

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS PARA AFILIADOS EN EL PROGRAMA DE SALUD DE COMFAORIENTE EPS-S PARA LA VIGENCIA 2023.

La Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano COMFAORIENTE y el Programa como Entidad Promotora de Salud para la Operación del Régimen Subsidiado de la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano – COMFAORIENTE, identificado con el código CCF050 para el Régimen Subsidiado y el CCFC50 para el Régimen Contributivo, por movilidad, convocan A:

PROVEEDORES DE OPERADOR LOGÍSTICO DE TRANSPORTE INTERNO INTERMUNICIPAL E INTERDEPARTAMENTAL

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO – COMFAORIENTE-, es una corporación de derecho privado, de acuerdo con lo señalado en el artículo 39 de la Ley 21 de 1982¹ y el parágrafo 2 del artículo 19 de la Ley 1797 de 2016², por lo cual sus procesos contractuales se rigen de conformidad con los manuales de contratación propios.

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO – COMFAORIENTE -, tiene como una de sus funciones la de adoptar la política administrativa y financiera de **COMFAORIENTE**, teniendo en cuenta el Régimen Orgánico del Subsidio Familiar, las directrices impartidas por el Gobierno Nacional y el Consejo Directivo de la Corporación, autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud para funcionar como Entidad Promotora de Salud -EPS, mediante la Resolución No. 002862 de 2015 “*por medio de la cual se habilita excepcionalmente como EPS del Régimen Subsidiado a la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano- COMFAORIENTE, identificado con NIT. 890.500.675-6*”, Resolución No. 1804 del 24 de junio de 2016 “*Por la cual se CONFIRMA la HABILITACIÓN otorgada, se aprueba una operación en nuevos Municipios y un aumento en la Capacidad de Afiliación al Programa como Entidad Promotora de Salud para la operación del Régimen Subsidiado de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO – COMFAORIENTE con NIT 890.500.675-6, y se dictan otras disposiciones*” y Resolución N°8674 del 18 de julio de 2018, “*Por la cual actualiza la Autorización de Funcionamiento otorgada mediante Resolución 2862 de 2015 al Programa de Entidad Promotora de Salud de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ORIENTE COLOMBIANO -COMFAORIENTE NIT. 890500675-6, para la operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se dictan otras disposiciones.*”

Es deber de **LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO – COMFAORIENTE** -, implementar mecanismos caracterizados para una total transparencia en cuanto a los procesos de contratación que deba realizar.

La Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano **COMFAORIENTE** -, de conformidad con el Artículo 83³ de la Constitución Política de Colombia, presume que toda la información que los proponentes alleguen con la propuesta es veraz y corresponde a la realidad.

Para **COMFAORIENTE EPS-S** como Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud es importante garantizar a sus afiliados los servicios de salud con calidad y oportunidad, razón por la cual convoca a proveedores de operador logístico de transporte interno intermunicipal e interdepartamental, ofreciendo los servicios de operador logístico para el traslado de pacientes a consultas médicas , procedimientos u otros servicios para pacientes con fallos de tutelas , con diferentes patologías con cargo a la UPC, los cuales deberán estar asociados a la plataforma del Ministerio de salud para la realización del

¹ Artículo 39 de la Ley 21 de 1982 “Las Cajas de Compensación Familiar son personas jurídicas de derecho privado sin ánimo de lucro, organizadas como corporaciones en la forma prevista en el Código Civil, cumplen funciones de seguridad social y se hallan sometidas al control y vigilancia del Estado en forma establecida por la Ley”

² Artículo 19 de la Ley 1797 de 2016 “...parágrafo 2o. El régimen de contratación de las Cajas de Compensación Familiar continuará siendo de derecho privado...”

³ **ARTÍCULO 83.** Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas.”

debido proceso tratándose de pacientes con fallos de tutela y que actualmente tengan sus servicios debidamente habilitados bajo la normatividad vigente, con el fin de garantizar la accesibilidad a la prestación de Servicios de Salud de Baja, Mediana y Alta complejidad de manera oportuna y eficaz a los afiliados para la vigencia 2023.

COMFAORIENTE EPS-S, en aras de crear igualdad de oportunidades y buscando una amplia participación de acuerdo a que:

- La Ley 100 de 1.993 y sus decretos reglamentarios crearon el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- El Artículo 217 de la Ley 100 de 1.993, facultó al *Programa como Entidad Promotora de Salud para la Operación del Régimen Subsidiado de la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano – COMFAORIENTE* a ejercer las funciones propias de la Administración del Régimen Subsidiado de Salud.
- Al Programa como Entidad Promotora de Salud de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO – COMFAORIENTE** le corresponde asegurar y garantizar a todos sus afiliados la prestación efectiva de los servicios de Salud contenidos en el Plan de Beneficios de Salud.
- La contratación de servicios de salud enmarcado en la normatividad vigente que se relacionan a continuación: la Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Decreto 4747 de 2007, Decreto 780 de 2016 emanados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Acuerdo N°001 del 21 de enero de 2022, por medio del cual se aprobó el Manual de Contratación de la Corporación, el Manual de Contratación M-EPSS-06 de COMFAORIENTE EPS-S, Decreto 441 de 2022 y demás normas que adicionen, modifiquen o sustituyan.
- El Consejo Directivo de la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano – COMFAORIENTE-, mediante el Acta No. 1150 del 18 de octubre de 2022, aprobó **“EL INICIO DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES Y PROVEEDORES DE OPERACIÓN LOGÍSTICA PARA LA ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD VIGENCIA 2023...”**
- La Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano – **COMFAORIENTE**-, pone a disposición de los interesados, las condiciones para la selección de la Red de Prestadores de Servicios de Salud del Programa como Entidad Promotora de Salud para la operación del Régimen Subsidiado de la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano – **COMFAORIENTE** para la vigencia 2023.
- El Programa como Entidad Promotora de Salud para la operación del Régimen Subsidiado de la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano – **COMFAORIENTE** -, teniendo en cuenta que le rige el derecho privado, evaluará y estudiará las propuestas recibidas, siempre buscando la eficiencia, eficacia, oportunidad y calidad en la atención y en la prestación del servicio a la población afiliada en el marco de la integralidad en la atención en salud, que coadyuve el buen uso y la optimización y suficiencia de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Teniendo en cuenta que la contratación de los servicios de salud por su especialísima condición de la salud como derecho fundamental y la garantía, continuidad e integralidad que le corresponde asegurar al Programa como Entidad Promotora de Salud para la operación del Régimen Subsidiado de la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano – **COMFAORIENTE**-, en el marco de la evaluación de la suficiencia de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el estudio para una posible contratación se hará a criterio de La Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano – **COMFAORIENTE**-, cumpliendo con la normatividad vigente y los procesos establecidos de **COMFAORIENTE EPS-S**.

Requisitos Solicitados:

CAPACIDAD JURIDICA

1. Carta de presentación de la propuesta económica y tarifas, de acuerdo al formato adjunto como **(ANEXO 1)**. La documentación debe presentarse de manera ordenada conforme a los ITEMS indicados y debidamente foliada.
2. Copia de la cédula de ciudadanía del representante legal.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal, expedida por la Cámara de Comercio, con una antelación máxima de treinta (30) días.
4. Acta de constitución de la sociedad, radicada en Cámara de Comercio **(SI APLICA)**.
5. Certificado de antecedentes judiciales del representante legal y cada socio **(SI APLICA)**, expedido por la Policía Nacional de Colombia.
6. Certificado de antecedentes fiscales de la entidad, del representante legal y cada socio **(SI APLICA)**, expedido por la Contraloría General de la República.
7. Certificado de antecedentes disciplinarios de la entidad, del representante legal y cada socio **(SI APLICA)**, expedido por la Procuraduría General de la Nación.
8. Certificado del pago de aportes parafiscales de los 3 últimos meses, firmada por el Contador Público o Revisor Fiscal.
9. Formato diligenciado de Certificación de compromiso anticorrupción, **(ANEXO 2)**
10. Formato diligenciado de declaración de régimen de inhabilidades e incompatibilidades y conflictos de intereses para contratar con la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano – COMFAORIENTE. **(ANEXO 3)**
11. Formato diligenciado de Certificación de no estar incurso en inhabilidades e incompatibilidades **(ANEXO 4)**
12. Formato diligenciado certificación de compromiso protección de la información **(ANEXO 5)**
13. Formato Declaración SARLAFT/FPADM/SICOF **(ANEXO 6)**.
14. Formulario Único del sistema de administración del riesgo del lavado de activos y financiación del terrorismo SARLAFT/FPADM Y/O CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE - SICOF O CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD DE CARÁCTER ILÍCITO **(ANEXO 7)**

CAPACIDAD FINANCIERA

15. Copia del RUT **(CON FECHA DE GENERACION NO MAYOR A 30 DIAS)**.
16. Acta de posesión del Revisor Fiscal **(SI APLICA)**.
17. Certificado Original de la Cuenta Bancaria **(CERTIFICADO NO SUPERIOR A TREINTA DÍAS, DESDE LA FECHA DE EXPEDICIÓN)**.
18. Estado de Situación Financiera con corte a septiembre de 2022, debidamente firmados.
19. Estado de Resultados con corte a septiembre de 2022, debidamente firmados.
20. Declaración de renta y complementarios y/o declaración de ingresos y patrimonio vigencia 2021, debidamente presentada.

CAPACIDAD TECNICA

21. Carta de presentación de propuesta
22. Portafolio de servicios
23. Formato único de extracto del contrato del servicio público de transporte terrestre automotor especial
24. Cámara de comercio actualizada y vigente
25. Certificación bancaria y original y actualizado
26. Certificado de pagos y aportes parafiscales
27. Fotocopia de la cedula del representante legal
28. Tarjeta de propiedad de vehículos, vehículo autorizado para presentar el servicio de transporte especial
29. Fotocopia del RUNT
30. Fotocopia de la póliza vigente del seguro obligatorio de accidente de tránsito SOAT
31. Fotocopia de certificación de revisión técnico mecánica y emisión contaminante vigente, en caso de que aplique
32. Fotocopia de licencia de tránsito de vehículos según normatividad vigente

33. Fotocopia de licencia de conducción del conductor o conductores que le acredite la conducción de la respectiva clase del vehículo
34. Póliza civil extracontractual que deberá cubrir al menos los siguientes riesgos:
- Muerte o lesión a una persona
 - Daños a bienes a terceros
 - Muerte o lesiones a dos o más personas,
- el monto asegurable por cada riesgo no podrá ser inferior a cien (100) SMMLV, por persona cuantías que deberán cubrir el amparo de perjuicio inmaterial
35. Póliza de responsabilidad civil contractual expedida por una compañía de seguro autorizada para operar en Colombia que deberán cubrir al menos los siguientes riesgos
- Muerte
 - Incapacidad permanente
 - Incapacidad temporal
 - Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios
- El monto asegurable por cada riesgo no podrá ser inferior a cien (100) SMMLV por persona, cuantía que deberá cubrir el amparo de perjuicios inmateriales
36. Fotocopias de los soportes de afiliación y pagos de seguridad social de los conductores
37. Documento que conste y acredite el estricto cumplimiento del Decreto 1079 de 2015, Único Reglamentario del Sector Transporte y Decreto 478 de 2021.
38. Precios de transportes interno, en físico y en medio magnético (CD), en **FORMATO EXCEL**, así:
39. Listado de precios (si es el caso), ilustración en el siguiente cuadro: (*ejemplo caso práctico*).

ESTA COLUMNAS HACE REFERENCIA AL CODIGO ÚNICO DE TRANSPORTE "CUMS"	ESTA COLUMNAS HACE REFERENCIA AL CODIGO ÚNICO DE TRANSPORTE "CUMS"	ESTA COLUMNA HACE REFERENCIA AL NOMBRE DEL TRANSPORTE A OFRECER.	2. MEDICAMENTOS 3. MATERIALES/INSUMOS (CODIGOS PROPIOS) 4. PRODUCTOS NUTRICIONALES (TABLA MIPRES) 5. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (TABLA MIPRES)	1. PBS 2. NO PBS	ESTA COLUMNA HACE REFERENCIA AL VALOR "UNITARIO" (TABLETA, CAPSULA, U.I. (UNIDAD INTERNACIONAL), ETC. DEL MEDICAMENTO O INSUMO A OFRECER.
CODIGO DE MIPRES	CODIGO TARIFAS	DESCRIPCIÓN	TIPO CLASIFICACION	PBS-NO PBS	VALOR UNITARIO
151-	151-	TRANSPORTE NO AMBULANCIA	5	2	\$ 0.000 (REFLEJAR VALOR UNIDAD)

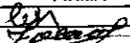
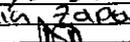
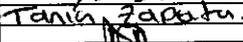
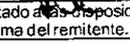
40. La Capacidad instalada, operativa, logística y de gestión para la prestación del servicio (**RECURSOS FÍSICOS, RECURSOS TECNOLÓGICOS Y RECURSO HUMANO**).

Los interesados deberán presentar la documentación requerida en original de manera legible y completa en la sede de COMFAORIENTE EPS-S, ubicada en la Avenida 2 número 13-55, Barrio La Playa de la Ciudad de Cúcuta.

El plazo de recepción de las propuestas vence el día 24 de febrero de 2023 a las 2:00 PM.

Cualquier aclaración o consulta relacionada con el proceso se puede realizar en la oficina del área de contratación de **COMFAORIENTE EPS'S**, ubicada en la Av. 2 No. 13-55, del Barrio La Playa de la Ciudad de Cúcuta, teléfono 5755560 ext. 2808 y/o vía correo electrónico al email contratacion.eps@comfaoriente.com.

OMAR JAVIER PEDRAZA FERNÁNDEZ
Director Administrativo COMFAORIENTE

	CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
Elaboró	Leidy Karina Blanco Niño	Asistente de autorizaciones	
Revisó	Jefe Grupo de Contratación	Yolanda Montaña Yaruro.	
Revisó	Jefe Grupo de Autorizaciones	Tania Patricia Zapata Chacón	
Revisó	Gerente COMFAORIENTE EPS-S	Almanury Pérez Contreras	

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las disposiciones legales y/o técnicas vigentes y, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma del remitente.

ANEXO 1 - FORMATO DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTA

Lugar y fecha

Señores
COMFAORIENTE

REFERENCIA: Convocatoria para la Contratación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud de COMFAORIENTE EPS-S para la vigencia 2023.

Cordial saludo.

[Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente], identificado como aparece al pie de mi firma, [obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [nombre del Proponente], presento Propuesta para el Proceso de Contratación de la referencia y hago las siguientes manifestaciones:

1. Que conozco y acepto los documentos del Proceso y recibí de **COMFAORIENTE** respuesta oportuna a cada una de las solicitudes.
2. Que estoy autorizado para suscribir y presentar la Propuesta en nombre del Proponente y estoy autorizado para suscribir el contrato si el Proponente resulta adjudicatario del Proceso de Contratación de la referencia.
3. Que la Propuesta que presento cumple con la totalidad de los requisitos y especificaciones definidas en la convocatoria.
4. Que la Propuesta está adjunta a la presente comunicación y ha sido elaborada de acuerdo con los documentos del Proceso.
5. Que al presentar esta propuesta doy por conocido y aceptado el procedimiento del Ministerio de Salud y Protección Social denominado "Delegado Administrativos MIPRES V3.0" , anexo a este formato y me encuentro inscrito como proveedor, para lo cual anexo pantallazo.
6. Que los documentos que presento con la Propuesta son ciertos y han sido expedidos por personas autorizadas para el efecto.
7. Que la Propuesta económica adjunta fue elaborada teniendo en cuenta todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones que se causen con ocasión de la presentación de la Propuesta, suscripción y ejecución del contrato y que, en consecuencia, de resultar adjudicatario no presentaré reclamos con ocasión del pago de tales gastos.
8. Que en caso de resultar adjudicatario, aceptaré tomare las pólizas exigidas por COMFAORIENTE.
9. Que, en caso de resultar adjudicatario, suscribiré el contrato en la fecha prevista para tal

efecto.

10. Que, en caso de resultar adjudicatario, me obligo a presentar las garantías previstas en los documentos del Proceso.
11. Que en caso de resultar adjudicatario me comprometo a que, a la terminación de la vigencia del Contrato, cumpliré con la totalidad del objeto y las obligaciones contractualmente pactadas.
12. Que el Proponente está a paz y salvo con los pagos frente al sistema de seguridad social integral y demás aportes relacionados con las obligaciones laborales.
13. Que autorizo a COMFAORIENTE para que realice las consultas correspondientes del boletín de responsables fiscales, el certificado de antecedentes disciplinarios, el certificado de antecedentes judiciales.
14. Recibiré notificaciones en la siguiente dirección

Persona de contacto	[Nombre]
Dirección	[Dirección de la compañía]
Teléfono	[Teléfono de la Celular]
e-mail	[Dirección de correo electrónico de la compañía]

Firma del Representante Legal

Nombre



**MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Delegados Administrativos MIPRES V3.0



Oficina TIC, Noviembre 2022

Contenido

- 01. Delegado Administrativo EPS**
- 02. Delegado Administrativo IPS**
- 03. Delegado Administrativo Proveedor**
- 04. Delegado Administrativo Proveedor Persona Natural**



Delegado Administrativo ?

01 Delegado Administrativo EPS

Delegado Administrativo EPS



Paso 1. El representante legal de cada EPS debe registrarse en el portal web de Mi Seguridad Social en el siguiente enlace: www.miseguridadsocial.gov.co. Primero debe hacerlo como persona natural y luego registrar la Entidad, es decir, registrarla como persona jurídica.



Paso 2. El representante legal de la EPS debe nombrar un Delegado en Mi Seguridad Social, por la opción "Administrar Autorizados", el cual se encargará de la administración del aplicativo MIPRES para su entidad. Recuerde que, si su entidad cuenta con régimen contributivo y régimen subsidiado deberá asignar el Delegado por casa uno de los regímenes.



Paso 3. El delegado nombrado en Mi Seguridad Social debe registrarse en el portal web www.miseguridadsocial.gov.co como persona natural.

Delegado Administrativo EPS



Paso 4. El Delegado debe registrarse en el Módulo de Registro de Usuarios de MIPRES en el siguiente enlace:

https://hercules.sispro.gov.co/SecurityWeb2/ALCANCE_user_esq2/RegistrarUsuario.aspx



Paso 5. Una vez registrado el Delegado Administrativo EPS, debe ingresar en el Módulo de Administración de Usuarios para la creación de su red de prestadores de servicios de salud – IPS y Proveedores, activación de usuarios y asignación de roles, en el siguiente enlace: <https://hercules.sispro.gov.co/SecurityWeb2/>

Recuerde que, si su entidad cuenta con régimen contributivo y régimen subsidiado deberá realizar la creación de su red de prestadores de servicios de salud – IPS y Proveedores, activación de usuarios y asignación de roles, por cada uno de los regímenes.

02 Delegado Administrativo IPS

Delegado Administrativo IPS



Paso 1. La IPS debe estar inscrita en el Registro de Prestadores de Servicios de Salud – REPS y encontrarse habilitada como tal.



Paso 2. El representante legal de cada IPS o Entidad debe registrarse en el portal web de Mi Seguridad Social en el siguiente enlace: www.miseguridadsocial.gov.co. Primero debe hacerlo como persona natural y luego registrar la entidad, es decir, registrarla como persona Jurídica.



Paso 3. El representante legal debe nombrar un Delegado en mi seguridad social, por la Opción “Administrar Autorizados”, el cual se encargará de la administración del aplicativo MIPRES para su entidad.

Delegado Administrativo IPS



Paso 4. El delegado nombrado en Mi Seguridad Social debe registrarse en el portal web www.miseguridadsocial.gov.co como persona natural.



Paso 5. El Delegado debe registrarse en el Módulo de Registro de Usuarios de MIPRES en el siguiente enlace:
https://hercules.sispro.gov.co/SecurityWeb2/ALCANCE_user_esq2/RegistrarUsuario.aspx



Paso 6. Una vez registrado el Delegado Administrativo IPS, debe ingresar en el Módulo de Administrador de Usuarios para la activación de usuarios y asignación de roles, en el siguiente enlace: <https://hercules.sispro.gov.co/SecurityWeb2/>

03 Delegado Administrativo Proveedor

Delegado Administrativo Proveedor



Paso 1. El representante legal de cada Proveedor debe registrarse en el portal web de Mi Seguridad Social en el siguiente enlace: www.miseguridadsocial.gov.co. Primero debe hacerlo como persona natural y luego registrar la Entidad, es decir, registrarla como persona jurídica.



Paso 2. El representante legal del proveedor debe nombrar un Delegado en Mi Seguridad Social, por la opción "Administrar Autorizados", el cual se encargará de la administración del aplicativo MIPRES para su entidad.



Paso 3. El delegado nombrado en Mi Seguridad Social debe registrarse en el portal web www.miseguridadsocial.gov.co como persona natural.

Delegado Administrativo Proveedor



Paso 4. El Delegado debe registrarse en el Módulo de Registro de Usuarios de MIPRES en el siguiente enlace:

https://hercules.sispro.gov.co/SecurityWeb2/ALCANCE_user_esq2/RegistrarUsuario.aspx



Paso 5. Una vez registrado el Delegado Administrativo Proveedor, debe ingresar en el Módulo de Administrador de Usuarios para la activación de usuarios y asignación de roles, y creación de sedes proveedor en el siguiente enlace:

<https://hercules.sispro.gov.co/SecurityWeb2/>

04 Delegado Administrativo Proveedor Persona Natural

Delegado Administrativo Proveedor Persona Natural



Paso 1. El proveedor persona natural debe registrarse en el portal web de Mi Seguridad Social en el siguiente enlace www.miseguridadsocial.gov.co como persona natural.



Paso 2. Luego debe registrarse en el Módulo de Registro de Usuarios de MIPRES en el siguiente enlace:
https://hercules.sispro.gov.co/SecurityWeb2/ALCANCE_user_esq2/RegistrarUsuario.aspx



Paso 3. Una vez registrado el Delegado Administrativo Proveedor Persona Natural, debe ingresar en el Módulo de Administrador de Usuarios para la activación de usuarios y asignación de roles, en el siguiente enlace:
<https://hercules.sispro.gov.co/SecurityWeb2/>



¡Gracias!

 <p>COMFAORIENTE EPS'S EMPRESA PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO</p>	CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	VERSION: 02	CODIGO: F-EPSS-111
	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO COMFAORIENTE	Fecha de Aprobación: 10/09/2022	
	EPS-S	Página 1 de 1	

CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Yo, _____, identificado con la cédula No. _____ de _____ obrando en representación legal de _____, con NIT. _____, me permito CERTIFICAR al DIRECTOR ADMINISTRATIVO de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO – COMFAORIENTE que:

1. No estamos incurso en causal de inhabilidad e incompatibilidad de conformidad en lo dispuesto del Decreto 2463 de 1981, Ley 789 de 2002 y demás normas que dispongan la ley, para celebrar el proceso de contratación y posterior contrato del objeto anterior mencionado.
2. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebendas a los funcionarios de la entidad contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
3. Nos comprometemos a no ocultar ningún tipo de información que pueda afectar la celebración de contratos.
4. No comprometemos a no realizar fraude o ningún otro acto ilícito.
5. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colisión en el proceso de contratación.
6. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el proceso de contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
7. 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.
8. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmamos este documento a los días del mes de

_____ del año _____.

Representante Legal

Representante Legal suplente

COPIA CONTROLADA

 <p>COMFAORIENTE E.P.S.'S EMPRESA PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO</p>	DECLARACIÓN SARLAFT/FPADM/SICOF	VERSION: 02	CODIGO: F-EPSS- 112
	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO COMFAORIENTE	Fecha de Aprobación: 10/09/2022	
	EPS-S	Página 1 de 1	

DECLARACIÓN

Obrando en nombre propio y/o en representación de la persona jurídica, declaro expresamente que la información suministrada es verídica, cierta y fidedigna, así mismo, declaro:

1. Los recursos poseídos provienen de la (s) siguiente (s) actividad (es):

_____.

2. Ni el suscrito y/o ni su representada están relacionados, ni pretenden involucrar a la Caja de Compensación del Oriente Colombiano COMFAORIENTE ni a ninguna de sus unidades de negocio, en actividades relacionadas con delitos tales como: lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, corrupción, opacidad, fraude o cualquier otra actividad de carácter ilícito.

3. Los bienes y/o servicios y/o recursos recibidos por la Caja de Compensación del Oriente Colombiano COMFAORIENTE y/o alguna de sus unidades de negocio con ocasión de la relación comercial, serán destinados al desarrollo de actividades lícitas.

A través de la firma del presente documento declaro mi conformidad con el almacenamiento, procesamiento y utilización por parte de la Caja de Compensación del Oriente Colombiano COMFAORIENTE y/o alguna de sus unidades de negocio de los datos suministrados a través del diligenciamiento del presente formulario, esto en los términos que establece la Ley 1581 de 2012 - Ley de Protección de Datos Personales.

El abajo firmante declara bajo la gravedad de juramento que la información diligenciada para el proceso contractual y la de sus es verdadera y que no se encuentra dentro de ninguna de las inhabilidades para contratar con la Caja de Compensación del Oriente Colombiano COMFAORIENTE y/o alguna de sus unidades de negocio, previstas por la Ley.

Se expide a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Representante Legal

Representante Legal suplente

COPIA CONTROLADA

 <p>COMFAORIENTE E.P.S.'S EMPRESA PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO</p>	CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	VERSION: 02	CODIGO: F-EPSS-113
	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO COMFAORIENTE EPS-S	Fecha de Aprobación:10/09/2022	
		Página 1 de 1	

CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, _____, identificado con la cédula No. _____ de _____ obrando en representación legal de _____, con NIT. _____ me permito manifestar a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO – COMFAORIENTE- que:

Reconozco y acepto que, las bases de datos, los manuales de procedimiento, la documentación y en general toda la información a la que tenga acceso como CONTRATISTA, son de propiedad de COMFAORIENTE, por lo tanto, garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al objeto contractual.

También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o enajenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.

Manifiesto conocer la política de manejo de datos de COMFAORIENTE y el manual de procedimientos para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano COMFAORIENTE, que se encuentra publicado en la página web **www.comfaorientes.com**, quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

Se expide a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Representante Legal

 <p>COMFAORIENTE EPS'S EMPRESA PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO</p>	<p>RÉGIMEN DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y CONFLICTOS DE INTERESES</p>	<p>VERSION: 02</p>	<p>CODIGO: F- EPSS-114</p>
	<p>CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO COMFAORIENTE</p>	<p>Fecha de Aprobación: 10/09/2022</p>	
	<p>EPS-S</p>	<p>Página 1 de 1</p>	

Régimen de inhabilidades, incompatibilidades y Conflictos de intereses, para contratar con la Caja de Compensación del Oriente Colombiano COMFAORIENTE (Decreto Ley 2463 de 1981 y Ley 789 de 2002 Art. 23).

NIT o CÉDULA: _____

NOMBRE o RAZON SOCIAL: _____

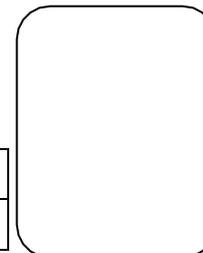
Declaro bajo mi responsabilidad

1. Que no tengo la calidad de funcionario, miembro del Consejo Directivo, Director Administrativo, Revisor Fiscal de COMFAORIENTE o funcionario de Asociaciones de Cajas, ni he desempeñado alguno de estos cargos en el año inmediatamente anterior a la firma de este documento. Que tampoco actúo en nombre de las personas mencionadas.
2. Que con funcionarios, miembros del Consejo Directivo, Director Administrativo, Revisor Fiscal de COMFAORIENTE o funcionarios de Asociaciones de Cajas, o personas que ostentaron estos cargos durante el año anterior a la firma de este documento, no poseo ninguno de los siguientes vínculos: cónyuge, hijo, padre, abuelo, nieto, hermano, suegro, nuera, o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante.
3. Que con funcionarios, miembros del Consejo Directivo, Director Administrativo, Revisor Fiscal de COMFAORIENTE o funcionarios de Asociaciones de Cajas, o personas que ostentaron estos cargos durante el año anterior a la firma de este documento, no tengo asociación profesional, comunidad de oficina o sociedad de personas o limitada.
4. En nombre de la sociedad de personas, limitada o de hecho que represento, manifiesto que ningún funcionario, miembro del Consejo Directivo, Director Administrativo, Revisor Fiscal de COMFAORIENTE o funcionarios de Asociaciones de Cajas, o el cónyuge de las personas indicadas, hacen o hicieron parte de esta sociedad, en calidad de socios, durante el año anterior a la firma de este documento.
5. En nombre de la sociedad anónima o comandita, por acciones que represento, manifiesto que ningún funcionario, miembros del Consejo Directivo, Director Administrativo, Revisor Fiscal de COMFAORIENTE o funcionarios de Asociaciones de Cajas, ni el cónyuge de las personas indicadas, de manera conjunta o separadamente, tienen o han tenido durante el año anterior a la firma de este documento, más de cuarenta por ciento (40%) del capital social de la respectiva sociedad.
6. Que en caso de existir un vínculo de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, primero de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante) en mi calidad de contratista persona natural o de alguno de los socios o asociados de la persona jurídica que represento, con el Director Administrativo, algún miembro del Consejo Directivo o administrador, de COMFAORIENTE, me comprometo a informarlo a fin de que ésta, de aplicación a las medidas definidas por el artículo 23 de la Ley 789 de 2002 en caso de existir conflicto de interés.

En el evento de presentarse vínculos de parentesco que den lugar a inhabilidades, incompatibilidades y conflictos de interés a la vez, dicha situación será tenida como una causal de inhabilidad e incompatibilidad y se dará aplicación a las normas que rigen esta última, por ser una figura de mayor entidad que el conflicto de interés.

Firma del representante legal
o persona natural: _____

NOMBRES	
APELLIDOS	



Índice derecho

 <p>COMFAORIENTE E.P.S.'S EMPRESA PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO</p>	CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	VERSION: 02	CODIGO: F-EPSS-115
	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO COMFAORIENTE	Fecha de Aprobación: 10/09/2022	
	EPS-S	Página 1 de 1	

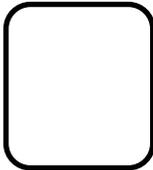
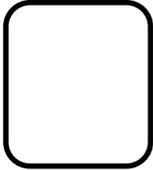
Señores

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO – COMFAORIENTE

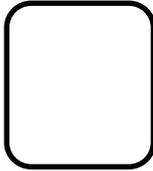
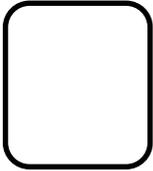
Los abajo firmantes manifestamos y declaramos bajo la gravedad de juramento que no nos encontramos incursos en las inhabilidades e incompatibilidades contenidas en el decreto Ley 2463 de 1981, en la Ley 789 de 2002, ni en ninguna otra norma constitucional legal o reglamentaria. Así mismo, manifestamos que en caso de que sobreviniere alguna de ellas y el contrato estuviese en ejecución, renunciaremos a la ejecución del mismo de manera inmediata.

Razón Social de la Empresa: _____

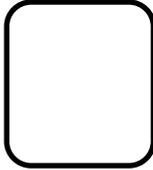
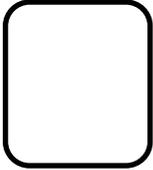
NIT: _____

_____		_____	
Firma Representante Legal	Huella		Huella

_____		_____	
C.C.		C.C.	

_____		_____	
Firma Representante Legal Suplente	Huella		Huella

_____		_____	
C.C.		C.C.	

_____		_____	
	Huella		Huella

_____		_____	
C.C.		C.C.	

VIGILADO SuperSubsidio 


VIGILADO Supersalud
 Línea de Atención al Usuario: 6900870 – Bogotá, D.C.
 Línea Gratuita Nacional: 0 800 051 0383

COPIA CONTROLADA

Para diligenciar este documento, llene todos los espacios del formulario en letra imprenta, sin tachones ni emendaduras. Aquellos cuyo diligenciamiento no aplique, coloque N/A. (Marque con una "X" las opciones de respuesta)

FECHA: DD MM AA

DATOS GENERALES

Nombre o Razón Social _____ NIT. _____ DV _____

Apellidos y Nombres del Representante Legal _____ C.C. _____

Dirección Comercial _____ Ciudad _____

Código Ciudad _____ Código Departamento _____ País _____

Teléfono _____ Fax _____ Mail _____ A.A. _____

Datos exclusivos para personas naturales

Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección Residencia _____ Teléfono Residencia _____

Ocupación, Oficio o Profesión _____

Identificación Persona Expuesta Políticamente y/o Públicamente

Si señaló la opción SI en alguna de las preguntas anteriores, favor indicar la siguiente información:

¿Goza o gozó de reconocimiento público?	SI	NO	Cargo _____
¿Administra o administró recursos públicos?	SI	NO	Fecha de vinculación _____
¿Ejerce o ejerció poder público en algún grado?	SI	NO	Fecha desvinculación _____

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

Actividad Económica (DIAN) _____

Clase de Sociedad _____

No. Registro Cámara de Comercio _____

No. Registro de Personería Jurídica _____

Régimen: Común Simplificado Especial Número de Formulario (R.U.T.) _____

Fecha de Actualización - Rut _____

Gran Contribuyente: SI NO Número de Resolución _____

Autoretenedor: SI NO Número de Resolución _____

Exento de Impuesto: SI NO

IVA: SI NO

Código Actividad Económica Principal (E.R.M.) _____

Código Actividad Secundaria _____

Realiza Operaciones Internacionales? SI NO

Cuál? Importaciones Exportaciones Inversiones Préstamos Envío y/o Recepción de Giros

Pagos Servicios Transferencias Otros Cuál? _____

OBSERVACIONES:

INFORMACIÓN ADICIONAL

Clase de Empresa: Industrial Servicios Comercial

Descripción de la Actividad Económica _____

Afiliado a Caja de Compensación Familiar? SI NO Cuál? _____

Ha contratado con COMFAORIENTE? SI NO

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS Y OTRAS DECLARACIONES

Obrando en nombre propio y/o en representación de la persona jurídica, declaro expresamente que la información suministrada es verídica, cierta y fidedigna, así mismo, declaro:

- Los recursos poseídos provienen de la (s) siguiente (s) actividad (es): _____
- NI el suscrito y/o ni su representada están relacionados, ni pretenden involucrar a la Caja de Compensación del Oriente Colombiano Comfaorienté ni a ninguna de sus unidades de negocio, en actividades relacionadas con delitos tales como: Lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, corrupción, opacidad, fraude y en general de cualquier actividad ilícita.
- Los bienes y/o servicios y/o recursos recibidos por la Caja de Compensación del Oriente Colombiano Comfaorienté y/o alguna de sus unidades de negocio con ocasión de la relación comercial, serán destinados al desarrollo de actividades lícitas.

A través de la firma del presente documento declaro mi conformidad con el almacenamiento, procesamiento y utilización por parte de la Caja de Compensación del Oriente Colombiano Comfaorienté y/o alguna de sus unidades de negocio de los datos suministrados a través del diligenciamiento del presente formulario, esto en los términos que establece la Ley 1581 de 2012 - Ley de Protección de Datos Personales.

El abajo firmante declara bajo la gravedad de juramento que la información diligenciada en este formulario y la de sus anexos descritos al respaldo es verdadera y que no se encuentra dentro de ninguna de las inhabilidades para contratar con la Caja de Compensación del Oriente Colombiano Comfaorienté y/o alguna de sus unidades de negocio, previstas por la Ley.

FIRMA _____ HUELLA 

IDENTIFICACIÓN _____

DECLARACIONES ADICIONALES

¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos, financiación del terrorismo y/o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, corrupción, opacidad, fraude o cualquier otra actividad de carácter ilícito? SI NO

USO EXCLUSIVO DE COMFAORIENTE VERIFICACIÓN

Nombre Funcionario _____ Cargo _____ Año Mes Dia Hora

Resultado: _____

DOCUMENTOS ANEXOS

ENTIDADES PÚBLICAS

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del representante legal.
- Resolución de constitución de la Empresa.
- Resolución de nombramiento del Representante Legal.
- Acta de posesión del representante legal.
- Fotocopia del RUT (Fecha de generación no mayor a 30 días)
- Estado de Situación Financiera, último corte disponible
- Estado de Resultados Integral, último corte disponible
- Declaración de Renta (si aplica)

ENTIDADES PRIVADAS

- Copia de la cédula de ciudadanía del representante legal.
- Certificado de existencia y representación legal, expedido por la Cámara de Comercio con una antelación máxima de 30 días.
- Acta de constitución de la sociedad radicada ante la Cámara de Comercio. (SI APLICA)
- Copia del RUT (Fecha de generación no mayor a 30 días).
- Estado de Situación Financiera, último corte disponible.
- Estado de Resultados Integral, último corte disponible.
- Declaración de Renta, último período gravable.

PERSONAS NATURALES

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del representante legal.
- Cámara de Comercio con una antelación máxima de 30 días. (SI APLICA)
- Copia del RUT (CON FECHA DE GENERACION NO MAYOR A 30 DIAS).
- Estado de Situación Financiera corte junio de 2021.
- Estado de Resultados Integral con corte a junio de 2021.
- Declaración de renta del último período gravable. (SI APLICA)
- Hoja de Vida