

ANEXO
CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITANTES

El oferente deberá diligenciar y presentar junto con la oferta el formato de Especificaciones Técnicas que se presenta a continuación debidamente firmado por el Representante Legal, en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas para cada ítem.

BOGOTÁ - CUNDINAMARCA						
TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE BASICO SENCILLO						
No.	CUPS	DESCRIPCIÓN	ORIGEN	DESTINO	OFRECE	
					SI	NO
1	601T01	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Bogotá		
2	601T01-1	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Facatativá		
3	601T01-2	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Fusagasugá		
4	601T01-3	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Girardot		
5	601T01-4	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Mosquera		
TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE BÁSICO REDONDO						
No.	CUPS	DESCRIPCIÓN	ORIGEN	DESTINO	OFRECE	
					SI	NO
6	601T01-5	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Bogotá		
7	601T01-6	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Facatativá		
8	601T01-7	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Fusagasugá		
9	601T01-8	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Girardot		
10	601T01-9	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Mosquera		
TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE MEDICALIZADO SENCILLO						
No.	CUPS	DESCRIPCIÓN	ORIGEN	DESTINO	OFRECE	
					SI	NO
11	601T01-10	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Bogotá		
12	601T01-11	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Facatativá		
13	601T01-12	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Fusagasugá		
14	601T01-13	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Girardot		
15	601T01-14	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Mosquera		
TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE MEDICALIZADO REDONDO						
No.	CUPS	DESCRIPCIÓN	ORIGEN	DESTINO	OFRECE	
					SI	NO
16	601T01-15	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Bogotá		
17	601T01-16	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Facatativá		
18	601T01-17	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Fusagasugá		
19	601T01-18	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Girardot		
20	601T01-19	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Mosquera		

SERVICIOS ADICIONALES			
ITEM	DESCRIPCIÓN	OFRECE	
		SI	NO
1	KM ADICIONAL TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE		
2	KM ADICIONAL TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE		
3	VALOR HORA DE ESPERA AMBULANCIA BASICA		
4	VALOR HORA DE ESPERA AMBULANCIA MEDICALIZADA		
5	VALOR TRASLADO BASICO NOCTURNO Y O FESTIVO SENCILLO		
6	VALOR TRASLADO BASICO NOCTURNO Y O FESTIVO REDONDO		
7	VALOR TRASLADO MEDICALIZADO NOCTURNO Y O FESTIVO SENCILLO		
8	VALOR TRASLADO MEDICALIZADO NOCTURNO Y O FESTIVO REDONDO		

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS REQUERIDAS

ITEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	OFRECE	
		SI	NO
1	El oferente durante la ejecución del contrato deberá mantener vigente la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS en las Secretaría de Salud de Bogotá y Cundinamarca para el servicio de transporte asistencial básico y transporte asistencial medicalizado, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015 y de conformidad con la Ley 10 de 1990, el Decreto 780 de 2016 y la Resolución No. 3100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud" modificada por la Resolución No. 544 del 3 de abril de 2023.		
2	En caso que se requiera un servicio que no esté contemplado en el contrato y que el oferente este en la capacidad de prestarlo, este podrá ser prestado mediante autorización del Supervisor con visto bueno del Ordenador del Gasto, PREVIA COTIZACION.		
3	El oferente deberá tener Disponibilidad para el servicio las 24 horas del día y durante el tiempo de ejecución del contrato.		
4	El oferente deberá tener un funcionario de enlace disponible las 24 horas del día o un coordinador técnico como funcionario de empalme con los funcionarios de las Unidades Prestadoras de Salud Bogotá, Unidad Prestadora, Pertenecientes a la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1.		
5	El oferente deberá mantener vigente durante la ejecución del contrato la documentación reglamentada por el Ministerio de Salud Resolución No. Resolución 3100 de 2019.		
6	El oferente deberá mantener vigente durante la ejecución del contrato la documentación reglamentaria del Ministerio de Transporte Norma Técnica Colombiana - NTC 3729.		
7	El oferente durante la ejecución del contrato deberá dar respuesta en un tiempo estimado para el traslado de 1 hora para realizar el servicio.		
8	El oferente se compromete a entregar el portafolio de servicios con sus códigos CUPS, actualizados con los valores de la tarifa pactada.		
9	RECURSO HUMANO. El oferente durante la ejecución del contrato deberá mantener el recurso humano así: - Un coordinador responsable de la totalidad de las ambulancias con las que cuente el servicio que podrá ser Médico o Enfermería superior. Tripulantes de ambulancia: <u>Para ambulancia medicalizada:</u> 1. Médico con certificado de formación en la competencia de soporte vital avanzado mínimo de 48 horas. 2. Profesional en Enfermería, Técnico (a) o Tecnólogo (a) en atención prehospitalaria, auxiliar de enfermería con certificado de formación en la competencia de soporte vital avanzado mínimo de 48 horas 3. Conductor con capacitación en primeros auxilios El personal debe contar con certificados de inscripción ante la Secretaria de Salud de Bogotá y experiencia mínima de un año en el área específica INSCRIPCION en la página del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS). <u>Para ambulancia básica:</u> - Tecnólogo en atención pre hospitalaria o técnico profesional en atención pre hospitalaria o auxiliar en enfermería, en cualquier caso, con certificado de formación en soporte vital básico mínimo de 20 horas. - Para transporte terrestre el conductor cumple con lo que determine para su actividad la autoridad de tránsito terrestre y adicionalmente cuenta con certificado de formación en primeros auxilios.		

	De acuerdo a lo anterior deberá presentar en la propuesta los soportes académicos diligenciados en el formato de idoneidad por cada funcionario.		
10	El oferente deberá ofrecer la Historia Clínica y Registros: Adicional a lo definido en todos los servicios, deberán contar con un registro con el nombre de los pacientes atendidos o trasladados, fecha, hora, origen y destino del servicio, tipo de servicio, nombre del personal que atiende el servicio, evolución y procedimientos durante el traslado o atención de los pacientes en el programa o servicio, nombre y sello del especialista que remite y que recibe el paciente. El Contratista deberá contar con vehículos disponibles en el lugar de la prestación del servicio para Bogotá y Cundinamarca.		
11	El oferente deberá enviar al supervisor el portafolio de servicio vigente y guías de manejo vigentes para el manejo de pacientes una vez se adjudique el contrato.		
12	En materia de moléculas o principios activos farmacológicos cubiertos por el SSPM, el oferente deberá acoger y socializar el listado de moléculas o principios activos contenidos en el Acuerdo 080 de 2022 “Por el cual se dictan políticas y lineamientos generales para la Gestión Farmacéutica y se determina el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional” y hacer un uso racional de la medicación por parte de los profesionales de salud adscritos al prestador, conforme a las necesidades clínicas del usuario, dosis consecuentes a sus condiciones individuales y durante el período de tiempo adecuado, de acuerdo a la evidencia científica disponible y las guías de práctica clínica vigentes contribuyendo de esta forma al mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de salud de los usuarios y la sostenibilidad financiera del SSMP.		
13	El oferente durante la ejecución del contrato deberá comprometerse a asignar los servicios de traslado solicitados de manera rápida y oportuna, a las solicitudes personalizadas y/o telefónicamente requeridas por la Oficina de Referencia Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 (Unidades Prestadoras de Salud Bogotá y Unidad Prestadora Cundinamarca para los usuarios de la Policía Nacional, una vez recibida la solicitud de los mismos.		
14	El oferente durante la ejecución del contrato deberá enviar la ejecución del contrato de manera mensual y/o informar formalmente al supervisor cuando su ejecución supere el 70% del valor contratado		
15	El oferente deberá contar con mínimo una sede habilitada en la ciudad de BOGOTA para el presente proceso de contratación		
16	El oferente presentará certificado vigente emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración “Aceptable” (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		
17	El oferente deberá contar con un número mínimo de VEHICULOS TIPO AMBULANCIA BASICAS Y MEDICALIZADAS incluyendo neonatal de acuerdo para participar en el presente proceso de contratación en Bogotá y Cundinamarca así : BOGOTA-CUNDINAMARCA • VEHICULOS TIPO AMBULANCIA BASICA: MINIMO 6 • VEHICULOS TIPO AMBULANCIA MEDICALIZADA: MINIMO 6 • VEHICULOS TIPO AMBULANCIA MEDICALIZADA (neonatal): MINIMO 1 Nota: el oferente deberá tener mínimo 1 ambulancia con disponibilidad para protocolo de obesidad. Los cuales deberán contar con habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS		
18	El oferente deberá garantizar la realización del reporte de eventos adversos e incidentes presentados durante la ejecución del contrato, en un tiempo no superior a 48 horas posterior a la ocurrencia del mismo, también tiene el deber de realizar el análisis correspondiente del caso e implementación de un plan de mejora, el cual debe ser enviado al supervisor del contrato y al encargado del área de Auditoría de Garantía de Calidad de la Regional de		

	Aseguramiento en Salud N°1 al correo electrónico disan.rases1-ga@policia.gov.co en el mismo tiempo estipulado con anterioridad.		
19	El Contratista se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 441 de 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social por medio del cual se sustituye el capítulo 4 del título 3 de la parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores 'de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud		

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

**ANEXO
OFERTA ECONÓMICA**

BOGOTÁ - CUNDINAMARCA					
TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE BÁSICO SENCILLO					PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO APLICA SOBRE EL PRECIO TECHO UNITARIO PARA CADA UNO DE LOS ITEM (IVA INCLUIDO)
No.	CUPS	DESCRIPCIÓN	ORIGEN	DESTINO	
1	601T01	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Bogotá	
2	601T01-1	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Facatativá	
3	601T01-2	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Fusagasugá	
4	601T01-3	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Girardot	
5	601T01-4	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Mosquera	
TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE BÁSICO REDONDO					_____ %
No.	CUPS	DESCRIPCIÓN	ORIGEN	DESTINO	
6	601T01-5	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Bogotá	
7	601T01-6	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Facatativá	
8	601T01-7	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Fusagasugá	
9	601T01-8	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Girardot	
10	601T01-9	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Mosquera	
TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE MEDICALIZADO SENCILLO					PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO APLICA SOBRE EL PRECIO TECHO UNITARIO PARA CADA UNO DE LOS ITEM (IVA INCLUIDO)
No.	CUPS	DESCRIPCIÓN	ORIGEN	DESTINO	
11	601T01-10	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Bogotá	
12	601T01-11	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Facatativá	
13	601T01-12	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Fusagasugá	
14	601T01-13	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Girardot	
15	601T01-14	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	Bogotá	Mosquera	
TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE MEDICALIZADO REDONDO					_____ %
No.	CUPS	DESCRIPCIÓN	ORIGEN	DESTINO	
16	601T01-15	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Bogotá	
17	601T01-16	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Facatativá	
18	601T01-17	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Fusagasugá	
19	601T01-18	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Girardot	
20	601T01-19	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	Bogotá	Mosquera	

SERVICIOS ADICIONALES		
ITEM	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO APLICA SOBRE EL PRECIO TECHO UNITARIO PARA CADA UNO DE LOS ITEM (IVA INCLUIDO)
1	KM ADICIONAL TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE	_____ %
2	KM ADICIONAL TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE	
3	VALOR HORA DE ESPERA AMBULANCIA BASICA	
4	VALOR HORA DE ESPERA AMBULANCIA MEDICALIZADA	
5	VALOR TRASLADO BASICO NOCTURNO Y O FESTIVO SENCILLO	
6	VALOR TRASLADO BASICO NOCTURNO Y O FESTIVO REDONDO	
7	VALOR TRASLADO MEDICALIZADO NOCTURNO Y O FESTIVO SENCILLO	
8	VALOR TRASLADO MEDICALIZADO NOCTURNO Y O FESTIVO REDONDO	

NOTA 1: El porcentaje (%) de descuento ofrecido aplica para el precio techo unitario.

NOTA 2: El oferente deberá informar si valor ofertado incluye o no el IVA, o si está exento

NOTA 3: El valor unitario adjudicado se aproximará a la unidad de peso más cercana.

NOTA 4: para los **SERVICIOS ADICIONALES**, no se otorgará puntaje, pero el oferente deberá indicar porcentaje de descuento el cual aplicará para cada uno de los ítems.

NOTA 5: El oferente deberá diligenciar y aportar con su oferta, el anexo **OFERTA ECONÓMICA**, con la cual se realizará la verificación de asignación de puntos

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

ANEXO
PROTECCIÓN A LA INDUSTRIA NACIONAL

De conformidad con lo establecido en el Decreto 680 de 2021, declaramos bajo la gravedad de juramento, comprometiéndolo nuestra responsabilidad personal y/o comprometiéndolo a las personas jurídicas que represento o apodero que:

1. PROMOCIÓN SERVICIOS NACIONALES O CON TRATO NACIONAL

Proponentes Nacionales	Certifico y me comprometo a vincular un porcentaje mínimo del 80% de empleados o contratistas por prestación de servicios colombianos.
	Marcar (X)
	Si () No ()

Proponentes extranjeros con Acuerdo o Tratado Internacional o Principio de Reciprocidad	Certifico y me comprometo a vincular un porcentaje mínimo del 80% de empleados o contratistas por prestación de servicios colombianos.
	Marcar (X) <u>y deberá allegar diligenciado el ANEXO</u> INDICACIÓN DE TRATO NACIONAL.
	Si () No ()

2. INCORPORACIÓN DE COMPONENTE NACIONAL (Aplica para Proponentes extranjeros sin derecho a Trato Nacional)

Certifico y me comprometo a vincular un porcentaje empleados o contratistas por prestación de servicios colombianos, así:

Personal del contrato	Marcar (X)
Del 0% al 80 % del personal incorporado al Contrato será colombiano	
Mas del 80% hasta el 85% del personal incorporado al Contrato será colombiano	
Mas el 85% hasta el 90% del personal incorporado al Contrato será colombiano	
Más del 90% del personal incorporado al Contrato será colombiano	

EL PROPONENTE:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

ANEXO
INDICACIÓN DE TRATO NACIONAL

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

Para Tratados o Acuerdos Internacionales

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

Identificación o denominación del Acuerdo o Tratado: _____.

Objeto del Tratado: _____.

Ubicación en el SECOP (Link): _____.

Reciprocidad

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

Fecha de la expedición de la certificación: _____.

Estado sobre el que se certifica: _____.

Ubicación en el SECOP (LINK): _____.

Nota: Estos datos serán verificados por la unidad ejecutora por medio de la Página Web www.colombiacompra.gov.co, teniendo en cuenta que conforme con el “Manual para el manejo de los Acuerdos Comerciales en Procesos de Contratación” Versión M-MACPC-03 expedido por la Agencia Nacional de Contratación, la Entidad debe verificar los contenidos sobre Trato Nacional ya que no en todos los casos los conoce.

EL PROPONENTE:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

ANEXO
CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN

CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN (500 PUNTOS)

El oferente que brinde una línea de atención exclusiva para la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, se le otorgara el siguiente puntaje de asignación así:

BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA

INDICADOR DE OPORTUNIDAD LOTE I: BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA				
ÍTEM	DESCRIPCIÓN	ASIGNACIÓN DE PUNTAJE	OFRECE	
			SI	NO
1	El oferente que brinde dos (02) traslados sin costo adicional de manera mensual para el TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE MEDICALIZADO SENCILLO	150		
2	El oferente que brinde un (01) traslado sin costo adicional de manera mensual para el TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE MEDICALIZADO SENCILLO	100		
3	El oferente que brinde tres (03) traslados sin costo adicional de manera mensual para el TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE BÁSICO SENCILLO	100		
4	El oferente que brinde dos (02) traslados sin costo adicional de manera mensual para el TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE BÁSICO SENCILLO	80		
5	El oferente que brinde un (01) traslado sin costo adicional de manera mensual para el TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE BÁSICO SENCILLO	70		

NOTA 1: Para la asignación del puntaje, el oferente deberá diligenciar y anexar a su propuesta, el formulario **CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN**.

NOTA 2: Se aplicará el puntaje adicional por ítem a la empresa que lo ofrezca, en caso contrario el puntaje asignado será cero (0).

EL PROPONENTE:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

mail: _____

**ANEXO
SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS**

Bogotá D.C.,

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

La firma se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTIA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD **PN RASES No. 1 SA 045 2026**, durante la vigencia del contrato si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto la **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE EN AMBULANCIA BÁSICA Y/O MEDICALIZADA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.**

EL PROPONENTE:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

ANEXO
CARTA DE COMPROMISO DEL RECURSO HUMANO

Yo _____ en calidad de Representante Legal de la firma _____ certifico bajo la gravedad de juramento que cuento con el **Recurso Humano** solicitado que cumple con la formación académica y experiencia requerida para la **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE EN AMBULANCIA BÁSICA Y/O MEDICALIZADA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.** de acuerdo a lo establecido en el Anexo 1 Condiciones Técnicas.

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

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

FORMULARIO
FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO

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

Para cada profesional ofertado se deberá diligenciar un formato.

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

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

EL PROPONENTE:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

FORMULARIO

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Bogotá, D.C., ____ de 2026

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Ciudad

Presentación de propuesta para el Proceso de Contratación Selección Abreviada Prestación de Servicios de Salud **PN RASES No. 1 SA 045 2026**, que tiene por objeto **LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE EN AMBULANCIA BÁSICA Y/O MEDICALIZADA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.**

Apreciados Señores:

El (a) suscrito (a) _____ mayor de edad, domiciliado (a) en _____, en atención a la Contratación Selección Abreviada Prestación de Servicios de Salud **PN RASES No. 1 SA 045 2026**, convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 DE LA POLICÍA NACIONAL cuyo objeto **LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE EN AMBULANCIA BÁSICA Y/O MEDICALIZADA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.**

Manifiesto lo siguiente:

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

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

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación y de sus anexos y formularios, así como las adendas hechos al mismo.
2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
3. Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política, Ley 80 de 1993, Decreto 1082 de 2015, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011 y demás normas vigentes que puedan impedir o vicien la presentación de nuestra oferta o la firma del Contrato que pudiera resultar de la eventual adjudicación.
4. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en la invitación y en la Ley, y cualquier omisión, contradicción ó declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.
5. Que nos comprometemos con la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, a prestar los servicios ofrecidos en la presente

propuesta, que corresponden a aquellos solicitados en la invitación, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos y en las condiciones de la carta de presentación de la propuesta.

6. Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características y especificaciones de los servicios que nos obligamos a prestar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los servicios se prestarán a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de la invitación, anexos, formularios y adendas que llegaren a suscribirse.
7. Manifestamos además que hemos realizado el examen completo y cuidadoso, y que hemos investigado plenamente, las condiciones del contrato que nos comprometemos a ejecutar, así como los riesgos que del mismo se derivan, y declaramos que se encuentra bajo nuestra responsabilidad y es nuestra especialidad técnica el conocimiento detallado de los servicios y en general, que conocemos todos los factores determinantes de los costos de ejecución del contrato a suscribir, los cuales se encuentran incluidos en los términos de nuestra propuesta.
8. En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.
9. Reconocemos que ni la invitación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba.
10. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del contrato que se nos ofrece, conforme al **Anexo "Minuta del Contrato"** de la invitación y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del contrato, salvo aquellas modificaciones que determine incluir REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de las adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación, las que de antemano aceptamos.
11. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana y en consecuencia, consideramos que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y al público en general (Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).
12. Declaramos bajo juramento, el que se entiende presentado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información

aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

13. Que me obligo a suministrar a solicitud de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
14. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es):
(Dirección para notificaciones): Teléfono (os): Fax
15. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).
16. Que aceptamos recibir las notificaciones que me sean enviadas vía correo electrónico por parte de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1, las cuales recibiré en los siguientes correos electrónicos. 1) _____ 2) _____
17. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
18. Que la vigencia de la presente oferta es de ____meses, contados a partir de la presentación de la misma.

Cordialmente, _____
(Firma del representante legal del proponente)

FORMULARIO

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD _____

FECHA _____

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

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____ C.C. _____

Dirección: _____ Teléfono _____

Fax _____

Departamento _____ Ciudad _____ Municipio _____

Denominación de la cuenta Corriente _____

Ahorros _____

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____ Código _____ Ciudad _____

Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____

Número de la cuenta _____

(Adjuntar certificación bancaria)

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

FORMULARIO

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Bogotá, D.C., ____ de 2026

Señores

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

Compromiso anticorrupción del proceso de CONTRATACION SELECCIÓN ABREVIADA PRESTACIÓN DEL SERVICIOS DE SALUD, Número **PN RASES No. 1 SA 045 2026** cuyo objeto **LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE EN AMBULANCIA BÁSICA Y/O MEDICALIZADA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.**

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

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

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

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

COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

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

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

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

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

Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EL PROPONENTE:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

FORMULARIO

ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS

Bogotá, D.C., ____ de 2026

Señores

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

Yo _____ Identificado (a) con cédula de ciudadanía Nro. _____ expedida en _____ certifico que lo que los activos y recursos que conforman el patrimonio de la empresa o establecimiento de comercio (según corresponda) _____ Nit. _____, así como el patrimonio de cada uno de los socios, que se destinaran para el desarrollo del proceso de CONTRATACION SELECCIÓN ABREVIADA PRESTACIÓN DEL SERVICIOS DE SALUD numero **PN RASES No. 1 SA 045 2026** cuyo objeto **LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE EN AMBULANCIA BÁSICA Y/O MEDICALIZADA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.** Proviene de actividades lícitas y que no estamos incluidos en listas nacionales o internacionales de lavado de activos.

Manifestación que se entiende prestada bajo la gravedad de juramento.

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

FORMULARIO

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Bogotá, D.C., ____ de 2026

Señores

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

Compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el proceso de CONTRATACION SELECCIÓN ABREVIADA PRESTACIÓN DEL SERVICIOS DE SALUD, Número **PN RASES SA 045 2026** cuyo objeto **LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE EN AMBULANCIA BÁSICA Y/O MEDICALIZADA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.**

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

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

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

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

- Cumplir con las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado en el contrato y acorde a la exposición del contratista o subcontratista a los riesgos encontrados en el centro de trabajo donde desarrolla la actividad.
- Participar en las actividades que la Policía Nacional desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.
- Cumplir con el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.
- Conocer y participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por parte de la Policía Nacional y los brigadistas de los centros de trabajo en donde desarrollará las actividades.
- Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.

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

Las personas **jurídicas** deben diligenciar la lista de chequeo que evidencie el cumplimiento a la Resolución 0412 del 2019 “*Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST*”, considerando lo siguiente:

1. Estándares mínimos para empresas, empleadores y contratantes con diez (10) o menos trabajadores, clasificadas con riesgo I, II ó III
2. Estándares mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II ó III.
3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III, IV ó V y de cincuenta (50) ó menos trabajadores con riesgo IV ó V.

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

EL PROPONENTE:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

FORMULARIO

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

YO: _____, Representante de la Firma
_____ certifico que la firma que represento, cuenta con el
talento humano, instalaciones y demás necesidades para satisfacer y cumplir el objeto de la presente
Contratación, que tiene por objeto la **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRASLADO ASISTENCIAL
TERRESTRE EN AMBULANCIA BÁSICA Y/O MEDICALIZADA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE
SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, UNIDAD
PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE
ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.** en las condiciones señaladas en el presente Estudio de Conveniencia

EL PROPONENTE:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

FORMULARIO

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Bogotá, D.C., ____ de 2026

Señores

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

Acuerdo de confidencialidad del proceso de CONTRATACION PRESTACIÓN DEL SERVICIOS DE SALUD, Número **PN RASES No. 1 SA 045 2026** cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE EN AMBULANCIA BÁSICA Y/O MEDICALIZADA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.**

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

Primero: que la Policía Nacional adelanta un proceso de contratación a través de la modalidad de CONTRATACION PRESTACIÓN DEL SERVICIOS DE SALUD, para la celebración de un contrato estatal para la **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE EN AMBULANCIA BÁSICA Y/O MEDICALIZADA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.**

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

1. Mantener en reserva y no divulgar la **información confidencial** revelada por la **policía nacional** o por terceros formalmente designados para el efecto.
2. Mantener en reserva y no divulgar ni utilizar, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el **contrato**, la información que le sea entregada directamente por la **policía nacional** y/o sus designados.
3. Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del **contrato**.
4. Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de la **información confidencial**.
5. Reconocer que el recibo de la **información confidencial** no concede, ni expresa ni implícitamente, autorización, permiso o licencia de uso de marcas, patentes, derechos de autor, o de cualquier otro derecho de propiedad industrial o intelectual de la **Policía Nacional**.
6. Suscribir, con antelación a la revelación de la **información confidencial**, los acuerdos de confidencialidad que se ajustan a todo lo dispuesto en el presente acuerdo con todos sus empleados

y/o familiares de los mismos, contratistas, subcontratistas, proveedores y demás personas naturales o jurídicas que haya involucrado, involucre o llegare a involucrar en la ejecución de las actividades que le correspondan para el cumplimiento del objeto del **contrato**.

7. El **proponente** mantendrá una lista de usuarios de la **información confidencial** que será entregada al **proponente** cuando lo solicite.
8. Utilizar única y exclusivamente la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución de lo que le competa en relación con el contrato.
9. No utilizar la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución del **contrato**, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el mismo, prohibiéndose la divulgación inclusive para fines académicos.
10. Adoptar y mantener mecanismos internos de seguridad adecuados para proteger la confidencialidad de toda la información que conozca o llegare a conocer en desarrollo del **contrato**.
11. No usar la **información confidencial** de modo que pueda ser de alguna manera, directa o indirectamente, perjudicial para los intereses de la **policía nacional**.
12. No acceder, copiar, reproducir, distribuir o transmitir por ningún medio conocido o por conocer la **información confidencial**, en todo o en parte, sin previo y escrito consentimiento de la **Policía Nacional**.
13. Cumplir con la confidencialidad en las mismas condiciones y formas, y con el mismo cuidado con que realiza la protección de la información confidencial.

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

ANEXO
REDUCCIÓN DE PUNTAJE POR INCUMPLIMIENTO

Yo _____ en calidad de Representante Legal de la firma _____ certifico bajo la gravedad de juramento que la entidad que represento no le ha sido impuesta una o más multas o cláusulas penales durante el último año, contado a partir de la fecha prevista para la presentación de la oferta del proceso No. **PN RASES No. 1 SA 045 2026** que tiene por objeto la **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE EN AMBULANCIA BÁSICA Y/O MEDICALIZADA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.**

Nota: En caso de haber sido sancionado, se deberá diligenciar el siguiente cuadro:

NÚMERO DE CONTRATO	CONTRATANTE	FECHA DE MULTA O CLAUSULA PENALES

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

FORMULARIO
APOYO EMPRENDIMIENTO Y EMPRESAS DE MUJERES

Bogotá, D.C., ____ de 2026

Señores

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

Apoio emprendimiento y empresas de mujeres del proceso de CONTRATACIÓN PRESTACIÓN DEL SERVICIOS DE SALUD, Número **PN RASES No. 1 SA 045 2026** cuyo objeto es **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE EN AMBULANCIA BÁSICA Y/O MEDICALIZADA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.**

El(los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en _____, identificado con Documento No. _____ expedido en _____, quien obra en calidad de _____, que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) **bajo la gravedad de juramento** que cumple(n) y acredita(n) la condición de emprendimiento y empresas de mujeres, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.14 del Decreto 1082 de 2015, adicionado por el artículo 3 del Decreto 1860 de 2021, así:

Señalar con una X la condición que se invoca **y adjuntar los documentos que así lo acrediten:**

Cuando más del cincuenta por ciento (50%) de las acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica pertenezcan a mujeres y los derechos de propiedad hayan pertenecido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección. Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador, donde conste la distribución de los derechos en la sociedad y el tiempo en el que las mujeres han mantenido su participación. (La certificación deberá expedirse bajo la gravedad de juramento y expedirse con una fecha de máximo treinta (30) días calendario anteriores a la prevista para el cierre)	
Cuando por lo menos el cincuenta por ciento (50%) de los empleos del nivel directivo de la persona jurídica sean ejercidos por mujeres y éstas hayan estado vinculadas laboralmente a la empresa durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección en el mismo cargo u otro del mismo nivel. Se entenderá como empleos del nivel directivo aquellos cuyas funciones están relacionadas con la dirección de áreas misionales de la empresa y la toma de decisiones a nivel estratégico. En este sentido, serán cargos de nivel directivo los que dentro de la organización de la empresa se encuentran ubicados en un nivel de mando o los que por su jerarquía desempeñan cargos encaminados al cumplimiento de funciones orientadas a representar al empleador. Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador, donde se señale de manera detallada todas las personas que conforman los cargos de nivel directivo del proponente, el número de mujeres y el tiempo de vinculación. La certificación deberá relacionar el nombre completo y el número de documento de identidad de cada una de las personas que conforman el nivel directivo del proponente. Como soporte, se anexará copia de los respectivos documentos de identidad, copia de los contratos de trabajo o certificación laboral con las funciones, así como el certificado de aportes a seguridad social del	

último año en el que se demuestren los pagos realizados por el empleador. (La certificación deberá expedirse bajo la gravedad de juramento y expedirse con una fecha de máximo treinta (30) días calendario anteriores a la prevista para el cierre)	
Las asociaciones y cooperativas, cuando más del cincuenta por ciento (50%) de los asociados sean mujeres y la participación haya correspondido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección. Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal. (La certificación deberá expedirse bajo la gravedad de juramento y expedirse con una fecha de máximo treinta (30) días calendario anteriores a la prevista para el cierre)	
Persona natural sea una mujer y haya ejercido actividades comerciales a través de un establecimiento de comercio durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del proceso de selección. Esta circunstancia se acreditará mediante la copia de cédula de ciudadanía, la cédula de extranjería o el pasaporte, así como la copia del registro mercantil	

Dado en _____, el _____ (día, mes, año - fecha de expedición no mayor a treinta (30) días calendarios anteriores a la fecha de cierre.)

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: _____

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____

Nombre Representante Legal: _____

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____