ADOLESCENTES).			

ITEM	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	OFRECE	NO OFRECE
1	**REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL:** En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, el oferente deberá estar inscrito y habilitado en el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social de conformidad con la Ley 10 de 1990. (Debe estar habilitado en el servicio de **optometría**)		
2	Certificación de Fabricante, Distribuidor o Comercializador Autorizado: El oferente deberá presentar certificación de fabricante, distribuidor o comercializador autorizado de los elementos ofertados, en la cual se pueda constatar la cadena de distribución y autorización del fabricante.		
3	El oferente deberá presentar con su propuesta, ficha técnica de las monturas, en donde señale, de manera organizada, la información específica de cada referencia: montura, características, materiales, entre otros; para niños y adultos, incluyendo imagen de la montura, así como la descripción del paño y estuche. Las monturas deben ser de material como el acetato, propionato, polietileno, polipropileno, goma acetato, material flexible y con memoria, monturas inyectadas con banda elástica en el caso de las monturas para niños menores de cinco años, ángulo panorámico y pantoscópico. Las monturas a ofertar para niños, jóvenes y adultos, debe tener en cuenta el dímetro vertical para la adaptación de lentes bifocales y progresivos. Pueden ser completas o al aire, pero no se aceptan monturas tres piezas.		
4	**CAPACIDAD OPERATIVA Y ADMINISTRATIVA:** El oferente deberá contar con instalaciones, elementos, equipos y personal idóneo necesario para dar cumplimiento al objeto contractual. **Nota.** La consulta de optometría deberá ser realizada por un profesional en Optometría. El oferente deberá diligenciar y entregar con su oferta el formulario CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL		
5	El oferente deberá garantizar la consulta de optometría y el suministro de lentes y monturas, en el establecimiento ofertado, la atención debe ser presencial y el establecimiento debe contar con la habilitación tal y como lo regula la Resolución No. 3100 de 2019, modificada por la Resolución No. 544 de 2023.		
6	El oferente deberá asignar al menos (01) **ASESOR DE ÓPTICA O PERSONA ADMNISTRATIVA**, para recepcionar fórmulas y entrega de lentes y montura a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Así mismo, deberá recepcionar y tramitar las quejas y reclamos de los usuarios, de forma clara y oportuna. Se debe contar con una comunicación directa y constante con el supervisor del contrato.		

7	**TRÁMITE PARA LA VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA Y ENTREGA DE LOS INSUMOS ÓPTICOS (LENTES Y MONTURAS) A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL** **1.** El asesor de óptica o apoyo administrativo designado por el oferente, deberá agendar al usuario, cita para valoración por optometría, previa coordinación con el supervisor del contrato, para lo cual, deberá contar con la orden médica impresa (entregada al usuario) y deberá tomar los datos básicos para la notificación de cita asignada. **2.** Deberá verificar con antelación la asistencia de los usuarios a las citas agendadas. **3.** Al momento de la valoración el usuario debe presentar documento de identidad y carnet policial o constancia vigente, que acredite que es usuario y/o beneficiario del Subsistema de Salud de la Policia Nacional. **4.** La valoración por optometría debe realizarse por un profesional optómetra, se debe entregar al usuario copia original de la fórmula optométrica (con letra clara y legible, con firma y sello del profesional) y diligenciar relación en Excel con el fin de informar al supervisor del contrato las atenciones realizadas por parte del prestador; lo anterior, con el fin de ingresar datos a los Sistemas de Información propios de la Direccion de Sanidad - Policia Nacional. **5.** El oferente se abstendrá de formular correcciones ópticas, en aquellos casos en el que la salud visual del paciente no amerite el suministro de lentes y/o monturas. **6.** Al momento de la entrega de la copia original de la formula optométrica, se deberá informar al usuario si le fue formulado lentes, para que este pueda radicar la formula ante la Unidad Prestadora de Salud Guainía para iniciar trámite para transcripción de fórmula de red externa a propia y generar la respectiva autorización del servicio en el Sistema de Información propio de la Direccion de Sanidad - Policia Nacional. **7.** Posteriormente el usuario deberá entregar y radicar los documentos en físicos de formula optométrica, orden transcrita y autorización, en las instalaciones de la Óptica; el asesor de óptica o apoyo administrativo designado por el oferente, deberá dar el respectivo radicado e informar al usuario la fecha de entrega del suministro. El oferente deberá garantizar la entrega en un plazo no mayor a ocho (8) días hábiles. **8.** Las correcciones ópticas, deberán ser entregadas en establecimiento del oferente, debe contar con el aval del profesional en Optometría, en aras de garantizar la calidad óptica del suministro, previo a la entrega y se debe diligenciar un documento que conste el recibido a satisfacción por parte del usuario. **9.** Las correcciones ópticas, deberán ser entregadas de forma personal y presencial al usuario formulado, para lo cual éste presentará documento de identidad y carnet policial o constancia vigente; en caso fortuito que este, no se pueda presentar o no responda a la solicitud de entrega del suministro, se deberá informar de forma inmediata al supervisor del contrato. **10.** En caso que la formula sea emitida por optómetras adscritos a la Direccion de Sanidad - Policía Nacional y sean usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Guainía, dicha fórmula será vigente por máximo 6 meses desde la fecha de evolución, y se deberá realizar el proceso de lentes y monturas, y contar con las indicaciones anteriormente enumeradas.		
8	El oferente se compromete a entregar al supervisor del contrato, las correcciones ópticas de los usuarios, que pasados 30 días calendarios no reclamen sus gafas, dicha entrega se debe realizar de forma presencial y mediante oficio los cinco primeros días del mes siguiente, previa revisión de la calidad del insumo.		

9	El oferente se compromete a realizar el reemplazo de la montura en el evento que haya salido del mercado, éste deberá demostrar mediante una certificación del importador o fabricante nacional, que dicha montura se descontinuó y así mismo la que ofrezca para reemplazar la misma debe cumplir con las especificaciones técnicas exigidas para la contratada y el costo no puede ser superior al valor de la montura contratada.		
10	El oferente garantizará la calidad de la montura por un tiempo no inferior a seis (6) meses, en esta garantía deberá cubrir los daños ocasionados sobre bisagras, puntos de soldadura, enchape, y corrosión, el cambio por las monturas no debe generar ningún costo para la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 y el tiempo de reemplazo no deberá ser superior a diez (10) días calendario.		
11	El oferente deberá entregar garantía minina de seis meses para los lentes por defectos de aberraciones, distancia mecánica, alteraciones del material, tratamiento y fórmula. Entregando a los diez (10) días calendario siguientes la reposición del lente defectuoso.		
12	El oferente debe contar con los medios de sistematización adecuados, que permitan el control y seguimiento del personal de usuarios que hacen uso del servicio, que sirva de base para retroalimentar dicha información con la Regional de Aseguramiento en Salud No.1, para lo cual deberá presentar consolidados mensual independientemente de la facturación.		
13	El oferente se comprometerá a no recibir ni solicitar dinero (en efectivo ni consignación alguna) por parte de los usuarios por ningún concepto (cambio de diseño, bisel, ranura etc.), De igual forma deberá abstenerse de hacer comentarios sobre las características de los lentes que suministra la institución. El oferente podrá hacer una excepción en recibir dinero a los usuarios que por voluntad propia desean cambiar el diseño de las monturas o lentes, y este no se encuentre pactado dentro de lo contratado.		
14	El oferente se abstendrá de formular correcciones ópticas, en aquellos casos en el que la salud visual del paciente no amerite el suministro de lentes y/o monturas.		
15	El oferente deberá radicar la facturación de forma individual con sus respectivos soportes por la atención de cada usuario, los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio y deberá ser entregados de forma física y en medio magnético (Excel relación general de pacientes atendidos, con datos de: Nombre completo número de la factura por cada uno de ellos, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado.), los soportes en físico deben contener la formula original optométrica, orden médica transcrita, autorización, documento y/o constancia el recibido a satisfacción por parte del usuario con su respectiva firma, número de documento de identidad, número telefónico y huella del usuario. Además, se debe entregar copia de la historia clínica de los usuarios atendidos cada mes, al área de Referencia y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Guainía, con el fin de ser ingresada a los sistemas de información propios de la Dirección de Sanidad – Policía Nacional.		
16	El oferente deberá presentar certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración “Aceptable” (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		
17	El contratista deberá dar aplicación a la Directiva presidencial 09 del 17/09/2020 y la Resolución Número 000042 del 05/05/2020 en cumplimiento de la Normatividad relacionada con la Facturación Electrónica.		

EXPERIENCIA PROPONENTE

Para la acreditación de la experiencia del proponente, se debe exigir la presentación de máximo tres (3) certificaciones y/o tres contratos ejecutados o en ejecución de empresas públicas y/o privadas que tengan objeto igual o similar al de la presente contratación y cuya sumatoria sea igual o superior al 70% del presupuesto oficial asignado al presente proceso.

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

Cuando se certifiquen contratos que se encuentren en ejecución al momento de presentar la oferta, además de la información solicitada en el párrafo anterior, se debe concluir el porcentaje de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, el cual será tomado para verificar la experiencia solicitada.

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

En el evento que el oferente presente certificaciones en número superior al máximo permitido por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, para efectos de verificación de la experiencia se tomarán únicamente las de mayor valor que cumplan con los requisitos exigidos en el presente proceso.

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

ANEXO
OFERTA ECONÓMICA

ITEM	DESCRIPCION		UNIDAD MEDIDA	PRECIO TECHO	EL OFERENTE DEBERA INDICAR EL PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO QUE APLICARA PARA CADA UNO DE LOS ITEM DEL PRECIO TECHO
LENTES MONOFOCALES TERMINADOS - CR 39					
1	0,00 A +-3,00	No aplica	Unidad	$ 60.304	
2	0,00 a +-3,00	0,25 a -2,00	Unidad	$ 53.041	
LENTES MONOFOCALES TALLADOS -CR 39					
3	+-3.25 A +- 4.75	-0.25 A -5.00	Unidad	$ 110.000	
LENTES MONOFOCALES TALLADOS POLICARBONATO					
4	+-5.00 A +- 12.75	-0.25 A -5.00	Unidad	$ 126.924	
LENTES POLICARBONATO ASFERICOS					
5	+13.00 A 16.00	-0.25 A -8.00	Unidad	$ 140.000	
LENTES BIFOCALES TERMINADOS CR 39					
6	Flat Top		Unidad	$ 65.819	
7	Invisible		Unidad	$ 71.008	
LENTES BIFOCALES INVISIBLES TALLADOS POLICARBONATO					
8	Desde +- 5.00	Desde -0.25	Unidad	$ 134.919	
LENTES BIFOCALES FLAT TOP TALLADOS POLICARBONATO					
9	Desde +- 5.00	Desde -0.25	Unidad	$ 134.919	
LENTE PROGRESIVO TALLADO CR 39					%_____
10	Duro		Unidad	$ 149.910	
MONTURAS					
11	Montura bebe		Unidad	$ 90.000	
12	Montura Niño		Unidad	$ 90.000	
13	Montura Adolescente		Unidad	$ 90.000	
14	Montura Adulto		Unidad	$ 90.000	
LOS SIGUIENTES ÍTEMS ESTARAN SUJETOS A PREVIA AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES EN SALUD (EIPS):					
LENTE FOTOSENSIBLE					
15	Lente Monofocal Fotocromático terminado CR 39		Unidad	$ 51.000	
16	Lente Monofocal Fotocromático tallado CR 39		Unidad	$ 150.000	
17	Lente Monofocal Fotocromático terminado Policarbonato		Unidad	$ 118.000	
18	Lente Monofocal Fotocromático tallado Policarbonato		Unidad	$ 250.000	
19	Lente fotosensible bifocal invisible terminado policarbonato		Unidad	$ 100.000	

20	Lente fotosensible bifocal invisible tallado policarbonato	Unidad	$ 120.000	
21	Lente fotosensible bifocal Flat Top terminado policarbonato	Unidad	$ 199.880	
22	Lente fotosensible bifocal Flat Top tallado policarbonato	Unidad	$ 210.000	
23	Lente fotosensible progresivo duro CR 39	Unidad	$ 210.000	
24	Lente fotosensible progresivo duro policarbonato	Unidad	$ 260.000	
LENTES DE CONTCATO – (incluye adaptación)				
25	Lentes de contacto blando esférico =+-12	Caja por 6 unidades	$ 300.000	
26	Lentes de contacto blando tórico esfera: +-12.00 cilindro – 5.75	Caja por 6 unidades	$ 340.000	
27	Lentes de contactos cosmoprotésico	Unidad	$ 450.000	
28	Lentes de contacto RGP	UNIDAD	$ 339.796	
LENTES OFTALMICOS				
29	Lente monofocal alto índice 0.67 (desde +- 12.00 cilindro – 6.00)	Unidad	$ 230.000	
30	Valoración optometría		$ 40.000	

NOTA 1: El porcentaje (%) de descuento ofrecido aplica para el precio techo unitario.
NOTA 2: El valor unitario adjudicado se aproximará a la unidad de peso más cercana.

El proponente:

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

SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2025

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

La firma _____se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso **PN RASES No. 1 MIC 011 2025**, durante la vigencia del contrato si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto la **SUMINISTRO DE ELEMENTOS PARA LA CORRECCION ÓPTICA DE DEFECTO REFRECTIVOS, VALORACIÓN DE OPTOMETRIA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAINÍA.**

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

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2025

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Ciudad

Presentación de propuesta para el Proceso de Contratación **PN RASES No. 1 MIC 011 2025**, que tiene por objeto el **SUMINISTRO DE ELEMENTOS PARA LA CORRECCIÓN ÓPTICA DE DEFECTO REFRECTIVOS, VALORACIÓN DE OPTOMETRÍA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAINÍA.**

Apreciados Señores:

El (a) suscrito (a)_____mayor de edad, domiciliado (a) en _____, en atención a la Contratación Minima Cuantia **PN RASES No. 1 MIC 011 2025**, convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 DE LA POLICÍA NACIONAL cuyo objeto el **SUMINISTRO DE ELEMENTOS PARA LA CORRECCIÓN ÓPTICA DE DEFECTO REFRECTIVOS, VALORACIÓN DE OPTOMETRÍA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAINÍA.**

Manifiesto lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

6. Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características y especificaciones de los servicios que nos obligamos a prestar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los servicios se prestaran a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de la invitación, anexos, formularios y adendas que llegaren a suscribirse.

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

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

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

10. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del contrato que se nos ofrece, conforme al **Anexo** "Minuta del Contrato" de la invitación y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del contrato, salvo aquellas modificaciones que determine incluir REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de las adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación, las que de antemano aceptamos.

11. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana y en consecuencia, consideramos que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y al público en general (Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).

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

13. Que me obligo a suministrar a solicitud de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

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

15. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).

16. Que aceptamos recibir las notificaciones que me sean enviadas vía correo electrónico por parte de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1, las cuales recibiré en los siguientes correos electrónicos. 1) _____ 2) _____

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

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

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

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ FECHA _____

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

APERTURA_____ CANCELACIÓN _____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____NIT _____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 proponente deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico o telefónicamente para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el proponente verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.
2. Si desea la información vía telefónica al día hábil siguiente de confirmada la información deberá acercarse personalmente a la Tesorería para firmar el egreso original y el libro de radicación de giros de cuentas comerciales

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 original de certificación bancaria con destino a la Dirección Administrativa y Financiera).

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

Anexar: Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2025

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

Compromiso anticorrupción del proceso Mínima Cuantía, Número **PN RASES No. 1 MIC 011 2025** cuyo objeto es el **SUMINISTRO DE ELEMENTOS PARA LA CORRECCION ÓPTICA DE DEFECTO REFRECTIVOS, VALORACIÓN DE OPTOMETRIA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAINÍA.**

El(los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en_____, identificado con Documento No. _____ expedido en _____, quien obra en calidad de _____ que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

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

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

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

COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

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

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

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

Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso

Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

El proponente no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta, El proponente se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

El proponente se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de selección y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:
No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1**, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o

indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.

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

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

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

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

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

El proponente:

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

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

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

ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2025

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

Yo _____ Identificado (a) con cédula de ciudadanía Nro. _____ expedida en _____ certifico que lo que los activos y recursos que conforman el patrimonio de la empresa o establecimiento de comercio (según corresponda) _____ Nit. _____, así como el patrimonio de cada uno de los socios, que se destinaran para el desarrollo del proceso **PN RASES No. 1 MIC 011 2025** cuyo objeto es el **SUMINISTRO DE ELEMENTOS PARA LA CORRECCION ÓPTICA DE DEFECTO REFRECTIVOS, VALORACIÓN DE OPTOMETRIA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAINÍA,** provienen de actividades licitas y que no estamos incluidos en listas nacionales o internacionales de lavado de activos.

Manifestación que se entiende prestada bajo la gravedad de juramento.

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

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Bogotá, D.C., __ __ __ __ de 2025
Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1
Bogotá

Acuerdo de confidencialidad del proceso de Mínima Cuantía, Número **PN RASES No. 1 MIC 011 2025** cuyo objeto es el **SUMINISTRO DE ELEMENTOS PARA LA CORRECCION ÓPTICA DE DEFECTO REFRECTIVOS, VALORACIÓN DE OPTOMETRIA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAINÍA.**

El(los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en_____, identificado con Documento No. _____ expedido en _____, quien obra en calidad de _____, que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Primero: que la Policía Nacional adelanta un proceso de contratación a través de la modalidad de Mínima Cuantía para la celebración de un contrato estatal para el **SUMINISTRO DE ELEMENTOS PARA LA CORRECCION ÓPTICA DE DEFECTO REFRECTIVOS, VALORACIÓN DE OPTOMETRIA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAINÍA.**

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

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

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

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

4. Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de la **información confidencial**.

5. Reconocer que el recibo de la **información confidencial** no concede, ni expresa ni implícitamente, autorización, permiso o licencia de uso de marcas, patentes, derechos de autor, o de cualquier otro derecho de propiedad industrial o intelectual de la **Policía Nacional**.

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

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

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

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

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

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

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

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

El proponente:

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

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2025

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

presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Mínima Cuantía, Número **PN RASES No. 1 MIC 011 2025** cuyo objeto es el **SUMINISTRO DE ELEMENTOS PARA LA CORRECCION ÓPTICA DE DEFECTO REFRECTIVOS, VALORACIÓN DE OPTOMETRIA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAINÍA.**

El(los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en_____, identificado con Documento No. _____ expedido en _____, quien obra en calidad de _____, que en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

La Policía Nacional, mediante la Resolución 03843 del 09/09/2019, prevé en el Artículo 2º, lo relacionado con la ***"Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional"*,** en lo siguiente:
"La Policía Nacional de Colombia, en el ejercicio de su función de mantenimiento de seguridad y convivencia ciudadana, manifiesta su compromiso con la protección de la seguridad y salud en el trabajo de todos los funcionarios uniformados, no uniformados, contratistas y trabajadores en misión, mediante la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos laborales en todos los niveles de la Institución; para ello destinará el capital humano, financiero y tecnológico, que permita el cumplimiento de los requerimientos legales y las acciones de mejora continua".

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

PERSONA NATURAL
Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a la actividad económica y clase de riesgo para la cual fui contratado, así mismo me comprometo a cumplir con las actividades y recomendaciones establecidas por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el marco del objeto del presente contrato y de las instalaciones policiales en donde preste mis servicios.
Nota: seleccionar, según corresponda.
De igual manera en la ejecución del contrato adicional a los requerimientos exigidos para su ejecución, la persona natural o jurídica deberá:

- Cumplir con las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado en el contrato y acorde a la exposición del contratista o subcontratista a los riesgos encontrados en el centro de trabajo donde desarrolla la actividad.

- Participar en las actividades que la Policía Nacional desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.

- Cumplir con el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.

- Conocer y participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por parte de la Policía Nacional y los brigadistas de los centros de trabajo en donde desarrollará las actividades.

- Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.

- Practicarse o practicar a sus trabajadores (según sea el caso), los exámenes médico ocupacionales y complementarios que correspondan, de acuerdo a la actividad contratada y objeto del contrato.
- Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.
- Entregar los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista, efectuando los pagos a la ARL de acuerdo a la clase de riesgo de la actividad desarrollada.

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

1. Estándares mínimos para empresas, empleadores y contratantes con diez (10) o menos trabajadores, clasificadas con riesgo I, II ó III

2. Estándares mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II ó III.

3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III, IV ó V y de cincuenta (50) ó menos trabajadores con riesgo IV ó V.

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

El proponente:

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

EXPERIENCIA PROPONENTE

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2025

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

Experiencia del proponente del proceso de Mínima Cuantía, Número **PN RASES No. 1 MIC 011 2025** cuyo objeto es el **SUMINISTRO DE ELEMENTOS PARA LA CORRECCION ÓPTICA DE DEFECTO REFRECTIVOS, VALORACIÓN DE OPTOMETRIA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAINÍA.**

RELACIÓN DE CONTRATOS CON LOS QUE CUMPLE EXPERIENCIA REGISTRADA EN EL RUP- EXPERIENCIA DEL PROPONENTE.										
CONSECUTIVO	ENTIDAD CONTRATANTE	A DE INICIO DD/M	CHA DE TERMINAC DD/MM/AA	MODALIDAD *			% PART	R CONTRATO EXPRE LARIOS MÍNIMOS (SM	FOLIO EN QUE SE ENCUENTRA LA CERTIFICACIÓN RESENTADA EN L OFERTA	FOLIO EN QUE SE ENCUENTRA REGISTRADA LA ERIENCIA EN EL R
1				□	□	□				
2				□	□	□				
3				□	□	□				
AL										
NDIVIDUAL, UT: UNIÓN TEMPORAL, C: CONSORCIO										

Nota: el diligenciamineto del presente formulario se hará conforme a las condiciones establacidas en el pliego de condiciones definitivo publicado por la entidad.

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

INDICACION DE TRATO NACIONAL
(SOLO EN CASO DE EMPATE)

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2025

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

Referencia: Indicación de trato nacional Diligenciar el cargo a desempeñar para el proceso proceso de MINIMA CUANTIA, Número **PN RASES No. 1 MIC 011 2025** cuyo objeto el **SUMINISTRO DE ELEMENTOS PARA LA CORRECCION ÓPTICA DE DEFECTO REFRECTIVOS, VALORACIÓN DE OPTOMETRIA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAINÍA.**

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

PARA TRATADOS O ACUERDOS INTERNACIONALES

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

Identificación o denominación del Acuerdo o Tratado: Diligenciar identificación del acuerdo.
Objeto del Tratado: Diligenciar el objeto del tratado
Ubicación en el SECOP (Link): Diligenciar link de consulta

RECIPROCIDAD

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

Fecha de la expedición de la certificación: seleccionar fecha de expedición.
Estado sobre el que se certifica: Diligenciar estado.
Ubicación en el SECOP (LINK): Diligenciar link de consulta

Nota: estos datos serán verificados por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1 por medio de la Página Web www.colombiacompra.gov.co, teniendo en cuenta que conforme con el *"Manual para el manejo de los Acuerdos Comerciales en Procesos de Contratación"* Versión M-MACPC-12 expedido por la Agencia Nacional de Contratación, la Entidad debe verificar los contenidos sobre Trato Nacional ya que no en todos los casos los conoce.

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

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

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2025

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

Referencia: Apoyo a la industria nacional del proceso de MINIMA CUANTIA, Número **PN RASES No. 1 MIC 011 2025** cuyo objeto el **SUMINISTRO DE ELEMENTOS PARA LA CORRECCION ÓPTICA DE DEFECTO REFRECTIVOS, VALORACIÓN DE OPTOMETRIA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAINÍA.** 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:

		car (X) según correspon
Por Producción Nacional	ando es prestado y/o suministrado por un oferente colombi sidente en Colombia	SI ☐
Por Acuerdo o Tratado ternacional o Principio Reciprocidad	a los bienes y/o servicios correspondientes a empre ionales de países que hacen parte de Acuerdos o Trata rnacionales celebrados con Colombia para compras estata cables a este proceso de contratación	SI ☐ erá allegar diligenciado ulario indicación de t ional
	a los bienes y/o servicios correspondientes a empre ionales de países que aplican el Principio de Reciprocidad	SI ☐ erá allegar diligenciado ulario indicación de t ional

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

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

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

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

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

		car (X) según esponda
or Componente Nacion	ando la incorporación de bienes y/o servicios es realizada media inculación de personas naturales o jurídicas que presten servi fesionales, técnicos u operativos	SI ☐
En el Exterior	ando la incorporación de bienes y/o servicios es realizada media inculación de personas naturales o jurídicas que presten servi fesionales, técnicos u operativos extranjeras	SI ☐

centaje de los bienes y/o servicios de acuerdo con el desarrollo ceso contractual.	**Certifico arcar con (x) donde correspon**
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 demuestren el cumplimiento de cualquiera de las situaciones y condiciones exigidas en el Numeral 2 y de acuerdo a las condiciones establecidas en **ESTÍMULO A LA INDUSTRIA NACIONAL (CRITERIOS DE DESEMPATE)** se beneficiará de este criterio de desempate.

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

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

El proponente:

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

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2025

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

El(los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en_____, identificado con Documento No. _____ expedido en _____, quien obra en calidad de _____, que en adelante se denominará el PROPONENTE certifico que la firma que represento, cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para cumplir el objeto del proceso **PN RASES No. 1 MIC 011 2025** cuyo objeto es **SUMINISTRO DE ELEMENTOS PARA LA CORRECCION ÓPTICA DE DEFECTO REFRECTIVOS, VALORACIÓN DE OPTOMETRIA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAINÍA,** en las condiciones señaladas en el presente Estudio Previo.

EL PROPONENTE:

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