

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.

ÍTEM	NOMBRE PAQUETE	ACTIVIDAD A REALIZAR	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	OFRECE	
					SI	NO
1	Diagnóstico de las alteraciones respiratorias del sueño (poligrafía respiratoria)	Se deberá Acorde a orden medica emitida por Médico Especialista tratante de la Regional de Aseguramiento en Salud No1 Realizar el siguiente examen Diagnostico: poligrafía, diagnóstico domiciliario según pertinencia	Según orden medica e indicación y criterio del Médico Especialista se debe Realizar el siguiente examen de Diagnósticos: poligrafía, diagnóstico domiciliario según pertinencia	Paquete		
2	Estudio Fisiológico completo del sueño polisomnografía	Diagnostico con equipos de última tecnología en identificación de patologías respiratorias obstructivas durante el sueño. (polisomnografía basal con oximetría, el examen diagnóstico se realizará en las instalaciones del oferente.	Según orden medica se debe Realizar el siguiente examen Diagnostico: · Consulta monitorización y procedimiento Diagnostico Polisomnografía con oximetría en laboratorio de sueño del oferente. Entrega de resultados en un periodo no mayor a 15 días hábiles.	Paquete		
3	Polisomnograma a titulación de dispositivo médico.	Diagnostico con equipos de última tecnología en identificación de patologías respiratorias obstructivas durante el sueño. (polisomnografía en titulación el examen diagnóstico se realizará en las instalaciones del oferente.	Según orden Medico se debe Realizar el siguiente examen de Diagnostico: · Polisomnografía a titulación de dispositivo médico, con capnógrafo en el laboratorio de sueño del oferente. Entrega de resultados en un periodo no mayor a 15 días hábiles	Paquete		
4	Pruebas de latencia múltiple sueño	Diagnostico con equipos de última tecnología en identificación de patologías respiratorias obstructivas durante el sueño. (prueba latencia múltiple sueño) el examen diagnóstico se realizará en las instalaciones del oferente. Debe realizarse con ESTUDIOFISIOLOGICO COMPLETO DEL SUEÑO (POLISOMNOGRAFIA) (ESTUDIO BASAL) la noche anterior. En pacientes que ya usan CPAP/BPAP y persisten con somnolencia puede realizarse el test de latencias múltiples el cual requiere que en la noche anterior se realice POLISOMNOGRAFIA EN TITULACION DE DISPOSITIVO MEDICO (TITULACION DE CPAP) a la presión que lo viene usando.	Según orden Medico e indicación y criterio de especialistas neumólogo, otorrinolaringólogo, o neurólogo, se debe Realizar el siguiente examen de diagnóstico: pruebas de latencia múltiple del sueño. Entrega de resultados en un periodo no mayor a 15 días hábiles	Paquete		
5	Medición no invasiva de CO2 o capnografía	Diagnostico con equipos de última tecnología en identificación de patologías respiratorias obstructivas durante el sueño. El examen diagnóstico se realizará en las instalaciones del oferente.	Según orden medica se debe Realizar el examen diagnostico asociado a Polisomnografía Entrega de resultados en un periodo no mayor a 15 días hábiles.	Evento		

ITEM	CONDICIONES DEL SERVICIO	OFRECE									
		SI	NO								
1	<p>El oferente debe estar habilitado en el REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y comprometerse a mantener vigente la habilitación durante la ejecución del presente proceso en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.1.2.21 del decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, el oferente deberá estar inscrito en el Registro especial Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad a la ley 10 de 1990. Como mínimo en los servicios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otorrinolaringología - Neumología - Terapia respiratoria 										
2	<p>Una vez adjudicado el actual proceso de contratación, el Oferente deberá enviar al correo del supervisor, el listado en Excel de los CUPS contratados con su respectivo valor en pesos, el cual deberá corresponder a los valores de la oferta económica pactada, es de anotar que deberán relacionar la totalidad de servicios y procedimientos a prestar con el fin de ingresarlos al aplicativo GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (SISAP WEB) de la Policía Nacional y de esta manera generar las autorizaciones de servicios de la red externa, así :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th><th>CODIGO CUPS</th><th>DESCRIPCIÓN</th><th>VALOR PACTADO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	No.	CODIGO CUPS	DESCRIPCIÓN	VALOR PACTADO						
No.	CODIGO CUPS	DESCRIPCIÓN	VALOR PACTADO								
3	El Oferente deberá garantizar la prestación del Servicio de forma continua a los usuarios de SSPN, remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1, mediante la aplicación de los conocimientos profesionales, con calidad y seguridad siguiendo los protocolos, bajo los principios de eficacia oportunidad y solidaridad que así lo amerite.										
4	El Oferente se deberá permitir a los Auditores Médicos, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, permitiendo así realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones a la institución, previo envío de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas desarrollados.										
5	El oferente prestara el servicio después de verificar la autorización expedida por parte de la oficina de referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1, orden médica, el documento de identificación del paciente y el carnet de afiliación al sistema de Salud de la Policía Nacional presentados por el usuario. Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que formule la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1, para la atención										
6	El Oferente se deberá enviar mensualmente al supervisor del contrato o quien haga sus veces informe mensual de la ejecución del contrato con la relación de los pacientes y tratamientos realizados, de igual manera el oferente deberá informar de manera escrita al supervisor del contrato el momento en el cual se tenga ejecutado el 70% del recurso asignado al presente contrato y hará seguimiento a su facturación con el fin de no sobre ejecutar el presente contrato.										
7	<p>El Oferente presentará certificado 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.</p> <p>El oferente deberá diligenciar el formulario Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo</p>										
8	El Oferente designará un funcionario competente como apoyo de solución a los inconvenientes que den lugar en la ejecución del contrato, el cual disponga de medios logísticos para la comunicación y el acceso a la información constante, que permita atender los requerimientos realizados por el supervisor del contrato, tales como informes, reuniones, conceptos, entre otros.										
9	El Oferente deberá facilitar a los pacientes una línea de comunicación telefónica, que permita el acceso a la información y consultas necesarias para resolver inquietudes e informar novedades sobre el tratamiento recibido, peticiones, quejas, horarios de atención y programación de procedimientos, medicamentos, entre otros, el horario de atención telefónica jornada continua por el tiempo que dure el contrato										

10	Una vez agotado el presupuesto del contrato, el oferente se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Policía Nacional. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y el contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto.		
11	Por ningún motivo se autorizarán con posterioridad los servicios prestados a usuarios de Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, que nunca fueron notificados y/o informados en su debido tiempo bajo los términos de la Resolución 2335 de 2023 o normatividad que la modifique, al funcionario de la Central de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1.		
12	El oferente deberá asumir como su responsabilidad cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales.		
13	Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley o las autoridades administrativas o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas.		
14	El oferente debe anexar Portafolio de servicios de salud actualizado, una vez se de carta de inicio al presente proceso		
15	El Oferente garantizara que cuenta con la infraestructura, equipos y recurso humano necesario para cumplir con el objeto de la presente contratación.		
16	Una vez adjudicado el actual proceso de contratación, el Oferente deberá presentar un Informe mensual detallado de las atenciones realizadas a cada usuario con medición de indicadores de gestión clínicos y administrativos en reunión con el supervisor del contrato y el coordinador designado por el contratista los cinco (05) primeros días de cada mes, antes de la entrega de la cuenta de cobro.		
17	Una vez adjudicado el actual proceso de contratación, el Oferente enviara a la oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1, el listado de pacientes (contrarreferencia) coherente a la pertinencia médica, para continuar con el tratamiento con su respectiva autorización.		
18	Una vez adjudicado el actual proceso de contratación, el Oferente deberá desarrollar estrategias de prevención y control de patologías respiratorias, las cuales deberán ser informadas previamente al Supervisor del Contrato.		
19	Una vez adjudicado el actual proceso de contratación, el Oferente deberá brindar capacitación al personal médico asistencial de los prestadores propios, de manera trimestral, frente a los criterios que se deben tener en cuenta a la hora de remitir el examen diagnóstico de polisomnografía.		
20	EL OFERENTE deberá realizar la prestación de los procedimientos establecidos en el objeto del contrato, de acuerdo a las especificaciones técnicas y a los protocolos de manejo establecidos científicamente, de manera continua, en las instalaciones del oferente o en el domicilio del usuario.		
21	EL OFERENTE deberá atender a los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional, remitidos por el médico especialista mediante orden de servicio externo, expedida por la oficina de referencia-contrarreferencia, previa autorización del supervisor del contrato.		
22	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		
23	El contratista deberá 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.		
24	El oferente deberá prestar los servicios de salud de acuerdo al modelo de atención integral en salud del SSPN, como parte de la Subred Integral de Prestación de Servicios de Salud de prestadores externos de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, de acuerdo a las rutas de atención integral en salud de enfermedades pulmonares crónicas		
25	El oferente se compromete a suministrar los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) sobre las diferentes actividades de los servicios prestados, ajustada a los parámetros de la Resolución 2275 del 2023 emitida por el Ministerio de la Protección Social por la cual "se		

	expide la resolución única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, soporte de la Factura Electrónica de Venta – FEV en salud”		
26	En caso de requerir un procedimiento que no se encuentre relacionado en el presente contrato, pero que este habilitado por la entidad, aclarando que los mismos corresponden a casos específicos que por la condición clínica del paciente lo amerite y considerándose que son casos excepcionales; deben ser plenamente justificados por el responsable del servicio de la especialidad pertinente y aprobados por el supervisor del contrato. Los cuales realizarán previo envío de cotización por parte del prestador y autorización de la oficina de referencia, contrarreferencia y autorizaciones, además de la verificación de habilitación.		

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**

ITEM	PAQUETE	ACTIVIDAD A REALIZAR	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO APLICA SOBRE EL PRECIO TECHO UNITARIO PARA CADA UNO DE LOS ITEM (IVA INCLUIDO)
1	Diagnóstico de las alteraciones respiratorias del sueño (poligrafía respiratoria)	Se deberá Acorde a orden medica emitida por Médico Especialista tratante de la Regional de Aseguramiento en Salud No1 Realizar el siguiente examen Diagnostico: poligrafía, diagnóstico domiciliario según pertinencia	Según orden medica e indicación y criterio del Médico Especialista se debe Realizar el siguiente examen de Diagnósticos: poligrafía, diagnóstico domiciliario según pertinencia	_____ %
2	Estudio Fisiológico completo del sueño polisomnografía	Diagnostico con equipos de última tecnología en identificación de patologías respiratorias obstructivas durante el sueño. (polisomnografía basal con oximetría, el examen diagnóstico se realizará en las instalaciones del oferente.	Según orden medica se debe Realizar el siguiente examen Diagnostico: · Consulta monitorización y procedimiento Diagnostico Polisomnografía con capnógrafo y oximetría en laboratorio de sueño del oferente. Entrega de resultados en un periodo no mayor a 15 días hábiles.	
3	Polisomnograma a titulación de dispositivo médico.	Diagnostico con equipos de última tecnología en identificación de patologías respiratorias obstructivas durante el sueño. (polisomnografía en titulación el examen diagnóstico se realizará en las instalaciones del oferente.	Según orden Medico se debe Realizar el siguiente examen de Diagnostico: · Polisomnografía a titulación de dispositivo médico, con capnógrafo en el laboratorio de sueño del oferente. Entrega de resultados en un periodo no mayor a 15 días hábiles	
4	Pruebas de latencia múltiple sueño	Diagnostico con equipos de última tecnología en identificación de patologías respiratorias obstructivas durante el sueño. (prueba latencia múltiple sueño) el examen diagnóstico se realizará en las instalaciones del oferente. Debe realizarse con ESTUDIOFISIOLOGICO COMPLETO DEL SUEÑO (POLISOMNOGRAFIA) (ESTUDIO BASAL) la noche anterior. En pacientes que ya usan CPAP/BPAP y persisten con somnolencia puede realizarse el test de latencias múltiples el cual requiere que en la noche anterior se realice POLISOMNOGRAFIA EN TITULACION DE DISPOSITIVO MEDICO (TITULACION DE CPAP) a la presión que lo viene usando.	Según orden Medico e indicación y criterio de especialistas neumólogo, otorrinolaringólogo, o neurólogo, se debe Realizar el siguiente examen de diagnóstico: pruebas de latencia múltiple del sueño. Entrega de resultados en un periodo no mayor a 15 días hábiles	
5	Medición no invasiva de CO2 o capnografía	Diagnostico con equipos de última tecnología en identificación de patologías respiratorias obstructivas durante el sueño. El examen diagnóstico se realizará en las instalaciones del oferente.	Según orden medica se debe Realizar el examen diagnostico asociado a Polisomnografía. Entrega de resultados en un periodo no mayor a 15 días hábiles.	

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: 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 proponente que garantice la oportunidad en la asignación de la cita para realizar el examen menor a 10 días

INDICADOR DE OPORTUNIDAD				
ÍTEM	DESCRIPCIÓN	ASIGNACIÓN DE PUNTAJE	OFRECE	
			SI	NO
1	El oferente que brinde oportunidad en programación de citas para realizar el examen diagnostico ESTUDIO FISIOLÓGICO COMPLETO DEL SUEÑO POLISOMNOGRAFÍA (menor a 10 días calendario	250		
2	El oferente que brinde oportunidad en asignación de citas para POLISOMNOGRAFÍA EN TITULACIÓN DE DISPOSITIVO MÉDICO menor a 10 días calendario	200		
3	El oferente que brinde oportunidad en asignación de citas para DIAGNÓSTICO DE LAS ALTERACIONES RESPIRATORIAS DEL SUEÑO (POLIGRAFÍA RESPIRATORIA) menor a 10 días calendario	50		

Nota 1: El oferente diligenciará el formulario **FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN**.

Nota 2: La aplicación de los puntajes en el anterior cuadro se realizará de la siguiente manera: 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 021 2026** , durante la vigencia del contrato si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto la **PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA DE USUARIOS CON PATOLOGÍAS DEL SUEÑO 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 DE LOS SERVICIOS DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA DE USUARIOS CON PATOLOGÍAS DEL SUEÑO 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

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 Menor Cuantía **PN RASES No. 1 SA 021 2026**, que tiene por objeto **LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA DE USUARIOS CON PATOLOGÍAS DEL SUEÑO 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 Menor Cuantía **PN RASES No. 1 SA 021 2026**, convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 DE LA POLICÍA NACIONAL cuyo objeto **LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA DE USUARIOS CON PATOLOGÍAS DEL SUEÑO 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 incurso 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 MENOR CUANTÍA, Número **PN RASES No. 1 SA 021 2026** cuyo objeto **LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA DE USUARIOS CON PATOLOGÍAS DEL SUEÑO 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 destinarán para el desarrollo del proceso de CONTRATACION SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA numero **PN RASES No. 1 SA 021 2026** cuyo objeto **LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA DE USUARIOS CON PATOLOGÍAS DEL SUEÑO 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 MENOR CUANTÍA, Número **PN RASES SA 021 2026** cuyo objeto **LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA DE USUARIOS CON PATOLOGÍAS DEL SUEÑO 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 DE LOS SERVICIOS DE DIAGNOSTICO,
TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA DE USUARIOS CON PATOLOGÍAS DEL SUEÑO
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 MENOR CUANTIA, Número **PN RASES No. 1 SA 021 2026** cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA DE USUARIOS CON PATOLOGÍAS DEL SUEÑO 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 CONTRATACIÓN MENOR CUANTÍA, para la celebración de un contrato estatal para la **PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA DE USUARIOS CON PATOLOGÍAS DEL SUEÑO 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 compete 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 021 2026** que tiene por objeto la **PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA DE USUARIOS CON PATOLOGÍAS DEL SUEÑO 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

Apojo emprendimiento y empresas de mujeres del proceso de CONTRATACIÓN MENOR CUANTÍA, Número **PN RASES No. 1 SA 021 2026** cuyo objeto es **PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA DE USUARIOS CON PATOLOGÍAS DEL SUEÑO 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:**

<p>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.</p> <p>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)</p>	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	

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: _____