ANEXO
ANEXO CONDICIONES TECNICAS MÍNIMAS HABILITABLES

ITEM	DESCRIPCIÓN PAQUETE	OFRECE	
		SI	NO
1	PAQUETE MENSUAL DE PACIENTE PEDIÁTRICO, TERAPEUTA RESPIRATORIA EN HORARIO COMPRENDIDO ENTRE LAS 07:00 A 19:00 HORAS, DE LUNES A DOMINGO Y CONTROL SEMANAL POR MEDICINA GENERAL. INCLUYE SOPORTE VENTILATORIO PERMANENTE EN DOMICILIO – HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR.		
2	PAQUETE MENSUAL DE PACIENTE PEDIÁTRICO, TERAPEUTA RESPIRATORIA EN HORARIO COMPRENDIDO ENTRE LAS 19:00 A LAS 07:00 HORAS, DE LUNES A DOMINGO INCLUYE SOPORTE VENTILATORIO PERMANENTE EN DOMICILIO – HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR.		
3	PAQUETE MENSUAL DE PACIENTE PEDIÁTRICO TERAPEUTA RESPIRATORIA 24 HORAS (TODOS LOS DÍAS) Y CONTROL SEMANAL POR MEDICINA GENERAL. INCLUYE SOPORTE VENTILATORIO PERMANENTE EN DOMICILIO – HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR.		
4	PAQUETE MENSUAL DE PACIENTE ADULTO TERAPEUTA RESPIRATORIA EN HORARIO COMPRENDIDO ENTRE LAS 07:00 A 19:00 HORAS, DE LUNES A DOMINGO Y CONTROL SEMANAL POR MEDICINA GENERAL. INCLUYE SOPORTE VENTILATORIO PERMANENTE EN DOMICILIO – HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR.		
5	PAQUETE MENSUAL DE PACIENTE ADULTO TERAPEUTA RESPIRATORIA EN HORARIO COMPRENDIDO ENTRE LAS 19:00 A LAS 07:00 HORAS, DE LUNES A DOMINGO. INCLUYE SOPORTE VENTILATORIO PERMANENTE EN DOMICILIO – HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR.		
6	PAQUETE MENSUAL DE PACIENTE ADULTO TERAPEUTA RESPIRATORIA 24 HORAS (TODOS LOS DÍAS) Y CONTROL SEMANAL POR MEDICINA GENERAL INCLUYE SOPORTE VENTILATORIO PERMANENTE EN DOMICILIO – HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR.		

EL SERVICIO DEBERÁ PRESTARSE BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES PACIENTE PEDIÁTRICO				
ITEM	SERVICIOS	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	OFRECE	
			SI	NO
1	**VENTILACIÓN MECÁNICA**	**MODOS DE VENTILACIÓN:** ➢ Ventilación controlada por volumen ➢ Ventilación controlada por presión ➢ Ventilación con presión positiva continua en la vía aérea ➢ Ventilación con presión positiva continua en la vía aérea + presión soporte ➢ Ventilación no invasiva ➢ Ventilador para soporte ventilatorio de tipo domiciliario ➢ Ciclado en variable de fase volumen y presión ➢ Ajustes de parámetros básicos como modo, frecuencia, volumen corriente, presión de insuflación, fracción de oxígeno, sensibilidad, PEEP. ➢ Monitoreo de variables de paciente como volumen, frecuencia, volumen minuto ➢ Monitoreo gráfico y numérico del paciente ➢ Alarmas de desconexión, frecuencia alta, volumen bajo o fuga, falla eléctrica ➢ Fuente de alimentación de oxígeno con flujómetro o manómetro de alta presión de tal forma que se asegure funcionamiento de la unidad neumática del ventilador ➢ Batería de respaldo que soporte fallas en el suministro eléctrico ➢ Circuito desechable ➢ Manguera de conexión a fuente de oxigeno ➢ Mantenimiento preventivo y calibración de ventilador Manómetro de alta presión **PARÁMETROS DE VENTILACIÓN** ➢ Volumen corriente 50 ml a 1 litro ➢ Frecuencia respiratoria entre 1-50 rpm ➢ Fracción inspirada de oxígeno entre 21 -100% Presión inspiratoria o control de presión entre 0-40 cm H2O. ➢ Presión positiva al final de la espiración entre 0-30 cm H2O ➢ Presión soporte entre 0 -30 cm H2O		

		➢ Relación inspiración espiración 1:2 ➢ Activación automática de protección en apnea ➢ Compensación de fugas la cual debe garantizar la ventilación en paciente con traqueostomía sin neumotaponador.		
	MONITOREO	➢ Presión inspiratoria máxima ➢ Volumen corriente espirado/espontaneo		
	EQUIPOS	➢ Capnógrafo ➢ Monitor que registre oximetría ➢ Oxímetro de pulso portátil ➢ Succionador portátil para manejo de vía aérea. Incluye sonda de succión abierta ➢ Balón Válvula mascarilla (AMBU) y esterilización cada 15 días o según necesitad por riesgo de contaminación. ➢ Thresold inspiratorio y espiratorio ➢ Cánula de traqueostomía fenestrada con neumotaponador No. 7 para cambio cada 3 meses, por contaminación o según considere médico tratante. ➢ Batería interna o externa de mínimo dos (02) horas o las suficientes de duración para cada paciente, que garantice el funcionamiento de los equipos cuando la red eléctrica suspenda el flujo de la misma.		
	ALARMAS	➢ Indicación luminosa y audible según prioridad ➢ Presión alta en vía aérea ➢ Presión baja en vía aérea ➢ Desconexión ➢ Baja presión de oxigeno ➢ Batería baja ➢ Falla en red eléctrica ➢ Back up apnea		
	ACCESORIOS	➢ Manguera para suministro de gases ➢ Si se requiere manómetro para suministro de gases		
	INSUMOS	➢ Insumos de manejo y EPP		
EL SERVICIO DEBERÁ PRESTARSE BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES PACIENTE ADULTO				
2	**VENTILACIÓN MECÁNICA**	MODOS DE VENTILACION ➢ Ventilación controlada por volumen ➢ Ventilación controlada por presión ➢ Ventilación con presión positiva continua en la vía aérea ➢ Ventilación con presión positiva continua en la vía aérea + presión soporte ➢ Ventilación no invasiva ➢ Ventilador para soporte ventilatorio de tipo domiciliario ➢ Ciclado en variable de fase volumen y presión ➢ Ajustes de parámetros básicos como modo, frecuencia, volumen corriente, presión de insuflación, fracción de oxígeno, sensibilidad, PEEP. ➢ Monitoreo de variables de paciente como volumen, frecuencia, volumen minuto ➢ Monitoreo gráfico y numérico del paciente ➢ Alarmas de desconexión, frecuencia alta, volumen bajo o fuga, falla eléctrica ➢ Fuente de alimentación de oxígeno con flujómetro o manómetro de alta presión de tal forma que se asegure funcionamiento de la unidad neumática del ventilador ➢ Batería de respaldo que soporte fallas en el suministro eléctrico ➢ Circuito desechable ➢ Manguera de conexión a fuente de oxigeno ➢ Mantenimiento preventivo y calibración de ventilador ➢ Manómetro de alta presión **PARÁMETROS DE VENTILACIÓN** ➢ Volumen corriente 50 ml a 1 litro ➢ Frecuencia respiratoria entre 1-50 rpm ➢ Fracción inspirada de oxigeno entre 21 -100% Presión inspiratoria o control de presión entre 0-40 cm H2O. ➢ Presión positiva al final de la espiración entre 0-30 cm H2O ➢ Presión soporte entre 0 -30 cm H2O ➢ Relación inspiración espiración 1:2 ➢ Activación automática de protección en apnea		

		Compensación de fugas la cual debe garantizar la ventilación en paciente con traqueostomía sin neumotaponador.		
	MONITOREO	➢ Presión inspiratoria máxima ➢ Volumen corriente espirado/espontaneo		
	EQUIPOS	➢ Capnógrafo ➢ Monitor que registre oximetría ➢ Oxímetro de pulso portátil ➢ Succionador portátil para manejo de vía aérea. Incluye de sonda de succión abierta. ➢ Balón Válvula mascarilla (AMBU) y esterilización cada 15 días o según necesitad por riesgo de contaminación. ➢ Thresold inspiratorio y espiratorio ➢ Cánula de traqueostomia fenestrada con neumotaponador No. 7 para cambio cada 3 meses, por contaminación o según considere de médico tratante. ➢ Batería interna o externa de mínimo dos (02) horas o las suficientes de duración para cada paciente, que garantice el funcionamiento de los equipos cuando la red eléctrica suspenda el flujo de la misma.		
	ALARMAS	➢ Indicación luminosa y audible según prioridad ➢ Presión alta en vía aérea ➢ Presión baja en vía aérea ➢ Desconexión ➢ Baja presión de oxigeno ➢ Batería baja ➢ Falla en red eléctrica ➢ Back up apnea		
	ACCESORIOS	➢ Manguera para suministro de gases ➢ Si se requiere manómetro para suministro de gases		
	INSUMOS	➢ Insumos de manejo y EPP.		

ITEM	**CONDICIONES DEL SERVICIO**	**Ofrece**	
		SI	**NO**
1	**REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,** en cumplimiento a 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 en el Registro especial Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad a la ley 10 de 1990, Se debe contar con habilitación de los siguientes servicios (en modalidad domiciliaria): - Hospitalización de paciente crónico con ventilador. - Terapia respiratoria. - Medicina general.		
2	El Oferente deberá contar con los siguientes insumos generales para la prestación del servicio a los usuarios: -Recolección y manejo de desechos que se deriven de la asistencia del paciente -Para limpieza y desinfección diaria de cánula de traqueotomía -Desinfectante microbiano y agua oxigenada las veces que se requiera en el día -mezclador de gases		
3	El oferente deberá contar con **insumos para manejo de vía aérea artificial durante 24 horas las veces que se requiera intervención:** Sonda de succión filtro de succionador agua estéril cloruro de sodio 500cc jeringas de 10cc guantes estériles gasas estériles tapabocas, esparadrapo, guantes de manejo y estériles batas desechables jabón líquido antibacterial soluciones y medicamentos para nebulizar, elementos de fijación o hiladillos, toallas para manos Para cambios cada 48 horas o a necesidad por daño o contaminación: Filtro intercambiador calor-humedad y extensión de traqueostomía.		
4	El oferente deberá contar con insumos para cambio semanal o a necesidad por daño o contaminación:		

	Humidificador máscara de oxígeno, ventury extensión de oxigeno 7 mts caucho de succión, kit micro nebulización Cánula nasal.		
5	El Oferente deberá contar con insumos para cambio mensual: Vaso recolector de fluidos Circuito con válvula exhalatoria Inhalo cámaras		
6	El oferente garantiza que se desarrollará el cubrimiento de la atención respiratoria y del soporte ventilatorio contemplando los siguientes aspectos que se describen a continuación: Programa de atención respiratoria enfocado a paciente ventilado adulto y pediátrico, con vía aérea artificial y requerimiento de soporte ventilatorio de forma permanente o parcial de acuerdo a la evolución de la disfunción muscular de tal forma que se garantice la salud respiratoria y el confort del paciente manteniendo un desarrollo continuo, garantizando procesos de rehabilitación que le permitan mejorar continuamente su calidad de vida.		
7	El programa debe incluir: Evaluación clínica diaria y permanente de la condición general con énfasis en las condiciones respiratorias y de los parámetros de soporte ventilatorio del paciente. Evaluación clínica semanal por medicina general con el fin de constatar las condiciones clínicas generales del paciente en conjunto con las condiciones respiratorias del mismo.		
8	Estructuración del plan de intervención acorde al caso particular, en el cual debe incluirse manejo del soporte ventilatorio encaminado a cumplir las metas de oxigenación y ventilación, ajuste en el manejo continuo de aporte de oxígeno, terapia de bronco dilatación y manejo de vía aérea artificial según las necesidades diarias del paciente.		
9	Aplicar el protocolo de oxigenoterapia, vía aérea artificial, soporte ventilatorio y rehabilitación diseñado por los especialistas del hospital central.		
10	El oferente deberá una vez adjudicado el contrato entregar al supervisor las guías de práctica clínica y protocolos de: manejo de paciente ventilado adultos, manejo de paciente ventilado pediátrico.		
11	Sesión diaria según paquete el cual incluye terapia respiratoria, cuidado de vía aérea artificial, oxigenoterapia, aerosol terapia, terapia de bronco dilatación, manejo continuo del soporte ventilatorio en relación al protocolo de la institución, monitoreo y evaluación continua respiratoria.		
12	Plan de contingencia para fallos inherentes al funcionamiento de los equipos o generados por variables externas (cortes en el fluido eléctrico, entre otras situaciones) garantizando la continuidad en la prestación del servicio, estando dicha responsabilidad a cargo por parte del contratista. Si por la complejidad de la situación y condición clínica del paciente se requiere traslado asistencial a una Institución Prestadora de Salud, el mismo será tramitado ante la oficina de referencia, contrarrefrencia y autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No 1 de acuerdo a criterio y orden médica. La remisión deberá ser notificada y enviada al correo electrónico disan.rases1-rc@policia.gov.co y verificada por medico telefónico al número de teléfono 3505560928.		
13	Diseño y aplicación de programa de rehabilitación respiratorio enfocada a mejorar la función muscular del paciente y encaminada a objetivos clínicos de desconexión de soporte ventilatorio de acuerdo al progreso del paciente o severidad de la enfermedad al igual que oclusión y programas de fonación durante el tiempo de oclusión de la cánula de traqueostomía, según corresponda a cada caso		
14	Se ejecutarán las sesiones de terapia respiratoria durante el turno correspondiente que fueran necesarias para mantener permeable la vía aérea del paciente.		
15	El oferente deberá suministrar los elementos necesarios para el registro adecuado de la historia clínica y los formatos establecidos para monitoreo ventilatorio y evolución respiratoria del paciente.		
16	El oferente a quien se le adjudique prestara sus servicios en el domicilio de cada usuario, en el horario correspondiente según cada paquete, así mismo se informa que La dirección estará sujeta a cambios en caso de que los usuarios se trasladen de domicilio, para lo cual deberá informar con la debida antelación para efectos de actualización de información y autorización al contratista para realizar el respectivo cambio de equipos de domicilio y notificar su personal para la prestación de servicios de salud en el nuevo domicilio. Es de aclarar que los equipos médicos que se suministren al usuario para la prestación de los servicios de salud objeto del presente contrato, dada su naturaleza, serán de uso exclusivo en el domicilio reportado para tal fin		
17	El oferente diligenciará los registros de la evolución del paciente en el formato de evolución de historia clínica y adicionalmente se llevará el registro de los formatos diseñados para el monitoreo respiratorio establecidos por la institución. De estos formatos se hará llegar copia en medio magnética e impreso para ser consolidados en la atención clínica integral del paciente mensualmente al Supervisor de Contrato para temas de auditoría y seguimiento del tratamiento de la paciente. De igual forma, los médicos que lleven a		

<table>
<tr><td></td><td>cabo la valoración de control del paciente, deberán cargar los registros clínicos producto de la visita en la historia clínica digital de SISAP.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>18</td><td>El oferente realizará una valoración inicial al paciente previo concepto del equipo interdisciplinario del que disponga la Regional de Aseguramiento No.1 de forma que se establezcan los parámetros de ingreso, manejo y programas de rehabilitación. Así como del programa de paciente ventilados de acuerdo a las Redes Integrales de Servicios de Salud.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>19</td><td>El programa se realizará de acuerdo a necesidades individuales, realizando las anotaciones correspondientes en las historias clínicas en físico y formatos de seguimiento de control de parámetros ventilatorios con papelería del contratista, como en historia clínica de SISAP (Médico General)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>20</td><td>El oferente deberá entregar mensualmente al supervisor del contrato, un informe escrito de evolución y seguimiento del usuario; dicho informe deberá especificar los procedimientos realizados, incluyendo la fecha de inicio del tratamiento, logros, complicaciones presentadas, modificaciones en el manejo, comparativo de parámetros ventilatorios y de signos vitales presentados en la semana como también las recomendaciones entregadas.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>21</td><td>La visita para control por medicina general se realizará de manera semanal, en el horario de 08:00 a 18:00 horas; la atención deberá ser cubierta por un médico general quien vigilará el estado de salud del paciente y la evolución del mismo consignando los cambios en la historia clínica física como en el sistema de información SISAP.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>22</td><td>El oferente deberá proporcionar un adecuado manejo y cuidado de la vía aérea artificial (traqueostomía), que incluye procedimientos como: oxigenoterapia, aerosol terapia, higiene bronquial, hiperinflación manual de ser necesario y cuidados de ostomía y en general todas las maniobras inherentes al cuidado respiratorio.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>23</td><td>El oferente deberá Monitorizar, evaluar y ajustar el soporte ventilatorio, teniendo en cuenta la mecánica ventilatoria, evolución clínica de paciente, el ajuste de soporte ventilatorio debe ser realizado previo concepto medico a menos que la condición lo amerite y deberá ser comentado de forma oportuna con el grupo tratante.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>24</td><td>El oferente deberá anexar la ficha técnica y/o manual del equipo con el que pretende prestar el servicio de salud con el fin de evaluar y determinar que cuenta con las condiciones técnicas y tecnológicas para suministrarle los parámetros ventilatorios de manera adecuada a los pacientes objeto del presente contrato.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>25</td><td>El oferente deberá brindar un pulsooxímetro al paciente para su uso diario en pro del control de la saturación diaria</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>26</td><td>El oferente deberá conocer y adoptar el Acuerdo No 080 del 27/05/2022 “Por el cual se dictan políticas y lineamientos generales para la Gestión Farmacéutica y se determina el Manual Único de medicamentos y Terapéutica para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional”</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>27</td><td>El oferente que resultare adjudicatario debe responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del presente contrato. Se aclara que dicho personal no tendrá ninguna relación ni vínculo laboral con la Regional de Aseguramiento en Salud No.1.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>28</td><td>Solo se suspenderá el servicio únicamente en los casos en que el paciente sea hospitalizado; los equipos no podrán ser retirados del domicilio y la prestación del servicio continuará una vez el usuario retorne al domicilio</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>29</td><td>RECURSO HUMANO
Todo el personal que presten los servicios deberá estar registrados en RETHUS
Mínimo uno (01) profesional en MEDICINA GENERAL,
Mínimo nueve (09) profesionales en TERAPIA RESPIRATORIA, con entrenamiento en manejo de paciente adulto y pediátrico con vía aérea artificial, ventilación mecánica y soporte ventilatorio.
Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento objeto del contrato, cada profesional debe anexar la siguiente documentación:
✓ Fotocopia Tarjeta Profesional.
✓ Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>30</td><td>Una vez legalizado el contrato, deberá enviar al supervisor, mediante correo electrónico deisy.guzman@correo.policia.gov.co el listado en Excel de los CUPS contratados con su respectivo valor en pesos, el cual deberá corresponder a los valores de la oferta económica pactada, es de anotar que deberán relacionar la totalidad de servicios y procedimientos a prestar con el fin de ingresarlos al aplicativo GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (SISAP WEB) de la Policía Nacional y de esta manera generar las autorizaciones de servicios de la red externa, así
<table>
<tr><th>No.</th><th>CODIGO CUPS</th><th>DESCRIPCIÓN</th><th>VALOR PACTADO</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>31</td><td>El oferente deberá garantizar la prestación del Servicio de forma continua a los usuarios de SSPN, remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud nro. 1, mediante la aplicación de los conocimientos profesionales, con calidad y seguridad siguiendo los protocolos, bajo los principios de eficacia oportunidad y solidaridad que así lo amerite.</td><td></td><td></td></tr>
</table>

32	El oferente se compromete a permitir a los Auditores Médicos, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, permitiendo así realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones a la institución, previo envío de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas desarrollados.		
33	El oferente se compromete a enviar mensualmente al supervisor del contrato o quien haga sus veces informe mensual de la ejecución del contrato con la relación de los pacientes y tratamientos realizados, de igual manera el oferente deberá informar de manera escrita al supervisor del contrato el momento en el cual se tenga ejecutado el 70% del recurso asignado al presente contrato y hará seguimiento a su facturación con el fin de no sobre ejecutar el presente contrato.		
34	El oferente presentará certificado vigente 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. El oferente deberá diligenciar el formulario Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo		
35	El oferente designará un funcionario competente como apoyo de solución a los inconvenientes que den lugar en la ejecución del contrato, el cual disponga de medios logísticos para la comunicación y el acceso a la información constante, que permita atender los requerimientos realizados por el supervisor del contrato, tales como informes, reuniones, conceptos, entre otros.		
36	El oferente deberá facilitar a los pacientes una línea de comunicación telefónica, que permita el acceso a la información y consultas necesarias para resolver inquietudes e informar novedades sobre el tratamiento recibido, peticiones, quejas, el horario de atención telefónica jornada continua por el tiempo que dure el contrato		
37	Permitir el acceso a las historias clínicas a los auditores, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitar de ser necesaria, la verificación y revisión de los servicios prestados y eventualmente el acceso a los pacientes para evaluar la calidad del servicio, según lo preceptuado en la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y de la Protección Social.		
38	Una vez agotado el presupuesto del contrato, y en caso de que se adjudique a un nuevo oferente, el adjudicatario garantizará la prestación del servicio, durante el tiempo que dure el empalme. El cual deberá ser máximo de 30 días calendario		
39	Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley o las autoridades administrativas o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas.		
40	El Oferente **garantizara** que cuenta con la infraestructura, equipos y recurso humano necesario para cumplir con el objeto de la presente contratación. Nota: Diligenciar y anexar a su propuesta el formulario de capacidad operativa y administrativa (el comité evaluador realizará VISITA TÉCNICA, con el fin de verificar el cumplimiento de lo ofertado, el verificador técnico deberá anexar informe de lo hallado, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 441 de 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social).		
41	Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes.		
42	El oferente deberá garantizar la realización del reporte de eventos adversos e incidentes presentados durante la ejecución del contrato, en un tiempo no superior a 48 horas posterior a la ocurrencia del mismo, también tiene el deber de realizar el análisis correspondiente del caso e implementación de un plan de mejora, el cual debe ser enviado al supervisor del contrato y al encargado del área de Auditoría de Garantía de Calidad de la Regional de Aseguramiento en Salud N°1 al correo electrónico disan.rases1-ga@policia.gov.co en el mismo tiempo estipulado con anterioridad.		
43	El Oferente deberá elaborar y desarrollar los planes de mejora que resulten de las actividades de verificación de auto control del Cumplimiento del Sistema de Garantía y Calidad, Auditoria de Calidad propias y Auditorias de los Entes de Control, entregando copia de los mismos con los soportes de cumplimiento al supervisor del contrato. En un plazo no mayor a 15 días calendario, una vez se soliciten.		
44	El contratista se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en el **Decreto 441 de 2022** del Ministerio de Salud y de la Protección Social por medio del cual se sustituye el capítulo 4 del título 3 de la parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.		
45	El oferente se compromete a prestar los servicios de salud de acuerdo al modelo de atención integral en salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional – SSMP, como parte de la Subred Integral de Prestación de Servicios de Salud de prestadores externos de la Regional de Aseguramiento en Salud N°1, de acuerdo a las rutas de atención integral en salud.		

46	El oferente garantiza que los medicamentos e insumos utilizados y suministrados por el oferente para el tratamiento integral de pacientes, cuentan con el registro de INVIMA y Buenas prácticas de manufactura (BPN), como prueba de calidad de los mismos.		
47	El oferente deberá garantizar la realización del reporte de eventos adversos e incidentes presentados durante la ejecución del contrato, en un tiempo no superior a 48 horas posterior a la ocurrencia del mismo, también tiene el deber de realizar el análisis correspondiente del caso e implementación de un plan de mejora, el cual debe ser enviado al supervisor del contrato y al encargado del área de Auditoría de Garantía de Calidad de la Regional de Aseguramiento en Salud N°1 al correo electrónico disan.rases1-ga@policia.gov.co en el mismo tiempo estipulado con anterioridad.		

3.1.1. EXPERIENCIA PROPONENTE

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

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

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

En el evento que el oferente presente certificaciones en número superior al máximo permitido, la Unidad prestadora de salud Boyacá para efectos de verificación de la experiencia tomara únicamente las de mayor valor que cumplan con los requisitos exigidos en el presente proceso.

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

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

ANEXO
OFERTA ECONÓMICA

ITEM	OBJETO	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO APLICA SOBRE EL PRECIO TECHO UNITARIO PARA CADA UNO DE LOS ITEM (IVA INCLUIDO)
1	PAQUETE MENSUAL DE PACIENTE PEDIÁTRICO, TERAPEUTA RESPIRATORIA EN HORARIO COMPRENDIDO ENTRE LAS 06:00 A 19:00 HORAS, DE LUNES A DOMINGO Y CONTROL SEMANAL POR MEDICINA GENERAL. INCLUYE SOPORTE VENTILATORIO PERMANENTE EN DOMICILIO – HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR.	_____%
2	PAQUETE MENSUAL DE PACIENTE PEDIÁTRICO, TERAPEUTA RESPIRATORIA EN HORARIO COMPRENDIDO ENTRE LAS 19:01 A LAS 05:59 HORAS, DE LUNES A DOMINGO Y CONTROL SEMANAL POR MEDICINA GENERAL (INCLUYE SOPORTE VENTILATORIO PERMANENTE EN DOMICILIO – HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR.	
3	PAQUETE MENSUAL DE PACIENTE PEDIÁTRICO TERAPEUTA RESPIRATORIA 24 HORAS (TODOS LOS DÍAS) Y CONTROL SEMANAL POR MEDICINA GENERAL. INCLUYE SOPORTE VENTILATORIO PERMANENTE EN DOMICILIO – HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR.	
4	PAQUETE MENSUAL DE PACIENTE ADULTO TERAPEUTA RESPIRATORIA EN HORARIO COMPRENDIDO ENTRE LAS 06:00 A 19:00 HORAS, DE LUNES A DOMINGO Y CONTROL SEMANAL POR MEDICINA GENERAL. INCLUYE SOPORTE VENTILATORIO PERMANENTE EN DOMICILIO – HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR.	
5	PAQUETE MENSUAL DE PACIENTE ADULTO TERAPEUTA RESPIRATORIA EN HORARIO COMPRENDIDO ENTRE LAS 19:01 A LAS 05:59 HORAS, DE LUNES A DOMINGO Y CONTROL SEMANAL POR MEDICINA GENERAL. INCLUYE SOPORTE VENTILATORIO PERMANENTE EN DOMICILIO – HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR.	
6	PAQUETE MENSUAL DE PACIENTE ADULTO TERAPEUTA RESPIRATORIA 24 HORAS (TODOS LOS DÍAS) Y CONTROL SEMANAL POR MEDICINA GENERAL INCLUYE SOPORTE VENTILATORIO PERMANENTE EN DOMICILIO – HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR.	

NOTA 1: El porcentaje único (%) de descuento ofrecido aplica para el precio techo unitario.
NOTA 2: El oferente deberá informar si el valor ofertado incluye o no el IVA, o si está exento
NOTA 3: El valor unitario adjudicado se aproximará a la unidad de peso más cercana.

EL PROPONENTE:

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

ANEXO
SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Bogotá D.C.,

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

La firma _____se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso **PN RASES No. 1 MIC 033 2025**, durante la vigencia del contrato si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DOMICILIARIOS DE TERAPIA RESPIRATORIA, CONTROL MEDICO, EQUIPOS E INSUMOS PARA EL CUIDADO DE VÍA AÉREA ARTIFICIAL TIPO TRAQUEOSTOMIA LAS 24 HORAS A USUARIOS PEDIATRICOS Y ADULTOS, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ Y UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1.**

EL PROPONENTE:

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

ANEXO
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

Compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el proceso de CONTRATACION MINIMA CUANTIA, Número **PN RASES MIC 033 2025** cuyo objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DOMICILIARIOS DE TERAPIA RESPIRATORIA, CONTROL MEDICO, EQUIPOS E INSUMOS PARA EL CUIDADO DE VÍA AÉREA ARTIFICIAL TIPO TRAQUEOSTOMIA LAS 24 HORAS A USUARIOS PEDIATRICOS Y ADULTOS, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ Y UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Practicarse o practicar a sus trabajadores (según sea el caso), los exámenes médico ocupacionales y complementarios que correspondan, de acuerdo a la actividad contratada y objeto del contrato.

- Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.

- Entregar los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista, efectuando los pagos a la ARL de acuerdo a la clase de riesgo de la actividad desarrollada.

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

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

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

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

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

EL PROPONENTE:

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

ANEXO
CARTA DE COMPROMISO DEL RECURSO HUMANO

Yo _____ en calidad de Representante Legal de la firma _____ certifico bajo la gravedad de juramento que cuento con el **Recurso Humano** solicitado que cumple con la formación académica y experiencia requerida para la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DOMICILIARIOS DE TERAPIA RESPIRATORIA, CONTROL MEDICO, EQUIPOS E INSUMOS PARA EL CUIDADO DE VÍA AÉREA ARTIFICIAL TIPO TRAQUEOSTOMIA LAS 24 HORAS A USUARIOS PEDIATRICOS Y ADULTOS, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ Y UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1,** de acuerdo a lo establecido en el Anexo 1 Condiciones Técnicas.

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

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

FORMULARIO

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

YO:_____,Representante de la Firma _____ certifico que la firma que represento, cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para cumplir el objeto de la presente Contratación que tiene por objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DOMICILIARIOS DE TERAPIA RESPIRATORIA, CONTROL MEDICO, EQUIPOS E INSUMOS PARA EL CUIDADO DE VÍA AÉREA ARTIFICIAL TIPO TRAQUEOSTOMIA LAS 24 HORAS A USUARIOS PEDIATRICOS Y ADULTOS, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ Y UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1.**, en las condiciones señaladas en el presente Estudio Previo.

EL PROPONENTE:

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

FORMULARIO
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 033 2025**, que tiene por objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DOMICILIARIOS DE TERAPIA RESPIRATORIA, CONTROL MEDICO, EQUIPOS E INSUMOS PARA EL CUIDADO DE VÍA AÉREA ARTIFICIAL TIPO TRAQUEOSTOMIA LAS 24 HORAS A USUARIOS PEDIATRICOS Y ADULTOS, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ Y UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1.**

Apreciados Señores:

El (a) suscrito (a)_____mayor de edad, domiciliado (a) en _____, en atención a la Contratación Minima Cuantia **PN RASES No. 1 MIC 033 2025**, convocado por la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DOMICILIARIOS DE TERAPIA RESPIRATORIA, CONTROL MEDICO, EQUIPOS E INSUMOS PARA EL CUIDADO DE VÍA AÉREA ARTIFICIAL TIPO TRAQUEOSTOMIA LAS 24 HORAS A USUARIOS PEDIATRICOS Y ADULTOS, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ Y UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1.**

Manifiesto lo siguiente:

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

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

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

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

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

4. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en la invitación y en la Ley, y cualquier omisión, contradicción ó declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de

contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.

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

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

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

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

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

10. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del contrato que se nos ofrece, conforme al **Anexo** “Minuta del Contrato” de la invitación y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del contrato, salvo aquellas modificaciones que determine incluir REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de las adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación, las que de antemano aceptamos.
11. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana y en consecuencia, consideramos que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y al público en general

(Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).

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.

Cordialmente, _____
(Firma del representante legal del proponente)

FORMULARIO
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ FECHA _____

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

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____NIT _____C.C. _____

Dirección: _____ Teléfono_____

Fax_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta Corriente _____

Ahorros _____

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código_____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____

(Adjuntar certificación bancaria)

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

FORMULARIO
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2025

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

Compromiso anticorrupción del proceso de CONTRATACION MINIMA CUANTIA, Número **INVITACIÓN PN RASES No. 1 MIC 033 2025** cuyo objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DOMICILIARIOS DE TERAPIA RESPIRATORIA, CONTROL MEDICO, EQUIPOS E INSUMOS PARA EL CUIDADO DE VÍA AÉREA ARTIFICIAL TIPO TRAQUEOSTOMIA LAS 24 HORAS A USUARIOS PEDIATRICOS Y ADULTOS, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ Y UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1.**

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

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

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

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

COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

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

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

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

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

Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EL PROPONENTE:

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

FORMULARIO
ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 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 de CONTRATACION MINIMA CUANTIA numero **INVITACIÓN PN RASES No. 1 MIC 033 2025** cuyo objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DOMICILIARIOS DE TERAPIA RESPIRATORIA, CONTROL MEDICO, EQUIPOS E INSUMOS PARA EL CUIDADO DE VÍA AÉREA ARTIFICIAL TIPO TRAQUEOSTOMIA LAS 24 HORAS A USUARIOS PEDIATRICOS Y ADULTOS, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ Y UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1.** Provienen de actividades licitas y que no estamos incluidos en listas nacionales o internacionales de lavado de activos.

Manifestación que se entiende prestada bajo la gravedad de juramento.

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

FORMULARIO
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 CONTRATACION MINIMA CUANTIA, Número **PN RASES No. 1 MIC 033 2025** cuyo objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DOMICILIARIOS DE TERAPIA RESPIRATORIA, CONTROL MEDICO, EQUIPOS E INSUMOS PARA EL CUIDADO DE VÍA AÉREA ARTIFICIAL TIPO TRAQUEOSTOMIA LAS 24 HORAS A USUARIOS PEDIATRICOS Y ADULTOS, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ Y UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1.**

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

Primero: que la Policía Nacional adelanta un proceso de contratación a través de la modalidad de CONTRATACION MINIMA CUANTIA, para la celebración de un contrato estatal para la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DOMICILIARIOS DE TERAPIA RESPIRATORIA, CONTROL MEDICO, EQUIPOS E INSUMOS PARA EL CUIDADO DE VÍA AÉREA ARTIFICIAL TIPO TRAQUEOSTOMIA LAS 24 HORAS A USUARIOS PEDIATRICOS Y ADULTOS, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ Y UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1.**

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EL PROPONENTE:

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