



CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

12. 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 POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.º 5 se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes o participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y al público en general (esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).
13. Los suscritos (integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.
14. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.
15. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.º 5 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
16. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones): Teléfono (os): Fax, de igual forma y para efectos de notificación personal (artículo 67 de la ley 1437 de 2011 y artículo 8 de la Ley 2213 de 2022) acepto recibir notificación por medio electrónico a través del Sistema Electrónico de Contratación Pública - SECOP II o a la(s) siguiente(s) dirección(es) de correo(s) electrónico(s): (indicar dirección de correo electrónico)"
17. 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).
18. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
19. El plazo de ejecución será el establecido en el pliego de condiciones.
20. Que la vigencia de la presente oferta es de cuatro (4) meses, contados a partir de la presentación de la misma.

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐): Diligenciar el documento de identificación del representante legal

Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor

Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor

Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

FORMULARIO CAPACIDAD FINANCIERA



POLICÍA NACIONAL

FORMULARIO CAPACIDAD FINANCIERA

FLORIDABLANCA, DIA ____ MES ____ AÑO ____

Señores.

POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Ciudad.

Referencia: Cuadro de capacidad financiera del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número _____ cuyo objeto es la: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO Y/O SOSPECHA DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA, distribuidos en los siguientes lotes:

LOTE 1:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO Y/O SOSPECHA DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA, SUMINISTRO Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS, INCLUIDOS LOS DE USO AMBULATORIO, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER (UPRES DENOR).

LOTE 2:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN RADIOTERAPIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES, PROCEDIMIENTOS Y/O ATENCIONES QUIRÚRGICAS BRAQUITERAPIA, QUIMIOTERAPIA, INCLUYENDO INSUMOS Y MEDICAMENTOS PARA LA REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER (UPRES DENOR).

La solicitud de las vigencias a tener en cuenta, se realizará de acuerdo con las normas vigentes, debiéndose realizar los ajustes acordes a la misma, por el estructurador del estudio previo, cuando se generen cambios

PROPONENTE	ACTIVO CORRIENTE	ACTIVO TOTAL	PASIVO CORRIENTE	PASIVO TOTAL
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$

PROPONENTE	UTILIDAD OPERACIONAL	GASTOS DE INTERESES	PATRIMONIO
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

Para el diligenciamiento del siguiente cuadro, en el caso de proponentes extranjeros, deberán realizar la conversión de la moneda según corresponda al país, a dólares y posteriormente a pesos colombianos.

Proponente	Liquidez	Nivel de endeudamiento	Capital de trabajo	Razón de cobertura de intereses	Rentabilidad del patrimonio	Rentabilidad del activo
Nombre del proponente	Activo corriente sobre pasivo corriente	Pasivo total sobre activo total	Activo corriente menos pasivo corriente	Utilidad operacional dividida por los gastos de intereses	Utilidad operacional dividida por el patrimonio	Utilidad operacional dividida por el activo total
RESULTADO	%	%	%	%	%	%

Declaramos bajo la gravedad de juramento, comprometiendo nuestra responsabilidad personal y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, corresponde única y exclusivamente a la entidad que representamos.

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponenteIdentificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponenteNombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legalIdentificación (C.C ☐ C.E. ☐): Diligenciar el documento de identificación del representante legalDirección: Diligenciar la dirección del proveedorTeléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedorEmail: Diligenciar correo electrónico de notificaciones



ANEXO CERTIFICADO DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS

FLORIDABLANCA, DIA ____ MES ____ AÑO ____

Señores.

POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Ciudad.

Yo _____, representante legal de la _____, certificación que la entidad se compromete a cumplir con los siguientes requisitos en el almacenamiento de los medicamentos, en el depósito o bodega que maneja:

- Medición de humedad y temperatura.
- Control de plagas.
- Control red de frío.
- Sección de controlados.
- Zona de rechazados.
- Manual de procedimientos operativos del almacenaje y distribución de medicamentos.

Lo anterior podrá ser verificado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5 en cualquier momento durante la ejecución del contrato.

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponenteIdentificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponenteNombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legalIdentificación (C.C ☐ C.E. ☐): Diligenciar el documento de identificación del representante legalDirección: Diligenciar la dirección del proveedorTeléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedorEmail: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

aprobación: 17/06/2024

ANEXO:
PLAN DE GESTIÓN DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POS CONSUMO DE FARMACOS O
MEDICAMENTOS VENCIDOS

FLORIDABLANCA, DIA___ MES___ AÑO___

Señores.

POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Ciudad.

Yo _____, representante legal de la _____, certifico que dispongo de un plan de GESTION DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POSCONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS, siendo el instrumento de gestión de acuerdo a Resolución 0371 del 26 de Febrero de 2009 del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial que contiene el conjunto de reglas, acciones, procedimientos y medios dispuestos para facilitar la devolución y acopio de productos pos consumo que al desecharse se convierten en residuos o desechos peligrosos, con el fin de que sean enviados a instalaciones en las que se sujetarán a procesos que permitirán su aprovechamiento y/o valorización, tratamiento y/o disposición final controlada.

Lo anterior podrá ser verificado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 5 en cualquier momento durante la ejecución del contrato.

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponenteIdentificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponenteNombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legalIdentificación (C.C ☐ C.E. ☐): Diligenciar el documento de identificación del representante legalDirección: Diligenciar la dirección del proveedorTeléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedorEmail: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA.



POLICÍA NACIONAL

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA.

CIUDAD _____ FECHA _____

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

APERTURA _____ CANCELACIÓN _____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____

_____ Y/O _____

Dirección _____ C.C. _____

Teléfono _____ Fax _____

Departamento _____ Ciudad _____ Municipio _____

Denominación de la cuenta _____ Corriente _____

Ahorros _____

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el proponente deberá indicar el correo electrónico para el efecto.

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI ()

TELÉFONO: _____ SI ()

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 _____

Ciudad y fecha,

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
Floridablanca

COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES

Ref.: Proceso de **Contratación** PN RASES N°5 Menor cuantía No. _____ **2026**, que tiene por objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO Y/O SOSPECHA DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA, distribuidos en los siguientes lotes:

LOTE 1:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO Y/O SOSPECHA DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA, SUMINISTRO Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS, INCLUIDOS LOS DE USO AMBULATORIO, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER (UPRES DENOR).

LOTE 2:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN RADIOTERAPIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES, PROCEDIMIENTOS Y/O ATENCIONES QUIRÚRGICAS BRAQUITERAPIA, QUIMIOTERAPIA, INCLUYENDO INSUMOS Y MEDICAMENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER (UPRES DENOR).

.El suscrito: _____ identificado con C.C. Nro. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma: _____ me comprometo a realizar con la adjudicación del presente proceso contractual buenas prácticas ambientales, en cumplimiento a la Legislación Ambiental Colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos post consumos y a su disposición final.

Aquellos elementos considerados como contaminantes del medio ambiente, con sujeción a la legislación ambiental son de mi responsabilidad y una vez terminada la vida útil de los bienes que provea a la Policía Nacional de Colombia, los reciba nuevamente y proceda a realizar su disposición final adecuada.

De igual manera me comprometo a:

- ✓ La aplicación de buenas prácticas ambientales, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar.
- ✓ Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar el servicio u obra, serán asumidas como mi responsabilidad.
- ✓ Presentar las actas de disposición final correspondientes y las licencias ambientales de dicha disposición.
- ✓ El personal bajo mi responsabilidad, deberá contemplar capacitaciones en temas ambientales como: impactos ambientales, manejo de residuos sólidos, líquidos, escombros entre otros, donde se realice el manejo y actuación de los mismos, e igualmente identificar los elementos utilizados (químicos, eléctricos, manufacturación entre otros), para el bien o servicio que se va a realizar de acuerdo a cada actividad específica que se desarrolle.
- ✓ Presentar al **SUPERVISOR** del contrato el análisis de ciclo de vida del producto y/o servicio a contratar según corresponda.
- ✓ Allegar copia de destinación final de los elementos al momento de radicación de la factura.

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐): Diligenciar el documento de identificación del representante legal

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

ENLACE DE ANEXOS DEL PROCESO PARA CONOCIMIENTO DEL OFERENTE



POLICÍA NACIONAL

4	TALENTO HUMANO (Se realizará verificación de la documentación de los perfiles requeridos en la oferta y el registro fotográfico como soporte de la verificación realizada y se adjuntará a la evaluación del comité.)			
	Los especialistas			
	Los profesionales en salud			
5	ruta de atención al usuario Se verificará que la IPS cuente con rutas de atención al usuario definidas, documentadas y socializadas, garantizando la adecuada orientación, continuidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud.			
6	BUZÓN DE SUGERENCIAS Se realizará la inspección del buzón de sugerencias para confirmar su adecuada disponibilidad, accesibilidad y funcionamiento para los usuarios.			

El Comité evaluador dejara constancia por escrito del cumplimiento o no de los requisitos, así como los soportes y registros que den fe de la trazabilidad para el seguimiento y la presentación de la información, dejando como evidencia un registro fotográfico y un acta elaborada por el Comité Técnico

Resultado de la evaluación técnica

Finalizada la evaluación técnica del oferente Nombre de la entidad se observa que _____ presenta todos o cada uno de los requisitos exigidos, por lo anterior se da concepto _____

Atentamente,

Comité Técnico

Comité Técnico