Supersalud

FORMATO No. 1.
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Ciudad y fecha

Señores
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
SECRETARIA GENERAL
Dirección de Contratación
Ciudad de Bogotá D.C.

REFERENCIA: Mínima Cuantía No. SNS-MC-23-2026

Objeto: Adquirir elementos de identificación institucional para los funcionarios y colaboradores de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con las especificaciones técnicas y lineamientos de imagen institucional definidos por la entidad.

El suscrito_____, obrando en su calidad de _____en nombre y representación de _____, con domicilio en _____ debidamente autorizado, presento la siguiente propuesta de acuerdo con los términos y condiciones establecidos la Invitación Pública del presente **Proceso de Selección de Mínima Cuantía No. SNS-MC-23-2026,** de conformidad con lo dispuesto en este documento dejando constancia de lo siguiente:

Manifiesto bajo la Gravedad del juramento lo siguiente:

a) Que contamos con la capacidad suficiente para ejecutar el objeto, las obligaciones y las especificaciones técnicas del presente proceso de selección.

b) Que el proponente, ni el suscrito, ni los socios, se encuentran incursos en causal alguna de inhabilidad o incompatibilidad o conflicto de intereses señalada por el artículo 8º de la Ley 80 de 1993 y demás normas que lo complemente (En caso de tratarse de un Consorcio o Unión Temporal deberá manifestarse que ninguno de sus integrantes se encuentra en dicha situación).

Para el efecto de la citada verificación, se indica que los socios del proponente son:

SOCIOS o ACCIONISTAS	IDENTIFICACION
(Diligenciar nombre de los socios)	(Diligenciar identificación de los socios)

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

(Diligenciar nombre de los socios)	(Diligenciar identificación de los socios)

Nota 1. La relación de los socios solicitada en el presente acápite **NO APLICA** para las Sociedades Anónimas Abiertas de conformidad con lo dispuesto en el literal del artículo 18 de la le Ley 1150 de 2007; para todas las demás se deberá diligenciar la información solicitada.

Nota 2. En el evento de presentar propuesta a través de una de las figuras asociativas (Consorcio o Unión Temporal), se deberá indicar la composición accionaria de cada uno de los integrantes.

*Cuando el proponente, o su representante, o alguno de sus miembros o alguno de sus socios, según sea el caso, no se encuentre inscritos en el Boletín de Responsables Fiscales expedido por la Contraloría General de la República; o en el Certificado de Antecedentes Disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación o en el sistema de consulta en línea de antecedentes judiciales que realiza la Entidad en la página de la Policía Nacional de antecedentes judiciales, deberá realizar los trámites pertinentes ante las autoridades para su registro con el fin de que la entidad pueda verificar la ausencia de inhabilidades o incompatibilidades.

c) Que manifiesto expresamente haber leído y conocer la INVITACION PÚBLICA, las adendas, actas y demás documentos, expedidos por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD y en consecuencia acepto que cumpliré todas las especificaciones técnicas mínimas establecidas en el **Anexo No. 1- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS**, estudios previos, la Invitación Pública, sus adendas, sus anexos, formatos y en la aceptación de oferta.
d) Que nuestra propuesta tiene una validez de noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha definitiva de cierre del presente proceso de selección.
e) **Que he leído, entiendo, acepto y cumpliré todos los requerimientos técnicos mínimos establecidos en los "Requisitos Técnicos Habilitantes"** contenidas en el numeral 6.2. del estudio previo.
f) Que declaro que no tengo (ni yo, ni la empresa o figura asociativa que represento) conflicto de intereses, ni impedimentos que comprometan su imparcialidad.
g) Que en la eventualidad de que la sociedad que represento le sea adjudicado el contrato del presente proceso, me comprometo a realizar dentro del plazo fijado por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, todos los trámites pertinentes para la legalización del contrato.
h) Que, una vez adjudicado el proceso de selección, me obligo a su cumplimiento hasta que se prepare y firme el contrato.
i) Que me acojo a la forma de pago establecida en la Invitación Publica.
j) Que, para efectos de notificaciones, acepto que las mismas se envíen al correo electrónico indicado en el presente documento.

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

k) Que los siguientes documentos de nuestra propuesta cuentan con reserva legal_____, según las siguientes normas_____ (En el evento de no realizar manifestación, se asumirá que ninguno de los documentos cuenta con reserva legal)
l) Que me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones y compromisos que se desprendan con ocasión del cumplimiento de los criterios y normatividad ambiental y de sostenibilidad asociada a la presentación del servicio, las cuales serán realizadas por mi o por un aliado estratégico.
m) Que de conformidad con el artículo 35 de la Ley 2069 de 2020 del presente proceso de selección manifiesto que en mi oferta acredito el (los) siguiente (s) criterio (s) de desempate:

(Incluir Criterio de Desempate)

Y para el efecto adjunto con la oferta los siguientes documentos para el cumplimiento del referido criterio:

(Relacionar Documentos)

Igualmente señalo como dirección a donde se puede notificar y remitir por correo electrónico todos los documentos, comunicaciones y actos administrativos relacionadas con este proceso de selección, de conformidad con el Artículo 67 del CEPACA la siguiente:

- Dirección: _____
- Teléfono fijo: _____
- Teléfono Celular: _____
- Número de fax: _____
- Ciudad: _____
- E-mail: _____

Atentamente,

Firma: _____
Nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el representante del proponente plural: _____
Documento de identificación: _____
Razón social del proponente: _____
NIT: _____

(**) NOTA: La carta de presentación deberá ser firmada por el proponente con la oferta respectiva. Si es persona jurídica, por quien conforme a la Ley esté facultado; Si es Consorcio o Unión Temporal por quien haya sido designado representante en el documento de constitución; Si es persona natural, por ella misma; Si actúa en calidad de apoderado, debe estar debidamente facultado por quien tenga la legitimación para hacerlo, caso en el cual debe anexar el poder correspondiente.

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

FORMATO No. 2

DECLARACIÓN SOBRE SITUACIONES DE CONTROL

Bogotá, (día, mes, año)
Señores:
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
SECRETARIA GENERAL
Dirección de Contratación
Ciudad.

REFERENCIA: Mínima Cuantía No. SNS-MC-23-2026

Objeto: Adquirir elementos de identificación institucional para los funcionarios y colaboradores de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con las especificaciones técnicas y lineamientos de imagen institucional definidos por la entidad.

De conformidad con lo establecido en el artículo 2 del Decreto 1600 de 2024, que modificó el artículo 2.1.4.3.2.1. del Decreto 1081 de 2015[1] declaramos lo siguiente:

Proponente Singular:

Manifiesto que en los términos de los artículos 260 y 261 del Código de Comercio SI _____ / NO_____ **comparto situación de control** con otra persona natural, jurídica o proponente plural _____ *(indique el nombre del proponente con quien se presenta la situación)* que se encuentra participando en el presente proceso de selección.

[1] *Prevención de corrupción en la contratación pública. Las entidades mencionadas en el artículo 2.1.4.3.1.2 del presente Decreto, sin perjuicio de las demás obligaciones legales y reglamentarias, deberán garantizar las siguientes acciones en el desarrollo y la gestión contractual a su cargo: a). Verificar la existencia de situaciones de control. En los términos de los artículos 260 y 261 del Código de Comercio, de las personas jurídicas oferentes y/o de los proponentes plurales. Quienes se presenten como proponentes en procesos de selección adelantados por las entidades destinatarias del presente Capítulo, en el término máximo de tres (3) días después del momento en que se cierre definitivamente la presentación de ofertas, deberán poner de presente la existencia o no de situaciones de control de las que participen y, en particular, si son controlantes, controladas o comparten alguna de estas condiciones con otras personas que se encuentren participando en el mismo procedimiento de contratación. Para el caso de los proponentes plurales, deberán indicar si las personas que los conforman se encuentran en alguna de las situaciones descritas anteriormente. Para el caso de los proponentes plurales, deberán indicar si las personas que los conforman se encuentran en alguna de las situaciones descritas anteriormente.*

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.
www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Manifiesto que en los términos de los artículos 260 y 261 del Código de Comercio SI _____ / NO_____ **me encuentro en situación de controlante** de otra persona natural, jurídica o proponente plural _____ *(indique el nombre del proponente con quien se presenta la situación)* que se encuentra participando en el presente proceso de selección.

Manifiesto que en los términos de los artículos 260 y 261 del Código de Comercio SI _____ / NO_____ **me encuentro en situación de controlada** de otra persona natural, jurídica o proponente plural _____ *(indique el nombre del proponente con quien se presenta la situación)* que se encuentra participando en el presente proceso de selección.

Proponente plural

Que, como proponente plural, manifiesto que el integrante _____ con un porcentaje de participación del _____% se encuentra SI _____ / NO_____ **en situación de control** con otra persona natural, jurídica o proponente plural _____ *(indique el nombre del proponente con quien se presenta la situación)* que se encuentra participando en el presente proceso de selección.

Que, como proponente plural, manifiesto que el integrante _____ con un porcentaje de participación del _____% se encuentra SI _____ / NO_____ **se encuentra en situación de controlante** de otra persona natural, jurídica o proponente plural _____ *(indique el nombre del proponente con quien se presenta la situación)* que se encuentra participando en el presente proceso de selección.

Que, como proponente plural, manifiesto que el integrante _____ con un porcentaje de participación del _____% se encuentra SI _____ / NO_____ **se encuentra en situación de controlada** de otra persona natural, jurídica o proponente

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.
www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

plural _____ *(indique el nombre del proponente con quien se presenta la situación)* que se encuentra participando en el presente proceso de selección.

Atentamente,

FIRMA:_____

Nombre la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el representante del proponente plural: _____
Documento de identificación: _____
Razón social del proponente: _____
NIT: _____

Régimen tributario al cual pertenece: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

NOTA 1: Esta certificación deberá ser presentada y firmada por el proponente con la propuesta respectiva. Si es persona jurídica, por quien conforme a la ley esté facultado; Si es consorcio o unión temporal por quien haya sido designado representante en el documento de constitución; Si actúa en calidad de apoderado, debe estar debidamente facultado por quien tenga la legitimación para hacerlo, caso en el cual debe anexar el poder correspondiente, con la debida presentación personal.

NOTA 2: El proponente plural debe diligenciar el presente formato por cada uno de sus integrantes.

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.
www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

FORMATO No. 3
CRITERIO DE DESEMPATE POR SER OFERTA DE BIENES O SERVICIOS NACIONALES FRENTE A LA OFERTA DE BIENES O SERVICIOS EXTRANJEROS

Señores
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
SECRETARIA GENERAL
Dirección de Contratación
Ciudad de Bogotá D.C.

REFERENCIA: Mínima Cuantía No. SNS-MC-23-2026

Objeto: Adquirir elementos de identificación institucional para los funcionarios y colaboradores de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con las especificaciones técnicas y lineamientos de imagen institucional definidos por la entidad.

El suscrito_____, obrando en su calidad _____en nombre y representación de _____, con domicilio en _____ debidamente autorizado, por medio de este documento, manifiesto que en virtud de lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley 816 de 2003, los bienes y/o servicios que serán puestos para la ejecución del contrato en caso de que se me adjudique serán:

ORIGEN DE LOS BIENES O SERVICIOS	
BIENES / SERVICIOS	
NACIONALES	
NACIONALES Y EXTRAJEROS	
EXTRAJEROS	

Nota: Con miras a acreditar el origen de los **servicios nacionales**, la Entidad verificará con la cédula de ciudadanía del proponente persona natural la nacionalidad colombiana y con la visa de residente la residencia. Así mismo, verificará con el Certificado de Existencia y Representación Legal del proponente persona jurídica que su constitución haya sido en Colombia y su domicilio esté dentro del territorio nacional.

TRATO NACIONAL	**MARQUE CON UNA X**
En el evento en que el proponente extranjero o los bienes que ofrezca se encuentren cobijados o sean provenientes de un acuerdo comercial aplicable al presente proceso de contratación, **"o"** los servicios ofrecidos correspondan a oferentes miembros de la Comunidad Andina de Naciones en cuanto a la regulación andina aplicable a la materia.	

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Si los bienes y servicios provenientes de Estados con los cuales no exista un acuerdo comercial, pero respecto de los cuales el Gobierno Nacional haya certificado que los oferentes de Bienes y Servicios Nacionales gozan de trato nacional con base en la revisión y comparación normativa en materia de compras y contratación pública.	

Atentamente,

Firma: _____
Nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el representante del proponente plural: _____
Documento de identificación: _____
Razón social del proponente: _____
NIT: _____

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

FORMATO 4
CRITERIO DE DESEMPATE POR PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O MUJERES VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

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

Señores
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
SECRETARIA GENERAL
Dirección de Contratación
Ciudad de Bogotá D.C.

REFERENCIA: **Mínima Cuantía No. SNS-MC-23-2026**

Objeto: Adquirir elementos de identificación institucional para los funcionarios y colaboradores de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con las especificaciones técnicas y lineamientos de imagen institucional definidos por la entidad.

Estimados señores:

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

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

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.
www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

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

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

Firma: _____
Nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda: _____
Documento de identificación: _____
Razón social del proponente: _____
NIT: _____

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

FORMATO 5
AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES COMO REQUISITO PARA EL OTORGAMIENTO DEL CRITERIO DE DESEMPATE.

[El presente Formato lo diligenciará toda persona (proponente, socia o trabajador) que al momento de presentar su oferta contenga datos sensibles, para que la Entidad Estatal contratante garantice el tratamiento adecuado a estos datos]

Señores
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
SECRETARIA GENERAL
Dirección de Contratación
Ciudad de Bogotá D.C.

REFERENCIA: Mínima Cuantía No. SNS-MC-23-2026

Objeto: Adquirir elementos de identificación institucional para los funcionarios y colaboradores de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con las especificaciones técnicas y lineamientos de imagen institucional definidos por la entidad.

Cumpliendo la Ley 1581 de 2012 "Por el cual se dictan disposiciones para la protección de datos personales" y conforme al Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la Superintendencia Nacional de Salud de lo siguiente:

La Superintendencia Nacional de Salud actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, almacenar y usar mis datos personales para hacer efectivo el factor de desempate previsto en la invitación pública, relacionados con la acreditación de ser víctima de violencia intrafamiliar, persona en proceso de reintegración o reincorporación, o persona perteneciente a la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rrom, o gitanas.

Finalidad	**Autoriza**	
	SÍ	**NO**
Hacer efectivo el factor de desempate para la acreditación de una mujer víctima de violencia intrafamiliar, persona perteneciente a la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rrom, o		

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

gitanas, o persona en proceso de reintegración o reincorporación.		

Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos con la salud, la vida sexual y los datos biométricos.

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

Derechos del titular

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

Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento.
Solicitar la actualización y rectificación de su información frente a los datos parciales, inexactos, incompletos.
Solicitar prueba de la autorización otorgada.
Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente.
Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, a menos que exista un deber legal o contractual que haga imperativo conservar la información.

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

Estos derechos los podré ejercer mediante los canales o medios dispuestos por la Superintendencia Nacional de Salud para la atención al público, la línea de atención nacional 744 2000 o Línea Gratuita Nacional 01 8000 513 700 y las oficinas de atención al cliente a nivel nacional, cuya información puedo consultar en www.supersalud.gov.co disponibles de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 p.m.

Por todo lo anterior, he otorgado mi consentimiento a la Superintendencia Nacional de Salud para que trate mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales dispuesta en https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/1512450/InstructivoPolitica_Datos.pdf/f7d7cbe2-6739-46de-9f76-

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

ee147cf1aa60#:~:text=Principio%20de%20libertad%3A%20La%20recolecci%C3%B3n,judicial%20que%20releve%20el%20consentimiento y que me dio a conocer antes de recolectar mis datos personales.

Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.
En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__

Firma: [Incluir firma del titular]
Nombre: [Incluir nombre del titular de la autorización datos sensibles para la autorización de datos]
Identificación: [Incluir número de identificación del titular de datos sensibles]

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

FORMATO 6
CRITERIO DE DESEMPATE POR VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

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

Señores
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
SECRETARIA GENERAL
Dirección de Contratación
Ciudad de Bogotá D.C.

REFERENCIA: Mínima Cuantía No. SNS-MC-23-2026

Objeto: Adquirir elementos de identificación institucional para los funcionarios y colaboradores de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con las especificaciones técnicas y lineamientos de imagen institucional definidos por la entidad.

Estimados señores:

[Incluir el nombre del proponente persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] [identificada con el NIT _____], certifico que tengo vinculado en la planta de personal un mínimo del diez por ciento (10 %) de empleados en las condiciones de discapacidad enunciadas en la Ley 361 de 1997, contratados [con una anterioridad no inferior a un año o desde la constitución de la sociedad (para sociedades con menos de un año de constitución)], para lo cual adjunto el certificado expedido por el Ministerio del Trabajo y los certificados de aportes a seguridad social del último año o del tiempo de su constitución cuando su conformación es inferior a un (1) año, en el que se demuestren los pagos realizados por el empleado.

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

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

Atentamente,

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.
www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Supersalud

Firma: _____

Nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda: _____
Documento de identificación: _____
Razón social del proponente: _____
NIT: _____

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

FORMATO 7
CRITERIO DE DESEMPATE POR VINCULACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y NO BENEFICIARIAS DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA (EMPLEADOR – PROPONENTE)

[Este formato lo diligencia el proponente 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
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
SECRETARIA GENERAL
Dirección de Contratación
Ciudad de Bogotá D.C.

REFERENCIA: **Mínima Cuantía No. SNS-MC-23-2026**

Objeto: Adquirir elementos de identificación institucional para los funcionarios y colaboradores de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con las especificaciones técnicas y lineamientos de imagen institucional definidos por la entidad.

Estimados señores:

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

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

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

[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**

Igualmente aportó los certificados de aportes a seguridad social del último año o del tiempo de constitución de la persona jurídica, cuando su conformación es inferior a un (1) año, en el que se demuestren los pagos realizados por el empleador.

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

Firma: _____
Nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal según corresponda o representante del proponente plural: _____
Documento de identificación: _____
Razón social del proponente: _____
NIT: _____

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

FORMATO 8
CRITERIO DE DESEMPATE POR 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
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
SECRETARIA GENERAL
Dirección de Contratación
Ciudad de Bogotá D.C.

REFERENCIA: Mínima Cuantía No. SNS-MC-23-2026

Objeto: Adquirir elementos de identificación institucional para los funcionarios y colaboradores de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con las especificaciones técnicas y lineamientos de imagen institucional definidos por la entidad.

Estimados señores:

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

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

Atentamente,

Firma: [Incluir firma del trabajador]
Nombre: [Incluir nombre del trabajador]
Identificación: [Incluir número de identificación del trabajador]

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

FORMATO 9
CRITERIO DE DESEMPTATE POR VINCULACIÓN DE POBLACIÓN INDÍGENA, 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 II para su conocimiento]

Señores
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
SECRETARIA GENERAL
Dirección de Contratación
Ciudad de Bogotá D.C.

REFERENCIA: Mínima Cuantía No. SNS-MC-23-2026

Objeto: Adquirir elementos de identificación institucional para los funcionarios y colaboradores de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con las especificaciones técnicas y lineamientos de imagen institucional definidos por la entidad.

Estimados señores:

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

I. El número total de trabajadores vinculados a la nómina corresponden a [Diligenciar el número de trabajadores vinculados a la nómina]

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

Nombre completo	Número de identificación

III. Así mismo declaramos que las personas señaladas anteriormente se encuentran vinculadas con una antigüedad igual o mayor a un año contado a partir de la fecha

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

del cierre del presente proceso de selección. [Para los casos de constitución inferior a un año se tendrá que indicar que las personas señaladas se encuentran vinculadas desde el momento de constitución de la misma].

IV. Igualmente aportó los certificados de aportes a seguridad social del último año o del tiempo de constitución de la persona jurídica, cuando su conformación es inferior a un (1) año, en el que se demuestren los pagos realizados por el empleador

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

Atentamente,

Firma: _____
Nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda: _____
Documento de identificación: _____
Razón social del proponente: _____
NIT: _____

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

FORMATO 10
CRITERIO DE DESEMPTATE POR PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/O REINTEGRACIÓN
(Proponente)

[Este formato se diligencia por el proponente persona natural, 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 II para su conocimiento]

Señores
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
SECRETARIA GENERAL
Dirección de Contratación
Ciudad de Bogotá D.C.

REFERENCIA: **Mínima Cuantía No. SNS-MC-23-2026**

Objeto: Adquirir elementos de identificación institucional para los funcionarios y colaboradores de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con las especificaciones técnicas y lineamientos de imagen institucional definidos por la entidad.

Estimados señores:

[Incluir el nombre del proponente persona natural, 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:

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

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__

Atentamente,

Firma: _____
Nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda: _____
Documento de identificación: _____
Razón social del proponente: _____
NIT: _____

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

FORMATO 11
CRITERIO DE DESEMPATE POR PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/O REINTEGRACIÓN (PERSONA JURÍDICA INTEGRANTE DEL PROPONENTE PLURAL)

[Este formato se diligencia por el representante legal o el revisor fiscal, si están obligados a tenerlo, de la persona jurídica del proponente plural en el que mayoritariamente participan personas en proceso de 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 II para su conocimiento]

Señores
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
SECRETARIA GENERAL
Dirección de Contratación
Ciudad de Bogotá D.C.

REFERENCIA: **Mínima Cuantía No. SNS-MC-23-2026**

Objeto: Adquirir elementos de identificación institucional para los funcionarios y colaboradores de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con las especificaciones técnicas y lineamientos de imagen institucional definidos por la entidad.

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:

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

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__

Atentamente,

Firma: _____
Nombre del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda: _____
Documento de identificación: _____
Razón social del proponente: _____
NIT: _____

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

FORMATO 12
CRITERIO DE DESEMPATE DEL PROPONENTE PRURAL POR PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN O REINTEGRACIÓN

[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 II para su conocimiento]

Señores
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
SECRETARIA GENERAL
Dirección de Contratación
Ciudad de Bogotá D.C.

REFERENCIA: **Mínima Cuantía No. SNS-MC-23-2026**

Objeto: Adquirir elementos de identificación institucional para los funcionarios y colaboradores de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con las especificaciones técnicas y lineamientos de imagen institucional definidos por la entidad.

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:

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

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), numeral 7, del numeral 4.6 del documento tipo incluir la siguiente redacción:]

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__

Atentamente,

Firma: _____
Nombre del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda: _____
Documento de identificación: _____
Razón social del proponente: _____
NIT: _____

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

FORMATO 13
CRITERIO DE DESEMPATE POR PAGOS REALIZADOS A MIPYMES, COOPERATIVAS O ASOCIACIONES MUTUALES

Señores
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
SECRETARIA GENERAL
Dirección de Contratación
Ciudad de Bogotá D.C.

REFERENCIA: Mínima Cuantía No. SNS-MC-23-2026

Objeto: Adquirir elementos de identificación institucional para los funcionarios y colaboradores de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con las especificaciones técnicas y lineamientos de imagen institucional definidos por la entidad.

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

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

Atentamente,
Firma: _____
Nombre de la persona natural y contador público o del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda: _____
Documento de identificación: _____
Razón social del proponente: _____
NIT: _____

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados