FORMULARIOS

FORMULARIO No. 1	CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA
FORMULARIO No. 2	COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN
FORMULARIO No. 3	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN
FORMULARIO No. 4	PACTO DE INTEGRIDAD PARA PROVEEDORES Y/O PROPONENTES
FORMULARIO No. 5	COMPROMISO ANTISOBORNO
FORMULARIO No. 6	CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y NO TENER MULTAS O SANCIONES PARA CONTRATAR CON ENTIDADES ESTATALES.
FORMULARIO No. 7	CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTICULO 50 LEY 789 DE 2001
FORMULARIO No. 8	PROPUESTA ECONÓMICA
FORMULARIO No. 9	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
FORMULARIO No. 10	EXPERIENCIA DEL PROPONENTE
FORMULARIO No. 11	FORMATO DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO DE CUENTA SIIF II E INFORMACIÓN TRIBUTARIA
FORMULARIO No. 12	CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS
FORMULARIO No. 13	SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL
FORMULARIO No. 14	CONFLICTO DE INTERÉS
FORMULARIO No. 15	ACREDITACIÓN MIPYME
16. FORMULARIOS PARA ACREDITAR FACTORES DE DESEMPATE	
FORMULARIO No. 16.1	VINCULACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y NO BENEFICIARIAS DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA (EMPLEADOR – PROPONENTE)
FORMULARIO No. 16.2	VINCULACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y NO BENEFICIARIAS DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA(TRABAJADOR)
FORMULARIO No. 16.3	VINCULACIÓN DE POBLACIÓN INDIGENA, NEGRA, AFROCOLOMBIANA, RAIZAL, PALENQUERA, RROM O GITANA
FORMULARIO No. 16.4	PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/O REINTEGRACIÓN (PERSONAS JURÍDICAS)
FORMULARIO No. 16.5	PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN (PERSONA JURÍDICA INTEGRANTE DEL PROPONENTE PLURAL)
FORMULARIO No. 16.6	PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/O REINTEGRACIÓN (PERSONAS JURÍDICAS)

NOTA: El proveedor debe diligenciar adecuadamente cada formulario con la información pertinente para el presente proceso, al DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, **NO** se responsabiliza del mal diligenciamiento de los formularios.

FORMULARIO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Señores:

EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES - DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR - DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Contratación No. 153-ARC-DISAN-DMBOG-2026, convocado por EL M.D.N.-COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES - LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ

_____(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, formal e irrevocable para participar en proceso de MINIMA CUANTIA No. 153-ARC-DISAN-DMBOG-2026, convocado por el MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL – DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, para la celebración de un contrato para la adquisición de "_____(escriba el objeto) _____."con destino a DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL, en los términos prescritos en la Invitación a Participar según rige el proceso, en la minuta del contrato, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, sus Decretos reglamentarios, Código 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, con el objeto de prestar al MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ el (los) siguiente(s):

Los ítems que se encuentran detalladamente enunciados en la Invitación Pública y que deben cumplir con el Anexo técnico y económico para todos los efectos legales, así como para los servicios a cumplir deben estar detalladamente enunciados, en forma clara y conforme a lo requerido por la institución, 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:

- 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 las adendas hechos al mismo.
- Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

1. Que ni el representante legal o apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores, nos encontramos incurso en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.
2. 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)
3. 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 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.
4. Que nos comprometemos a proveer al MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR - DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, los bienes y servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por la Invitación Pública para la Mínima Cuantía, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en la Invitación Pública, en los Anexos correspondientes en las condiciones allegadas a esa entidad a través de la presente carta de presentación.
5. Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características, funcionalidades y especificaciones de los bienes y servicios que nos obligamos a entregar, 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 y servicios que se entregarán al MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, 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.
6. 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 para la prestación del servicio, 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.
7. 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.
8. Reconocemos que ni el MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR - DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de contratación y, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información

analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia ó visita efectuada a las instalaciones en las cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del contrato, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.

9. 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 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 contratación y del contrato que se suscriba.

10. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del contrato de acuerdo a la Invitación Pública y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones substanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del contrato, salvo aquellas modificaciones que determine incluir el MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de las Adendas que se expidan dentro del presente proceso de contratación No. 153-ARC-DISAN-DMBOG-2026, 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 el MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ 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 contratación 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. 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 contratación bajo (Forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del Reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.

13. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la mera 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.

14. Que me obligo a suministrar a solicitud del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR -DIRECCION DE SANIDAD NAVAL - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

15. Que la presente propuesta consta de _____ (Número de folios de la propuesta publicada) folios.

16. Como proponente acepto que la notificación personal que legalmente deba hacer la Entidad, de actos administrativos expedidos en desarrollo del proceso de selección del asunto y en la ejecución del contrato, se efectúe de manera electrónica a través del SECOP II, o al correo electrónico señalado por nosotros, en esta carta de presentación, de conformidad con el artículo 56 de la Ley 1437 de 2011. (El proponente debe incluir esta manifestación, si acepta lo señalado en la misma. En caso contrario NO deberá incluirla).

17. Me permito informar que las comunicaciones relativas a este proceso de selección las recibiré a través del SECOP II, o en la dirección o correo electrónico que relaciono en la presente.

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

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

20. Que estamos cumpliendo con los aportes parafiscales contemplados en el Artículo 50 de la Ley 789/02, para cual anexo certificación firmada por el contador público y/o revisor fiscal.

Cordialmente,

(Firma del representante legal)

ESPACIO EN BLANCO

	ARMADA NACIONAL **DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL**	
	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	
	Version: 1.0	**Fecha: 20/02/2015**

FORMULARIO No. 2

El(los) suscrito(s) a saber_____, domiciliado en _____ , identificado(s) con CC _____ de _____respectivamente, quien(es) obra en calidad de PERSONA NATURAL _____ o JURIDICA_____ (marque con X) , que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que EL MINISTERIO DE DEFENSA-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCION DE SANIDAD ARMADA NACIONAL- DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, adelanta un proceso de contratación para (escriba el objeto)_____ _____ _____, en forma independiente y con total autonomía técnica, administrativa y financiera, con sus propios medios, todo ello de acuerdo con las obligaciones contenidas en el estudio previo y en la solicitud de oferta.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y del EL MINISTERIO DE DEFENSA-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCION DE SANIDAD ARMADA NACIONAL- DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, 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 contratación en la modalidad de 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:

CLAUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS POR 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 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 del MINISTERIO, 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 del MINISTERIO DE DEFENSA 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**.**

1.5. EL PROPONENTE se compromete a que en caso que se le adjudique el contrato, no buscara financiación ni utilizará recursos estatales en negocios de captación o recaudo no autorizado de recursos del público en forma masiva.

CLAUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

EL PROPONENTE asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en EL REGLAMENTO 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 _____ a los _____

_____
Firma
C.C. .

	ARMADA NACIONAL **DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL**	
	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	
	Versión: 1.0	**Fecha: 01/01/2013**

FORMULARIO No. 3

YO _____identificado(a) con cédula de ciudadanía No._____, mediante el presente anexo declaro que según la información entregada por la EL **MINISTERIO DE DEFENSA-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL- DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ** me comprometo como Contratista a Conocer, entender y cumplir con las políticas de seguridad y normatividad que trate la materia, así mismo tengo claro que toda información institucional que sea manipulada, transformada, generada o creada, en las instalaciones de la **MINISTERIO DE DEFENSA-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL- DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ** o la que se maneje fuera de ella, son de propiedad exclusiva de la **MINISTERIO DE DEFENSA-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL-DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ,** por lo tanto es de mi total saber y entender que no podré utilizar, ni siquiera después de finalizar mi actividad contractual dicha información. Solo será utilizada la documentación, única y exclusivamente para los fines para los que fue entregada; además me comprometo a conservarla con la debida seguridad e impedir su deterioro, pérdida, alteración, uso no autorizado o fraudulento y cumplir con las instrucciones que imparta el DMBOG.

Como parte receptora de dicha información me comprometo a:

a) Adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para garantizar la confidencialidad de la información y evitar su adulteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.
b) Respetar los derechos de propiedad y la reserva de toda la información y datos confidenciales que sean propiedad de la **ARMADA NACIONAL / DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ.**
c) No divulgar a otras personas la información a la que tenga acceso, estructuras de la red, direcciones y demás datos sensibles que puedan ser utilizados para acceder a la información o a la red de la **ARMADA NACIONAL / DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ.**

Por último es claro para mí, que si incumplo el compromiso de confidencialidad de la información y las políticas de seguridad establecidas en este documento, será declarado el incumplimiento del contrato de prestación de servicios y por ende se dará la terminación del mismo por parte de la **MINISTERIO DE DEFENSA-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL- DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ;** adicionalmente se hará posible la aplicación de las sanciones civiles, penales y todas aquellas que legalmente correspondan especialmente las señaladas en la Ley Estatutaria 1266 del 31 de Diciembre de 2008 y demás normas que rijan la materia.

Atentamente,

_____
C.C. _____
CONTRATISTA

	ARMADA NACIONAL **DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL**		
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL		
	PACTO DE INTEGRIDAD PARA PROVEEDORES Y/O PROPONENTES		
	Versión: 1.0	**Fecha: 04/11/2022**	**Página 9 de 38**

FORMULARIO No. 4

PACTO DE INTEGRIDAD PARA FORTALECER LA TRANSPARENCIA EN EL PROCESO DE SELECCIÓN_____CUYO OBJETO ES LA: "_____ _____."

Ante la opinión pública nacional e internacional, YO_____, identificado con cedula de ciudadanía No. _____ en calidad de proponente, o representante legal o apoderado de _____ identificado con NIT_____, proponente que participará en el proceso de _____ para contratar el _____ _____suscribo el presente **PACTO DE INTEGRIDAD**, teniendo en cuenta que en Colombia todas las formas de corrupción son ilegales, y que el Estado procesa y continuará procesando a los infractores.

Sin perjuicio del cumplimiento de la Ley Colombiana, el Pacto de Integridad se enfoca en el compromiso de no soborno con el fin de obtener o retener un contrato u otra ventaja impropia, incluyendo la colusión con otros con el fin de limitar la competencia para este contrato, y la actuación desleal y contraria a la libre competencia y al interés de propiciar la selección objetiva dentro de las instancias del proceso de contratación.

Lo anterior incluye cualquier tipo de pagos, dádivas u otros favores ofrecidos o concebidos de manera directa o a través de terceros, a funcionarios o asesores del **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar–Dirección de Sanidad Armada Nacional- DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ** con el fin de:

1. Procurar que se diseñe el proyecto o partes de éste de una manera que ofrezca ventajas a uno o varios participantes.

2. Dar ventaja indebida a cualquiera de los participantes en la evaluación y elección de los mismos para la adjudicación del contrato.

3. Ganar la adjudicación del contrato.

4. Lograr cambios sustanciales en el contrato ajustando las especificaciones, los plazos o cualquier otro componente importante del contrato.

5. Lograr que sean aprobados por funcionarios públicos, asesores o por el interventor o supervisor del contrato (o por su personal, asesores y subcontratistas) resultados por debajo de los parámetros que sean propuestos por los PROPONENTES, PROVEEDORES y pactados con el **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar–Dirección de Sanidad Armada Nacional- DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ.**

6. Abstenerse de monitorear apropiadamente la implementación del proyecto, de informar sobre violaciones de especificaciones del contrato y otras formas de incumplimiento, o de hacer plenamente responsable al contratista de sus obligaciones legales.

7. Evadir impuestos, derechos, licencias o cualquier otra obligación legal que se debería satisfacer.

8. Inducir a un funcionario a quebrantar sus deberes oficiales de cualquiera otra manera. Dentro de este marco, el(los) firmante(s) adquiere(n) los siguientes compromisos, de acuerdo con las leyes colombianas:

1. El proponente participante y el **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar–Dirección de Sanidad Armada Nacional -DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ** asignan importancia a la presentación de propuestas en un entorno libre, imparcial, competitivo y no sujeto a abuso. A las empresas les complace confirmar que:

a) No ha ofrecido o concedido, ni ha intentado ofrecer o conceder y no ofrecerá ni concederá, ni directa ni indirectamente mediante agentes o terceros, ninguna inducción o recompensa impropias a ningún funcionario o asesor del **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar–Dirección de Sanidad Armada Nacional - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ**, sus parientes o socios de negocios, con el fin de obtener o retener este contrato u otra ventaja impropia.

b) No ha coludido y no coludirá con otros con el fin de limitar indebidamente la competencia para este contrato. El(los) proponente(s) comprende(n) la importancia material de estos compromisos para el **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar–Dirección de Sanidad Armada Nacional - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ** y la seriedad de los mismos.

2. El proponente participante desarrolla sus actividades en el marco de principios éticos de comportamiento y se compromete a tomar las medidas necesarias a fin de que este compromiso de **NO SOBORNO** sea acatado por todos sus gerentes y empleados, así como por todos los terceros que trabajan con esta compañía en este proyecto, incluyendo agentes, consultores y subcontratistas.

3. Este compromiso se presenta en nombre y de parte de los Presidentes y/o Gerentes Generales del proponente participante. Quienes participan en consorcio o unión temporal suscriben este Pacto en nombre y de parte de cada uno de los Presidentes y/o Gerentes Generales de las empresas asociadas.

4. Las proponentes internacionales que participan en este proceso de contratación, asumen este compromiso en nombre y de parte del Presidente y/o Gerente General de la casa matriz de la compañía y este compromiso cobija a los gerentes y empleados de la subsidiaria en Colombia, cuando esta existiese.

5. Con respecto a la presentación de las propuestas, el proponente se compromete a estructurar una propuesta seria, con información fidedigna y con una oferta económica ajustada a la realidad que asegure la posibilidad de entregar los bienes y/o prestar el servicio en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en el pliego.

6. Con respecto a los pagos relacionados con el negocio, el proponente participante acuerda:

a) Los pagos a agentes y otros terceros estarán limitados a una compensación razonable por servicios claramente asociados al negocio.

b) En el caso de presentarse una queja sobre incumplimiento calificados para tal efecto por el Árbitro establecido en el numeral 7 de este documento, el proponente involucrado o el participante adjudicatario se comprometen a poner a disposición del Árbitro si así lo exigiere,

toda la información sobre pagos efectuados a terceros relacionados con la preparación de la propuesta y/o con el contrato y sobre beneficiarios de los mismos, y toda la documentación relacionada con el contrato. En caso de tratarse de información que puede considerarse reservada, el árbitro deberá comprometerse a respetar dicha reserva.

c) Al finalizar la ejecución del contrato, el representante legal del proponente adjudicatario certificará formalmente que no se han pagado sobornos u otras comisiones ilícitas con el fin de obtener o retener el contrato. El estado final de cuentas incluirá breves detalles de los bienes y servicios suministrados que sean suficientes para establecer la legitimidad de los pagos efectuados.

7. Para efectos de salvaguardar el contenido del Pacto de Integridad del presente proceso frente a eventuales incumplimientos de los compromisos de carácter ético adquiridos por los funcionarios y por los participantes, se pronunciará un árbitro denominado "Defensor para la Transparencia", cuyos fallos serán en equidad al amparo de lo dispuesto en la Ley 446 de 1998.

De las materias relacionadas anteriormente conocerá el árbitro por solicitud del **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar–Dirección de Sanidad Armada Nacional- DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ**, del Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción, o por manifestación de alguna de los participantes.

Dicho árbitro deberá tener las mismas calidades que dispone la Constitución Nacional, para ser magistrado dela Corte Constitucional o la Corte Suprema de Justicia y será seleccionado de la lista de árbitros de la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el sistema de sorteo público.

8. Si un proponente incumple su compromiso de no soborno y de dicho acto ha sido declarado culpable por parte del árbitro se generarán además de los procesos contemplados en la legislación colombiana u otra legislación que cobije el proceso de contratación, los siguientes efectos jurídicos:

a) Si el proponente que hubiere incumplido fuere el adjudicatario del proceso, cualquiera de las partes del presente documento podrá solicitar ante el juez competente la nulidad absoluta del contrato con fundamento en que el mismo adolece de una causa lícita.

b) El contrato estatal terminará por causa imputable al contratista. El participante que hubiere incumplido los compromisos de no soborno derivados del presente documento se obliga incondicional e irrevocablemente a aceptar la terminación del contrato por causa imputable al mismo, en el momento en que el árbitro declare el incumplimiento de los compromisos referidos, y a asumir las consecuencias contractuales que se deriven de tal terminación.

c) Una pena económica equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato a título de estimación anticipada de perjuicios a favor de los demás proponentes que participaron en el proceso de contratación y que no hubieran incumplido los compromisos consignados en el presente documento. Si hubiere más de un proponente el valor referido se repartirá en partes iguales entre dichos proponentes.

d) Abstenerse de participar en procesos de contratación de cualquier naturaleza de entidades públicas de la República de Colombia, que se lleven a cabo durante un periodo de cinco (5) años.

e) Para asegurar la efectividad de las disposiciones precedentes, el presente acuerdo se entenderá incluido dentro de las cláusulas del contrato que vaya a ser suscrito con el proponente favorecido, como una causal de terminación anticipada del contrato por

causa imputable al contratista, derivada del fallo del árbitro en la cual se comprueben faltas graves a los compromisos contenidos en el presente Pacto.

El efecto jurídico señalado en los subnumerales a) y b) de este numeral será aplicable solamente al proponente adjudicatario. Los efectos jurídicos previstos en los subnumerales c) y d) aplicarán al proponente adjudicatario o al cualquiera de los proponentes.

9. Adicionalmente, todos los jefes del **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar–Dirección de Sanidad Armada Nacional-DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ**, se obligarán a realizar todas y cada una de las gestiones y actuaciones necesarias para que las entidades competentes impulsen y desarrollen las investigaciones correspondientes con ocasión de las conductas de los funcionarios de la entidad contratante o de los asesores externos de la misma que pudieren haber infringido el presente Pacto y cualquier ley aplicable.

10. En caso de presentarse un incumplimiento probado del compromiso de no soborno de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 de este Pacto, el **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar–Dirección de Sanidad Armada Nacional- DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ,** podrá excluir a futuro a aquel infractor para la elegibilidad de contratos en procesos de contratación directa.

11. El proponente declara públicamente que conoce y acepta las condiciones de participación establecidas en los documentos del proceso de contratación y en las modificaciones que se han hecho a los mismos hasta la fecha de cierre del proceso de contratación, en términos de su transparencia y equidad. En este marco, se compromete a no utilizar, en la etapa de evaluación de las propuestas, argumentos sobre efectos de buscar la descalificación de sus competidores.

12. El proponente participante acepta que durante la evaluación de las propuestas prime el criterio de respetar los aspectos de fondo por encima de los de forma, buscando siempre favorecer la libre competencia y la participación del mayor número posible de propuestas dentro del proceso de contratación.

13. Adicionalmente, el Gobierno Nacional ha establecido el Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción con la facultad de servir de canal para la tramitación de cualquier investigación sobre cualquier forma de extorsión o soborno en la contratación pública. El proponente participante denunciará ante este Programa cualquier información sobre manejos irregulares sobre los que tenga conocimiento en lo referente al presente proceso de contratación.

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento en Bogotá, D.C., a los _____ días del mes de _____de 2025.

_____

Nombre y firma PROPONENTE, PROVEEDOR O REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO DEL PROPONENTE

	ARMADA NACIONAL **DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL**		
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL		
	COMPROMISO ANTISOBORNO		
	Versión: 1.0	**Fecha: 04/11/2022**	**Página 13 de 38**

FORMULARIO No. 5

El **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar–Dirección de Sanidad Armada Nacional-DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ,** ha declarado el compromiso institucional de cero tolerancias con el soborno y la corrupción, adoptando prácticas e impulsando campañas y mecanismos que permitan prevenir y detectar potenciales situaciones de soborno o conductas irregulares en el accionar de los contratistas de la entidad, mediante el desarrollo de actividades, planes y programas en el marco de los valores y la integridad aplicadas en el Código de Integridad de la entidad.

Por lo anterior, se suscribe el siguiente compromiso antisoborno:

Yo, _____ mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No _____,expedida en _____ en mi calidad de **OFERENTE Y/O PROVEEDOR**, contrato _____ Representante legal_____ Empresa _____NIT:_____ Contrato MDN-_____ De manera voluntaria y libre de coacción, coerción, amenaza, dádiva y/o promesa remuneratoria, directa o indirecta, mediante la suscripción de este documento a título de aporte unilateral a favor del **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar – Dirección de Sanidad Armada Nacional-Dispensario Médico Nivel II Bogotá (DMBOG)**, en cumplimiento del compromiso de lucha contra la corrupción, declaro que asumo los siguientes compromisos:

1) Manifiesto públicamente que conozco el alcance y el contenido de la Política, objetivo y alcance del Sistema de Gestión de Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional, y como consecuencia de ello me comprometo a tomar una actitud de cero tolerancias ante el soborno y la corrupción.

2) Rechazar, NO aceptar y/o solicitar, NO ofrecer, NO prometer y NO entregar para sí o para otro, dadivas, regalos, bonificaciones, comisiones y/o promesa remuneratoria, directa o indirectamente; tanto en el Ministerio como fuera de él, a cambio de obtener beneficios ilegales en la ejecución de las obligaciones contractuales.

3) Rechazar y NO aceptar ningún tipo de fiestas, recepciones, homenajes, o cualquier tipo de atención social de servidores del Ministerio de Defensa Nacional, interventores, consultores o contratistas de la entidad o de personas con interés en los diferentes momentos del contrato que me fue adjudicado.

Prevenir el soborno por, o en nombre de, o en beneficio de quien suscribe en relación con la operación correspondiente, proyecto, actividad o relación

4) Fomentar y aplicar mecanismos, instrumentos y/o controles al interior de la empresa que represento y/o en nombre propio para la prevención de prácticas de conductas asociadas al soborno, el fraude o la corrupción.

5) Fomentar el reporte de las conductas o hechos que puedan llegar a configurar prácticas de soborno, corrupción o fraude con fundamento en la buena fe o en una sospecha razonable.

6) Promover acciones encaminadas a la formación e inducción de mis empleados y socios de negocios en la aplicación de la Sistema de gestión de Antisoborno basados en los requerimientos de la Norma ISO 37001 y la normativa aprobada por el Ministerio de Defensa Nacional que tienen la finalidad de combatir el soborno y la corrupción en las relaciones inherentes a mi cargo, entre ellos el Código de Ética e Integridad.

7) Garantizar la confidencialidad de los datos de quien reporte hechos de corrupción soborno o fraude en la entidad.

8) Proteger la identidad de los informantes y de las personas que participan en la denuncia.

9) Proteger a mis empleados, socios de negocio y partes interesadas, ante cualquier represalia, como consecuencia de denuncias por prácticas que puedan constituir soborno.

10) Aceptar que la violación de Política del Sistema de Gestión Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional dará lugar al inicio de investigaciones por parte de la Oficina de Control Interno Disciplinario del Ministerio de Defensa Nacional o al traslado de las denuncias correspondientes a las demás autoridades competentes, con la finalidad de establecer la responsabilidad administrativa, fiscal, disciplinaria, civil a que haya lugar, así mismo se da a conocer los canales dispuestos por el MDN.

- Correo electrónico: lineadelhonor@mindefensa.gov.co - antisoborno@mindefensa.gov.co
- Línea telefónica: Línea del honor -antisoborno PBX: 3150153 ext. 40135
- Buzones físicos en punto de atención presencial.
- APP: Mindefensa.
- Sede electrónica: ttps://wasedeelectronicapro.azurewebsites.net/mindefensa.html?#/home

11) Que, conociendo los mecanismos dispuestos de denuncia planteados en la política de Antisoborno del Ministerio de Defensa, recibir y dar traslado oportuno de las denuncias.

12) Respetar los valores representados en el Código de Integridad del Ministerio.

13) Colaborar de buena fe en cualquier investigación llevada a cabo por el Ministerio de Defensa Nacional y sus representantes, en caso de que se produzca algún incumplimiento de estos compromisos.

14) Aceptar que el MDN puede poner fin a la relación contractual en caso comprobado de soborno por parte de, o en nombre de, o en beneficio de quien suscribe, en relación con la transacción correspondiente, proyecto, actividad o relación. Hago constar que soy consciente de la responsabilidad que implica la suscripción de este acuerdo.

Dado en la ciudad de Bogotá D.C., a los _____ (___) días del mes de _____del año 20___ con la firma de este documento, doy prueba de que conozco y me comprometo para aplicar la Política Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional.

_____

FIRMA

C.C.

FORMULARIO No. 6

CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y NO TENER MULTAS O SANCIONES PARA CONTRATAR CON ENTIDADES ESTATALES.

Me permito certificar en nombre propio y/o en el de la empresa a la que represento legalmente, no estar incurso en inhabilidades e incompatibilidades para contratar con el DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ. De igual formar, me permito declararé de NO tener multas ni sanciones presentadas en contratos anteriores dentro de los últimos CINCO (5) años.

Nombre del proponente_____
Nombre del Representante Legal_____
C. C. No. _____ de _____

_____
FIRMA (Proponente o Representante Legal)

FORMULARIO No. 7
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2001

PERSONA JURÍDICA
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2001

En mi condición de Representante Legal o Revisor Fiscal (si lo requiere), de (Razón social de la compañía), identificada con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ me permito certificar o auditar (En caso del Revisor Fiscal) que de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía se ha efectuado el pago por concepto de los aportes correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2001.

en caso de presentar acuerdo de pago con alguna de las entidades anteriormente mencionadas, se deberá precisar el valor y el plazo previsto para el acuerdo de pago, con indicación del cumplimiento de esta obligación.

en caso de no requerirse de revisor fiscal, este anexo deberá diligenciarse y suscribirse por el representante legal de la compañía.

Dada en _____ D.C. a los ( ) _____ del mes de _____ de 2023

FIRMA_____

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA (REPRESENTANTE LEGAL Y/O REVISOR FISCAL)

TARJETA PROFESIONAL

(Para el Revisor Fiscal) _____

Formulario 7-A

EN CASO QUE EL PROPONENTE NO TENGA PERSONAL A CARGO Y POR ENDE NO ESTE OBLIGADO A EFECTUAR EL PAGO DE APORTES PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL DEBERÁ INDICARLO EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que no tengo obligaciones con el sistema general de seguridad social en pensiones, salud y aportes parafiscales:

FIRMA: _____

Formulario 7-B

PERSONAS NATURALES
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTICULO 9 LEY 828 DE 2008

Yo _____ identificado (a) con c.c _____ de _____, de acuerdo con lo señalado en el artículo 9 de la Ley 828 de 2008, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal en su artículo 442, que he efectuado el pago por concepto mis aportes y el de mis empleados (En caso de tener empleados a cargo) a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses.

EN CASO DE PRESENTAR ACUERDO DE PAGO CON ALGUNA DE LAS ENTIDADES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SE DEBERÁ PRECISAR EL VALOR Y EL PLAZO PREVISTO PARA EL ACUERDO DE PAGO, CON INDICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN.

Dada en _____ D.C. a los ( ) _____ del mes de _____ de 2020

FIRMA_____

NOMBRE DE QUIEN DECLARA _____

FORMULARIO No. 8
PROPUESTA ECONÓMICA

Señores
DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ
Ciudad

ASUNTO: CONTRATACIÓN - MÍNIMA CUANTÍA

Yo (Nombre/s de la/s persona/s que está/n suscribiendo la oferta)_____, identificado con cédula (Numero de la Cédula) _____ y como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de (Calidad en la que actúa el/los firmante/s de la oferta; si el/los oferente/s actúa/n en su propio nombre, éste/éstos deberá/n suscribirlo)_____, declaro que conozco entiendo y cumpliré todas las ESPECIFICACIONES TÉCNICAS EXCLUYENTES indicadas en el Anexo N 01 de este proceso, requeridas en la presente invitación y sus correspondientes anexos y así mismo adjunto los documentos solicitados.

Lo anterior mi propuesta para "____**INDICAR EL OBJETO A OFERTAR** _____", Así:

ITEMS	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO	CANTIDAD	PRECIOS TECHO	VALOR UNITARIO	VALOR IVA	VALOR IVA INCLUIDO
1	CONTROL DE CALIDAD RX CONVENCIONAL	1	**$ 2,168,753**			
2	CONTROL DE CALIDAD MAMOGRAFO	1	**$ 2,134,538**			
3	CONTROL DE CALIDAD, ARCO EN C	1	**$ 2,158,794**			

NOTAS:

1. El presupuesto oficial para esta contratación es de **SIETE MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 7.000.000,00 M/CTE)**, incluido IVA, y las demás erogaciones que correspondan.
2. La oferta que supere el valor techo por ítem del estudio de mercado, será rechazada conforme a lo establecido en las causales de rechazo.
3. El proponente no deberá presentar su oferta con moneda diferente a la establecida para el presente proceso, so pena de ser rechazada su oferta.
4. El precio ofertado deberá incluir todos los costos directos e indirectos como impuestos, tasas, sobretasas y demás erogaciones relacionadas como administración, variaciones monetarias de orden cambiario y todo lo correspondiente al área comercial del proponente, por lo tanto, LA ENTIDAD no se hará responsable por reclamaciones que tengan como causa los elementos antes descritos.
5. Teniendo en cuenta que el presente proceso se adjudicará por el valor del presupuesto oficial, el proponente deberá indicar en el cuestionario de la plataforma SECOP II el valor total del presupuesto, pero la evaluación económica se realizará sobre los valores

que relacione en el formulario No. 8 de oferta económica, en consecuencia, no prevalecerá un documento sobre otro, sino que se complementarán.

6. La Entidad efectuará la revisión aritmética de la información contenida en el **FORMATO No. 8 – PROPUESTA ECONÓMICA**, y para todos los efectos se tomará como valor base el valor unitario ofertado por el proponente y para efectos de adjudicación se tendrá en cuenta el valor corregido. Los valores propuestos deberán contemplar todos los impuestos, tasas y contribuciones, así como los costos directos e indirectos, para los cuales incurra el proponente para la correcta ejecución del objeto de la presente contratación.
7. El SECOP II, servirá para la comparación de las propuestas.
8. La adjudicación se realizará por el valor total del presupuesto oficial. La administración se reserva la posibilidad de incrementar las cantidades teniendo en cuenta que las mismas son aproximadas, pero pueden variar por situaciones propias del servicio de salud.
9. Los valores propuestos deberán contemplar todos los costos directos e indirectos, para los cuales incurra el proponente para la correcta ejecución del objeto de la presente contratación. Cualquier error u omisión no dará lugar a modificar el valor del propuesto y el proponente favorecido deberá asumir los sobrecostos que esto le ocasione.
10. Los precios contenidos en la propuesta no están sujetos a reajuste alguno, por tal razón, el proponente deberá tener en cuenta en el momento de la elaboración de estos los posibles incrementos.
11. Cuando el Comité Económico Evaluador estime que una oferta presenta un precio artificialmente bajo, EL DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTÁ, requerirá al proponente para que explique las razones que sustenten el valor por él ofertado. Una Vez verificado en SECOP II, el comité evaluador recomendará al Ordenador del Gasto, el rechazo o la continuidad de la oferta en el proceso.
12. Si se presentan discrepancias entre cantidades expresadas en letras y en números, prevalecerán las cantidades expresadas en letras, salvo que se presente error aritmético.
13. Los oferentes no podrán modificar la estructura ni el contenido del **FORMATO No. 8 – Propuesta Económica**. Su diligenciamiento se limitará a los campos destinados a la información del proponente y a los valores de la oferta, conservando los ítems, las descripciones, las unidades de medida y las cantidades establecidas por la Entidad.
14. En caso de existir diferencias en la propuesta económica, se resolverá así:
    - Cuando se presente error, omisión o inexactitud en el IVA o impuestos (cuando aplique), estos serán ajustados de conformidad con lo dispuesto en las normas respectivas, las cuales prevalecerán.
    - Cuando se presenten discrepancias entre los valores unitarios y/o el valor total de la propuesta, prevalecerá y por ende la ENTIDAD tomará como valor correcto para la verificación de las propuestas, los valores unitarios incluidos IVA, para efectos de operaciones aritméticas que correspondan, sin que esta corrección pueda considerarse modificaciones de la propuesta.

Nota: SE SOLICITA A LOS POSIBLES OFERENTES, ANEXAR LA RESPECTIVA PROPUESTA EN PDF.

Atentamente,

_____

REPRESENTANTE LEGAL
Nombre
Identificación
Razón social

FORMULARIO No. 9
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

DIGSA	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	Certificación de cumplimiento del SGSST para proveedores DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-92
	Vigente	Marzo de 2023

Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía No_____ de _____ en calidad de Representante Legal de la empresa _____ _____, con NIT _____; certifico que actualmente nuestra organización se encuentra en la adecuación, transición y aplicación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento a la normatividad establecida por el Ministerio del Trabajo en el Decreto 1072 de 2015, Capítulo 6, "Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo" y en la Resolución No. 0312 de 2019, "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo".
Nuestra empresa cumple con la asignación del responsable para el diseño e implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con los requisitos establecidos en la Resolución 0312 de 2019:

TABLA DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA POR NÚMERO DE TRABAJADORES			
Marque con una X de acuerdo con el número de trabajadores (independientemente de su forma de contratación o vinculación) y de acuerdo a la clasificación del riesgo en la columna CLASIFICACIÓN (X)			
NÚMERO DE TRABAJADORES	**CLASIFICACIÓN DEL RIESGO**	**REQUISITOS RESPONSABLE SG-SST**	**CLASIFICACIÓN (X)**
Diez (10) o menos trabajadores	I, II ó III	▪ Podrá ser realizado por un técnico en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) o en alguna de sus áreas o por un tecnólogo en SST, profesional en SST y profesional con posgrado en SST. ▪ Debe contar con licencia vigente en SST. ▪ Acreditar mínimo un (1) año de experiencia certificada por las empresas o entidades en las que laboró en el desarrollo de actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo. ▪ Acredite la aprobación del curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas en SST. ▪ Acredite la aprobación del curso de actualización de la capacitación virtual de veinte (20) horas en SST, el cual se debe realizar cada tres (3) años. **NOTA**: Las personas que solo cuentan con el curso virtual de cincuenta (50) horas y veinte (20) horas en Seguridad y Salud en el Trabajo, están facultadas para administrar y ejecutar el Sistema de Gestión en	

		Seguridad y Salud en el Trabajo en las empresas de diez (10) o menos trabajadores clasificados en riesgo I, II ó III, pero no pueden diseñar dicho sistema, en concordancia con lo señalado en la Resolución 4927 de 2016 del Ministerio del Trabajo.	
Once (11) a cincuenta (50) trabajadores	I, II ó III	▪ Podrá ser realizado por un tecnólogo en SST o en alguna de sus áreas. ▪ Debe contar con licencia vigente en SST. ▪ Acreditar mínimo dos (2) años de experiencia certificada por las empresas o entidades en las que laboró en el desarrollo de actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo ▪ Debe contar con el curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas en SST. ▪ Deben contar con el curso de actualización de la capacitación virtual de veinte (20) horas en SST, el cual se debe realizar cada tres (3) años.	
Cincuenta (50) o menos trabajadores	IV ó V	▪ Podrá ser realizado por un profesional en SST o profesional con posgrado en SST. ▪ Debe contar con licencia en SST vigente ▪ Debe contar con el curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas en SST.	
Más de cincuenta (50) trabajadores	I, II, III, IV ó V	▪ Podrá ser realizado por un profesional en SST o profesional con posgrado en SST. ▪ Debe contar con licencia en SST vigente ▪ Debe contar con el curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas en SST. ▪ Deben contar con el curso de actualización de la capacitación virtual de veinte (20) horas en SST, el cual se debe realizar cada tres (3) años	

NOTA: Anexe a esta certificación los soportes documentales del responsable de SG-SST en su organización.
Así mismo certifico que a la fecha nos encontramos en la fase de *Seguimiento y plan de mejora*, conforme a lo establecido en la Resolución 0312 de 2019, en su Artículo 25:

Fases de transición del SG-SST – Resolución 0312 de 2019

La Dirección General de Sanidad Militar dentro de sus políticas establece un cumplimiento en la Evaluación de los Estándares Mínimos de Seguridad y Salud en el Trabajo, igual o superior al 60% (Moderadamente Aceptable), de acuerdo con los criterios de valoración de la Resolución 0312 de 2019, Articulo 28.

RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Art. 28	
CRITERIO	**VALORACIÓN**
Puntaje obtenido menor al 60%	CRITICO
Puntaje obtenido entre el 60% y el 85%	MODERADAMENTE ACEPTABLE
Puntaje obtenido mayor o igual al 85%	ACEPTABLE

Doy fe que a la fecha hemos evaluado y calificado los ítems - Tabla de Valores de los Estándares Mínimos contenidos en el Artículo 27 de la Resolución 0312 de 2019 de acuerdo con el número de trabajadores de nuestra organización, con un porcentaje de cumplimiento del _____ %.

Teniendo en cuenta lo anterior en caso de requerirse estaremos dispuestos a recibir visita de verificación de cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, por parte del contratante.

La presente se firma a los _____ días del mes ____ del año 202__.
Firma Representante Legal

_____
Nombre Representante Legal
Cédula de ciudadanía

NOTA 1: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en este documento se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia se configura como falsedad en documento público.

NOTA 2: El curso virtual de cincuenta (50) horas en Seguridad y Salud en el Trabajo, tiene vigencia de 3 años, en el caso de que este no tenga vigencia, debe acreditar aprobación del curso de capacitación virtual de veinte (20) horas de actualización, el cual cuenta también con una vigencia de 3 años.

FORMULARIO No. 10
EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

Los proponentes deberán presentar certificaciones A OFERTAR, expedidas por los contratantes, donde conste que ha realizado contratos en relacionados con el objeto a contratar en el presente proceso y cuyo valor sumado sea igual o superior al 100% del presupuesto oficial.

Contrato No. 1.

Objeto del contrato	
Nombre del cliente / Contratante	
Nombre del contratista (oferente o miembro del oferente)	
¿El contratista es un proponente plural?	
Porcentaje de participación	
Valor del contrato	

Contrato No. 2.

Objeto del contrato	
Nombre del cliente / Contratante	
Nombre del contratista (oferente o miembro del oferente)	
¿El contratista es un proponente plural?	
Porcentaje de participación	
Valor del contrato	

Contrato No. 3.

Objeto del contrato	
Nombre del cliente / Contratante	
Nombre del contratista (oferente o miembro del oferente)	
¿El contratista es un proponente plural?	
Porcentaje de participación	
Valor 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, y puede ser verificada.

NOTA: Se debe anexar copia de los Certificado de contratos descritos en presente formulario y/o contratos que demuestren la experiencia requerida en el presente proceso y acuerdo a numeral 21.2 EXPERIENCIA.

El DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, podrá realizar la verificación de la información aquí contenida, en caso que la información no se clara o contenga información falsa, no se aceptara la propuesta, por tanto, no será habilitada.

Nombre del proponente_____
Nombre del Representante Legal _____
C. C. No. _____ de _____
_____
FIRMA (Proponente o Representante Legal)
(El proponente debe llenar el presente formato por cada uno de los contratos que pretenda hacer valer).

FORMULARIO No. 11
FORMATO DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO DE CUENTA SIIF II E INFORMACIÓN TRIBUTARIA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia	**FORMATO**	Código: FP-F-039
	Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación	Versión: 1
		Vigente a partir de: 23 de agosto de 2019

CIUDAD_____ FECHA _____

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

I. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA	**PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA**
Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)	Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) (si es contratista). Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero.
CONSORCIO O UNION TEMPORAL **Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal.** Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal	**Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.**

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos nacionales o extranjeros o consorcios y uniones temporales, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días.

II. INFORMACION BASICA	Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:

DATOS PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

Tipo documento de Identificación:

Cédula de Ciudadanía:		No.	
Cédula de Extranjería:		No.	
Nit Persona Jurídica:		No.	
Nit Persona Natural:		No.	
Pasaporte:		No.	
Registro Civil:		No.	
Tarjeta de Identidad:		No.	
Otro Tipo Documento:		No.	Cuál:

III. INFORMACION PARTICIPANTES

CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNION DE LOS PARTICIPANTES-CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES
PORCENTAJE DE PARTICIPACION:
NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

IV. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

Sociedad Anónima		**Cooperativa**		**Empresa Ind. Y Cial del Estado**	
Sociedad Colectiva		**Empresa Unipersonal**		**Asociaciones Mutualistas**	
Sociedad Comandita por Acciones		**Empresa Comunitaria**		**Fondos de Empleados**	
Sociedad Comandita Simple		**Empresa de Servicio**		**Instituto de Economía Solidaria**	

Sociedad de Economía Mixta		**Entidad Pública**		**Precooperativa**	
Sociedad de Hecho		**Empresa Solidaria de Salud**			
Sociedad Limitada		**Entidad sin Ánimo de Lucro**			
Sociedad Sucursal Extranjera		**Federación o Confederación**			
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)		**Cooperativa de trabajo asociado**			

TIPO DE CAPITAL	PRIVADO		**ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO**	**SI**
	PUBLICO			**NO**
	MIXTO			

PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO	PUBLICO		%
	PRIVADO		%
	TOTAL		%

V. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

ICA		**IMPUESTO TIMBRE**	
RENTA		**RETENCION EN LA FUENTE ICA**	
RETENCION EN LA FUENTE RENTA		**GRAN CONTRIBUYENTE**	
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA		**RETENCION EN LA FUENTE IVA**	
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL			
INFORMACION EXOGENA		**NO CONTRIBUYENTE**	
REGIMEN COMUN		**PROFESIONAL INDEPENDIENTE**	
REGIMEN ORDINARIO		**NO RESPONSABLE**	
ENTIDAD DEL ESTADO		**RESPONSABLE**	
AUTORRETENEDOR	**SI**	**NO**	

VI. UBICACIÓN

TIPO DE DIRECCION		**DOMICILIO CIVIL**	
DIRECCION PROCESAL		**DOMICILIO FISCAL**	
DOMICILIO CONTRACTUAL		**RESIDENCIA**	

Dirección		**Teléfono**	
E-mail		**Fax**	
País		**Región**	
Ciudad			
Localización	Nacional Extranjera		
Página Web		**Contacto**	
Designación del contacto		**E-mail del contacto**	
Apartado Aéreo			

VII. REPRESENTANTE LEGAL **TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL**	Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno **Número:**

Revisor Fiscal		**Tutores y Curadores por los incapaces**	
Albaceas		**Mandatarios o Apoderados Generales**	
Representante legal de Personas Jurídicas		**Padres por su hijos menores**	
Donatorios o Asignatarios		**Nombre Representante Legal:**	
Otros		**Tipo doc. Identificación**	
		No. Doc. Identificación	

VIII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno **Número:**

Entidad Financiera _____ **Número de Cuenta** _____

Tipo de la cuenta bancaria **Corriente** ☐ **Ahorro** ☐

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)

NOTA 1: El único formato válido para la creación de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.

NOTA 2: La información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras. El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo.

NOTA 3: Certifico que la información aquí consignada es légitima y me responsabilizo de la misma para efectos legales.

FORMULARIO No. 12
CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Yo (Nombre/s de la/s persona/s que está/n suscribiendo la oferta), identificado con cédula (Número de la Cédula) y como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de (Calidad en la que actúa el/los firmante/s de la oferta; si el/los oferente/s actúa/n en su propio nombre, éste/éstos deberá/n suscribirlo), Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que conocemos y cumplimos con la **TOTALIDAD** de las especificaciones requeridas en el **ANEXO No. 01 "ASPECTOS TÉCNICOS MÍNIMOS"** y adjuntamos los siguientes documentos requeridos en el presente proceso de **SELECCIÓN MÍNIMA CUANTÍA** No. 153-ARC-DISAN-DMBOG-2026 relacionados a continuación:

ANEXO No. 01
"ASPECTOS TÉCNICOS MÍNIMOS"

ITEMS	**DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO**	**CANTIDAD**
1	CONTROL DE CALIDAD RX CONVENCIONAL	1
2	CONTROL DE CALIDAD MAMOGRAFO	1
3	CONTROL DE CALIDAD, ARCO EN C	1

CON EL PRESENTE FORMULARIO DENOMINADO OFERTA TÉCNICA, LA EMPRESA Haga clic aquí para escribir texto. Identificada Haga clic aquí para escribir texto. REPRESENTADA LEGALMENTE POR Haga clic aquí para escribir texto. MANIFIESTA QUE CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MINIMAS HABILITANTES Y SE COMPROMENTE A DARLE TOTAL CUMPLIMIENTO.

LA PRESENTE SE FIRMA A LOS Haga clic aquí para escribir texto.

Atentamente,

_____

REPRESENTANTE LEGAL (Nombre, Identificación, Razón Social)

FORMULARIO No. 13
SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL

Ciudad, seleccionar la fecha.
Señores.
Dispensario Médico Nivel II Bogotá
Ciudad.

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

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

La aplicación de buenas prácticas ambientales y las normas ambientales.

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

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

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

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

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

FORMULARIO No. 14
CONFLIFCTO DE INTERÉS PROVEEDOR – PROPONENTE

[NOMBRE COMPLETO] identificado con cédula de ciudadanía No. **[XXXXXXX]** en calidad de representante legal o apoderado de **[NOMBRE COMPLETO DE PERSONA NATURAL O JURÍDICA O UNIÓN TEMPORAL O CONSORCIO O PROMESA DE SOCIEDAD FUTURA]** identificado con NIT **[XXXXXXX]**, proponente que participará en el proceso de contratación No. **[NÚMERO DEL PROCESO]** para contratar: **[OBJETO DEL PROCESO]**, certifico según corresponda:

1. Que he realizado los procedimientos de revisión necesarios para identificar si yo o algún miembro de los órganos de dirección que represento tiene relación de parentesco por consanguinidad, afinidad o civil, con:

   i) Empleados de la **DIRECCION DE SANIDAD MILITAR - DMBOG**
   ii) Proveedores o clientes del **DIRECCION DE SANIDAD MILITAR - DMBOG**

Del resultado de esta revisión identificamos las siguientes situaciones:

a) Posibles conflictos de interés con personal del **DIRECCION DE SANIDAD MILITAR – DMBOG:**

Nombre de los miembros de los órganos de dirección, trabajador o funcionario de la entidad que usted representa	Cargo	Nombre de los miembros de los órganos de dirección, trabajador o funcionario del MDN-DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ	Cargo	Descripción del tipo de relación o vínculo

b) Posibles conflictos de interés con proveedores o clientes de la **DIRECCION DE SANIDAD MILITAR - DMBOG**

Nombre de los miembros de los órganos de dirección, trabajador o funcionario de la entidad que usted representa	Cargo	Nombre de los miembros de los órganos de dirección, trabajador o funcionario del MDN-DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ	Cargo	Descripción del tipo de relación o vínculo

Igualmente certifico que no hemos ofrecido ni entregado al **DIRECCION DE SANIDAD MILITAR - DMBOG**, ni a sus empleados, contratistas y/o parientes en cualquier grado, nada a cambio por la participación en el proceso de contratación.

En constancia de lo anterior, se firman en la ciudad de _____, a los _____ (___) días del mes de _____del año 20___

_____
[NOMBRE COMPLETO]
[TIPO Y No. IDENTIFICACIÓN]
[NOMBRE COMPLETO DE PERSONA NATURAL O JURÍDICA O UNIÓN TEMPORAL O CONSORCIO O PROMESA DE SOCIEDAD FUTURA]
[NIT No. XXX]

FORMULARIO No. 15

ACREDITACIÓN MIPYME

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el proceso sea estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

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

[Para la acreditación de desempate establecida en el literal (c), del numeral 10, del numeral 4.7 del documento tipo incluir la siguiente redacción:]

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

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__.

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

_____

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

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

_____

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

16. FORMULARIOS PARA ACREDITAR FACTORES DE DESEMPATE

FORMULARIO No. 16.1
VINCULACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y NO BENEFICIARIAS DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA (EMPLEADOR – PROPONENTE)

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

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el proceso sea estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

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

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

[Incluir el siguiente cuadro para los Proponentes Plurales]

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

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__.

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

FORMULARIO No. 16.2
VINCULACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y NO BENEFICIARIAS DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA (TRABAJADOR)

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

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación No. [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el proceso sea estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

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

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__.

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

FORMULARIO No.16.3
VINCULACIÓN DE POBLACIÓN INDIGENA, NEGRA, AFROCOLOMBIANA, RAIZAL, PALENQUERA, RROM O GITANA

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

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el proceso sea estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

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

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

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

Nombre completo	Número de identificación

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

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__

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

FORMULARIO No. 16.4
PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/O REINTEGRACIÓN (PERSONAS JURÍDICAS)

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

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el proceso sea estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

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

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

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

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__.

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

FORMULARIO No. 16.5
PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN (PERSONA JURÍDICA INTEGRANTE DEL PROPONENTE PLURAL)

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el proceso sea estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

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

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

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

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__.

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

FORMULARIO No. 16.6
PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/O REINTEGRACIÓN (PERSONAS JURÍDICAS)

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

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

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]
REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el proceso sea estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]
Estimados señores:

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

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

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

[Para la acreditación de desempate establecida en el literal (c) del numeral 7 del numeral 4.7 del documento tipo incluir la siguiente redac

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

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__.

_____

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