ANEXO No. 1
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE VERIFICACIÓN Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

CÓDIGOS CUPS	DESCRIPCIÓN	ACTIVIDADES A REALIZAR	TIEMPO POR ACTIVIDAD	OFRECE	
				SI	NO
890202	CONSULTAS	Consulta médica especializada (Primera Vez) - Consulta Primera Vez o Control Reumatología Pediátrica	30 Minutos		
890302		Consulta de control o seguimiento medicina especializada	20 Minutos		
890402		Inter consulta Medicina Especializada	30 Minutos		
890502		Participación en junta médica, por medicina especializada por medico y por paciente	30 Minutos		
890602		Cuidado (manejo) intra hospitalaria por medicina especializada	30 Minutos		
890702		Consulta de urgencias por medicina especializada	30 Minutos		
819200	PROCEDIMIENTOS	Infiltraciones osteomusculares	20 Minutos		
819101		Artrocentesis (aspiración articular)	30 Minutos		
261100		Biopsia de Glándula Salivar	30 Minutos		
832100		Biopsia de Músculo	30 Minutos		

CONDICIONES ESPECIFICAS	OFRECE	
	SI	NO

- **REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD**, el oferente deberá anexar a la oferta la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud, de conformidad con la ley 10 de 1990, el decreto 1011 de 2006, en concordancia con el artículo **2.2.1.2.1.2.21**. **Del Decreto 1082 de 2015.** Decreto 780 de 2016 y Resolución 3100 de 2019.

- **RECURSO HUMANO, IDONEIDAD Y EXPERIENCIA:**
  El oferente, certificará que para la prestación del servicio dispondrá de tres (3) médicos internistas reumatólogos con experiencia mínima de un año en el área específica y un (1) médico pediatra y reumatólogo con experiencia mínima de un año en el área específica, para cubrir la siguiente necesidad mínima.

  Para lo cual debe anexar los siguientes documentos:
  - Inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS).
  - Fotocopia del Diploma que acredite la especialidad
  - Fotocopia del acta de grado que acredite como especialista
  - Fotocopia Tarjeta Profesional

  Nota 1: En caso de Haber realizado estudios en el exterior, el profesional deberá presentar copia de la Resolución de convalidación del Título expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

  Nota 2: El oferente deberá diligenciar el Anexo No. 7 “IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO” para todo el personal que conforma el Recurso Humano ofertado.

- Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes.
- La prestación del servicio será en las instalaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, en sus unidades de mediana y baja complejidad y Hospital Central así como las instalaciones habilitadas del proponente según las necesidades del servicio y previa coordinación con el Medico General del Grupo Regional Red Integrales Servicios de Salud y de acuerdo con las necesidades del servicio evaluadas en la demanda insatisfecha del mes inmediatamente anterior.
- Atender en el horario establecido según las necesidades del servicio, distribuido durante los días de la semana. El horario será definido de acuerdo a la disponibilidad del recurso físico de instalaciones propias. El número de eventos de atención será mínimo de dos (2) y máximo de tres (3) procedimientos o consultas por cada hora en jornadas de 4, 6, 8 o 12 horas de duración previa coordinación con el supervisor del contrato.
- En caso fortuito que se requiera reemplazar un profesional, el contratista deberá informar al supervisor del contrato para realizar la evaluación de la idoneidad del nuevo profesional para desarrollar las actividades dentro del contrato en ejecución.
- El contratista se compromete a realizar el cambio de un profesional si es requerido por parte del supervisor del contrato y a presentar la hoja de vida del nuevo profesional para la evaluación y aprobación por el supervisor del contrato.

- Se compromete a realizar programas de prevención nivel II y III de manera continua, de las patologías más frecuentes, acordadas previamente con el supervisor del contrato que contenga el número de pacientes que se encuentren en cada programa y con un informe final del mismo.
- Llevar y presentar mensualmente estadística de pacientes atendidos, diagnósticos, tratamientos, que faciliten su control y seguimiento en caso de implementarse clínicas de manejo de patologías crónicas de la especialidad.
- Indicar los tratamientos que requieran ser discutidos y aprobados por la junta multidisciplinaria del servicio
- Presentar todo servicio electivo, fuera del plan de beneficios del SSPN, debe ser tramitado para estudio de aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del nivel central DISAN), para lo cual el especialista tratante debe diligenciar completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del SSPN y remitirlo a la central de autorización de la USP, para que ésta adelante el trámite ante el CTC del Nivel Central.
- Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos terapéuticos señalados para el manejo de las patologías, establecidos dentro del Plan Integral del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (Acuerdo 002 de 2001 CSSMP y subsiguientes).
- Realizar la programación de la agenda mensual, con dos (2) meses de antelación para poder asignar las citas respectivas informando con antelación mínima de un mes los cambios en la misma.
- En caso de novedad del profesional agendado, no podrá ser cancelada la agenda, este debe ser reemplazado por otro profesional, para realizar la atención de la totalidad de pacientes agendados en el mismo día.
- Atender los pacientes bajo esquema de protocolos establecidos por patología entregando al supervisor del contrato las Guías de manejo y los protocolos de procedimientos actualizados de las diez (10) patologías y procedimientos más frecuentes según el análisis y reporte de morbilidad, en un plazo máximo de un mes a partir de la fecha de inicio del contrato.
- Efectuar el seguimiento hospitalario a los pacientes durante su estancia (pisos de hospitalización) y efectuar la atención de los pacientes en el servicio de urgencias y UCI.
- Realizar la consulta especializada de reumatología ambulatoria de primera vez (pacientes que no han sido valorados por la especialidad de reumatología con anterioridad y/o los pacientes que no han sido vistos por la especialidad en un periodo superior a un año) y realizar consulta especializada de control de reumatología de control (pacientes que fueron valorados por la especialidad de reumatología en un periodo inferior a un año)
- Designar un funcionario para recepcionar y dar trámite a la respuesta a las interconsultas,
- Responder las interconsultas de los pacientes hospitalizados, en un término no superior a 12 horas de los servicios como urgencias, hospitalización general y unidad de cuidados intensivos
- Programar una vez al mes una Junta médica con mínimo tres (3) especialistas e informar al supervisor del contrato con un mes de anticipación. Una vez realizada la Junta médica será remitida el acta correspondiente al supervisor del contrato.
- Prescribir los medicamentos en forma genérica incluidos en el Plan de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Cuando un paciente requiera un medicamento que no se encuentre en el Vademécum vigente, el profesional debe solicitar autorización previa al Comité Técnico-Científico de Autorización para medicamentos de la Dirección de Sanidad para su prescripción en formato vigente para tal fin. Solicitar en forma genérica los dispositivos, elementos o insumos requeridos por los usuarios con base en los cuadros básicos adoptados por la Dirección de Sanidad, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1y Hospital Central para su compra.
- Diligenciar en forma completa sin excepción la historia clínica en el sistema SISAP de acuerdo a la normatividad vigente Resolución 1995 de 1999.
- Llevar los registros de atención diaria de procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
- Participar en los programas docente asistenciales que desarrolle la Dirección de Sanidad, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1y el Hospital Central mediante convenios con centros educativos o de formación (Universidades, Institutos, EPS; IPS; etc.)
- Emitir los conceptos que se le requieran incluidos por el Área de Medicina Laboral sobre patologías y posibles secuelas de los usuarios, incluyendo Incorporación, asenso o retiro.
- Hacer parte de los comités académicos, administrativos de casos especiales, de Juntas médico quirúrgicas, Dirección de Sanidad, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1y Hospital Central para los cuales sea designado.
- Deberá aceptar y facilitar los requerimientos de Auditoria Médica de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1– Hospital Central.
- Rendir informes de evaluación de indicadores para seguimiento por patología del servicio cada mes.
- Participar en la definición, estandarización y actualización de los protocolos o instrumentos metodológicos de manejo y atención de pacientes en las áreas de atención, promoción y prevención y rehabilitación de la enfermedad en relación con la especialidad de reumatología, con el fin de garantizar la calidad de la prestación de los servicios.
- Participar en el diseño, implantación ejecución y evaluación de los programas en salud ocupacional, promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la enfermedad, según sus competencias y área de desempeño.
- Participar en las reuniones técnicas científicas citadas por el Departamento Médico, Subdirección Científica o la Dirección del Hospital Central.
- Realizar dos (2) jornadas de atención reumatológica para adultos, programadas con mínimo tres (3) médicos

reumatólogos y el apoyo de médicos generales suministrados por la Regional de Aseguramiento en Salud n° 1, en las instalaciones de la Dirección de Sanidad. - Realizar dos (2) jornadas de capacitación a profesionales durante la ejecución del contrato las cuales serán concertadas con el supervisor del contrato. - Realizar una jornada de capacitación en prevención en salud para pacientes, con una periodicidad bimensual. - Diligenciar y entregar mensualmente con la facturación, como requisito para la emisión del recibo a satisfacción, la base de datos con todas las variables diligenciadas definida en el anexo técnico de la Resolución 1393 del 30 de abril de 2015 “Por la cual se establece el reporte para el registro de pacientes con artritis reumatoide a la cuenta de alto costo” de los pacientes atendidos que se relacionan en la factura en medio magnético formato Excel y archivo plano. - El Contratista se compromete a entregar el portafolio de servicios con sus cups actualizados con la tarifa ofrecida en formato Excel al inicio de la ejecución del contrato. - EL Oferente deberá presentar el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración “Moderadamente Aceptable” (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, puede ser verificada y que ofertamos el 100% de los requerimientos solicitados en el presente Anexo.

NOMBRE DEL PROPONENTE :
NIT O C. C. :
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL :
C.C. :
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :
DIRECCIÓN :
TELÉFONO :
E-MAIL :

ANEXO No. 3
OFERTA ECONÓMICA

CÓDIGOS CUPS	DESCRIPCION	ACTIVIDADES A REALIZAR	TIEMPO POR ACTIVIDAD	PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO OFRECIDO (APLICA SOBRE EL PRECIO TECHO HORA)
890202	CONSULTAS	Consulta médica especializada (Primera Vez) - Consulta Primera Vez o Control Reumatología Pediátrica	30 Minutos	_____%
890302		Consulta de control o seguimiento medicina especializada	20 Minutos	
890402		Inter consulta Medicina Especializada	30 Minutos	
890502		Participación en junta médica, por medicina especializada por médico y por paciente	30 Minutos	
890602		Cuidado (manejo) intra hospitalaria por medicina especializada	30 Minutos	
890702		Consulta de urgencias por medicina especializada	30 Minutos	
819200	PROCEDIMIENTOS	Infiltraciones osteomusculares	20 Minutos	
819101		Artrocentesis (aspiración articular)	30 Minutos	
261100		Biopsia de Glándula Salivar	30 Minutos	
832100		Biopsia de Músculo	30 Minutos	

NOMBRE DEL PROPONENTE :
NIT o C.C. :
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :
C.C. :
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :
DIRECCIÓN :
TELÉFONO FIJO :
TELÉFONO CELULAR INSTITUCIONAL :

ANEXO 6
SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Bogotá D.C.,

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (RASES) NO. 1
POLICÍA NACIONAL
La Ciudad.-

La firma _____se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso **PN RASES No. 1 MIC 022 2020**, durante la vigencia del contrato si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto la **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA INCLUYENDO CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD Y PROCEDIMIENTOS PROPIOS Y ARTROCENTESIS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL.**

Atentamente,

NOMBRE DEL PROPONENTE :
NIT o C.C. :
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :
C.C. :
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :
DIRECCIÓN :
TELÉFONO FIJO :
TELÉFONO CELULAR INSTITUCIONAL :

ANEXO No. 9

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO

Este anexo debe ser diligenciado para todo el personal que conforma el Recurso Humano ofertado.

Cada uno de los profesionales debe anexar diploma y acta de grado de: medicina general, especialidad y subespecialidad, Tarjeta profesional, Fotocopia de la Cédula y el RETHUS de cada profesional.

La de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1se reserva el derecho de verificar la información plasmada en este formato.

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO
Ciudad y Fecha:
Nombres y Apellidos:
Cédula de Ciudadanía:
Fecha de Nacimiento:
Nacionalidad:
Profesión:
Universidad:
No Registro Profesional:
Título Obtenido:
Especializaciones:
Tiempo de Experiencia en la Práctica de los Procedimientos Objeto de la Contratación
Tiempo de Servicio en la Institución Oferente:
Firma del Profesional **Firma del Representante Legal**

NOMBRE DEL PROPONENTE:
NIT o C.C.:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
C.C.:
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:
DIRECCIÓN:
TELÉFONO:

ANEXO No. 10

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 Directa que tiene por objeto la **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA INCLUYENDO CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD Y PROCEDIMIENTOS PROPIOS Y ARTROCENTESIS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL**, en las condiciones señaladas en el presente Estudio Previo.

NOMBRE DEL PROPONENTE :

NIT o C.C. :

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :

C.C. :

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :

DIRECCIÓN :

TELÉFONO :

FORMULARIO 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Bogotá, D.C., de 2020

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (RASES) No. 1
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía PN RASES No. 1 MIC 022 - 2020, que tiene por objeto la **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA INCLUYENDO CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD Y PROCEDIMIENTOS PROPIOS Y ARTROCENTESIS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL.**

Yo (Nombre) (s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta_____, identificado como aparece al pie de mi firma,_____ obrando en calidad de (Calidad en la que actúa el(los) firmante(s) de la propuesta_____; si el(los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste (éstos) deberá(n) suscribirlo. Si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una Unión Temporal o de un Consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el Representante Legal de la misma), de conformidad con lo establecido en el (En el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de Unión Temporal o Consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás), me permito presentar, en nombre de (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), propuesta seria y formal para participar en el proceso Mínima Cuantía PN RASES No. 1 MIC 022 2020, convocado por la **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA INCLUYENDO CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD Y PROCEDIMIENTOS PROPIOS Y ARTROCENTESIS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL,** conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus Decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en la invitación y en el Anexo 1 “Especificaciones Técnicas” y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación pública y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de los 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 o apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.
4. Que el proponente, en este caso (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), está compuesto por las siguientes personas, y que el nombre de su representante legal, dirección, teléfono y fax son los siguientes: (Información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; Si

se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente).

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

Que nos comprometemos a proveer a la DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (RASES) NO. 1 DE LA POLICÍA NACIONAL Unidad Ejecutora, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, los bienes ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por la invitación pública para el proceso de Selección Abreviada, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en la invitación pública, y en las condiciones allegada a esa entidad a través de la presente carta de presentación.

7. Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características, funcionalidades y especificaciones de los bienes 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 bienes que entregamos a la DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (RASES) NO. 1 DE LA POLICÍA NACIONAL, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de la invitación pública, sus Anexos, sus Formularios y adendas que llegaren a suscribirse.

8. Manifestamos además que hemos realizado el examen completo y cuidadoso, y que hemos investigado plenamente, las condiciones del proceso 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 la tecnología y los equipos a los cuales aplicaremos nuestro trabajo, y en general, que conocemos todos los factores determinantes de los costos de ejecución del proceso a suscribir, los cuales se encuentran incluidos en los términos de nuestra propuesta.

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

10. Reconocemos que ni la DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (RASES) NO. 1 DE LA POLICÍA NACIONAL, ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia o visita efectuada a las instalaciones en las cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del proceso, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.

11. Reconocemos que ni la invitación pública, del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del proceso 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 proceso que se suscriba.

12. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del proceso que se nos ofrece, de la invitación pública y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del proceso, salvo aquellas modificaciones que determine incluir LA DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (RASES) NO. 1 DE LA POLICÍA NACIONAL, por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de los adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación No. , las que de antemano aceptamos.

13. 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 DIRECCIÓN DE SANIDAD

- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (RASES) NO. 1 DE LA POLICÍA NACIONAL, 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 o participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y al público en general (Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).

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

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

16. Que me obligo a suministrar a solicitud de la DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (RASES) NO. 1 DE LA POLICÍA NACIONAL cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

17. Que la presente propuesta consta de _____ (Número de folios de la propuesta) folios distribuidos en... (Número de fólderes en los que es presentada la propuesta) fólderes.

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

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

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

21. Que la vigencia de la presente oferta es de cuatro (4) meses, contados a partir de la presentación de la misma.

22. Que el valor del descuento de nuestra propuesta es por _____ % (porcentaje de descuento).

NOMBRE DEL PROPONENTE:
NIT o C.C.:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
C.C.:
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:
DIRECCIÓN:
TELÉFONO:

FORMULARIO No. 2
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

FORMULARIO No. 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El (los) suscrito(s) a saber: (Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o Unión Temporal proponente) _____domiciliado en (Domicilio de la persona firmante), _____identificado con (Documento de Identificación de la persona firmante_____. y lugar de expedición)_____, quien obra en calidad de (Representante legal de la Sociedad, del Consorcio, de la Unión Temporal, o de la Asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha Sociedad, Consorcio, Unión Temporal, o Asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la Cámara de Comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente INVITACIÓN, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la POLICÍA NACIONAL –DIRECCIÓN DE SANIDAD- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (RASES) NO. 1 adelanta un proceso de Mínima Cuantía cuyo valor no excede al 10% de la menor cuantía de conformidad con el Artículo 2.2.1.2.1.5.1 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL–DIRECCIÓN DE SANIDAD- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (RASES) NO. 1 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés de EL PROPONENTE participar en el proceso de Selección Mínima Cuantía 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 las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS. EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1.1. 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.
1.2. 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.
1.3. 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 Mínima Cuantía y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:
a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (RASES) 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;
b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de LA POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.
1.4. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de Selección Mínima Cuantía.

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:

Nombre, Número del documento de identificación, Firma del proponente o su representante.

SUSCRIBIRÁN EL DOCUMENTO TODOS LOS INTEGRANTES DE LA PARTE PROPONENTE SI ES PLURAL (CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL), A TRAVÉS DE SUS REPRESENTANTES LEGALES.

FORMULARIO No. 4
ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS

Proceso de Contratación **PN RASES No. 1 MIC 022 - 2020**

Bogotá, D.C., _____ de 2020

Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (RASES) 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 la **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA INCLUYENDO CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD Y PROCEDIMIENTOS PROPIOS Y ARTROCENTESIS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL,** 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.

Atentamente;

NOMBRE DEL PROPONENTE :
NIT o C.C. :
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :
C.C. :
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :
DIRECCIÓN :
TELÉFONO FIJO :
TELÉFONO CELULAR INSTITUCIONAL :

FORMULARIO No. 5

COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL

Referencia: compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el proceso cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA INCLUYENDO CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD Y PROCEDIMIENTOS PROPIOS Y ARTROCENTESIS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL.**

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

Certifico que la empresa a la cual represento cumple con la afiliación a seguridad social de sus empleados, que tiene implementado el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo conforme a los establecido en título 4, capítulo 6 del Decreto 1072 de 2015 *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo"* y la Resolución No. 0312 de 2019 *"Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo"*, así mismo, que cuenta con el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de acuerdo al Código Sustantivo del Trabajo.

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal y comprometiendo la responsabilidad Institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta y puede ser verificada.

NOMBRE DEL PROPONENTE :
NIT o C.C. :
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :
C.C. :
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :
DIRECCIÓN :
TELÉFONO :
E-MAIL :