ACTA Nº 2023331026982643/ MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-DMORI -2.88

LUGAR Y FECHA: Villavicencio 23 de noviembre del 2023

INTERVIENEN: **AA12 KAREN PAOLA SUAREZ ROJAS**
Supervisor Contrato N°262

ASUNTO: Acta a satisfacción de contrato No. 262

FECHA SUSCRIPCION :	23 DE MARZO DE 2023
OBJETO DEL CONTRATO:	"SUMINISTRO DE REVISTAS, EDICIÓN DE LIBROS, ESCRITOS Y TRABAJOS TIPOGRÁFICOS PARA EL DISPENSARIO MÉDICO DE ORIENTE Y SUS ESM CENTRALIZADOS" (IMPRESOS Y PUBLICACIONES)
CONTRATISTA:	William Cobos Jiménez
SUPERVISOR:	AA12 Karen Paola Suarez Rojas
FECHA INICIACION:	17 de octubre del 2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	DIECISIETE MILLONES DE PESOS ($ 17.000.000) M/CTE IVA INCLUIDO
FECHA DE TERMINACION:	15 de diciembre del 2023

En Villavicencio, el día 23 DE noviembre del 2023, la señora **AA12 Karen Paola Suarez Rojas,** en su calidad de supervisora efectúa el correspondiente recibo a satisfacción de la prestación del servicio suministro de revistas, edición de libros, escritos y trabajos tipográficos para el Dispensario Médico de Oriente y sus ESM centralizados según factura No FE-7

A continuación, se describen la factura de los servicios prestados, así:

Powered by CamScanner

ACTA Nº 2023331026982643/ MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-DMORI -2.88

ITEM	DESCRIPCION	MEDIDA O CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR UNITARIO + IVA = VALOR TOTAL
1	AFICHES MEDIO PLIEGO	15	$ 1.730,26	$ 25.953,90
2	BITACORA REMISION DE URGENCIAS	2	$ 47.999,84	$ 95.999,68
15	CERTIFICADO MÈDICO	2	$ 46.500,44	$ 93.000,88
20	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ODONTOPEDIATRIA	1	$ 46.500,44	$ 46.500,44
21	CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDODONCIA CARTA	2	$ 46.500,44	$ 93.000,88
24	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA MENOR DE EDAD Y/O ADULTO MAYOR QUE REQUIERE ACOMPAÑANTE	2	$ 23.250,22	$ 46.500,44
25	CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA VIH	2	$ 40.800,34	$ 81.600,68
26	CONTROL DE CURVA TERMICA	1	$ 46.500,44	$ 46.500,44
27	CONTROL DE ESTERILIZACION	10	$ 40.800,34	$ 408.003,40
28	CONTROL DE GLUCOMETRIAS	1	$ 36.424,71	$ 36.424,71
37	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DFECLARACION DE RIESGOS PARA POSIBLES COMPLICACIONES RELACIONADOS CON LA APLICACION DE ANESTESIA LOCAL	2	$ 36.424,71	$ 72.849,42
43	FORMATO ATENCION PRIORITARIA (TRIAGE)	1	$ 36.424,71	$ 36.424,71
44	FORMATO AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	12	$ 36.424,71	$ 437.096,52
46	FORMATO CERTIFICADO ODONTOLOGICO	1	$ 36.424,71	$ 36.424,71
48	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMEN PRUEBA DE EMBARAZO EN MENORES DE EDAD	2	$ 36.424,71	$ 72.849,42
49	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTOS DE CUIDADO EN ENFERMERÍA	2	$ 70.525,35	$ 141.050,70

Powered by CamScanner

ACTA Nº **2023331026982643/** MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-DMORI -2.88

50	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA DETENCIÓN DE METABOLITOS DE DROGAS EN ORINA, SUST PSICOACTIVAS	1	$ 40.800,34	$ 40.800,34
52	FORMATO CONTROL DE LIQUIDOS	5	$ 62.465,48	$ 312.327,40
53	FORMATO CONTROL DE MEDICAMENTOS	1	$ 40.800,34	$ 40.800,34
54	FORMATO DE CONTROL ESPECIAL DE SIGNOS VITALES	1	$ 36.424,71	$ 36.424,71
57	FORMATO DE OPTOMETRÌA	40	$ 5.533,50	$ 221.340,00
62	FORMATO EXCUSA DEL SERVICIO TEMPORAL PERMANENTE	10	$ 6.742,54	$ 67.425,40
63	FORMATO HISTORIA CLÍNICA DE APERTURA TAMAÑO CARTA	5	$ 36.424,71	$ 182.123,55
66	FORMATO HOJA CONTROL NEUROLÓGICO ADULTO	1	$ 36.424,71	$ 36.424,71
67	FORMATO HOJA CONTROL NEUROLÓGICO PEDIATRICA	1	$ 36.424,71	$ 36.424,71
69	FORMATO HOJA DE EVOLUCION MEDICA	5	$ 50.999,83	$ 254.999,15
71	FORMATO HOJA DE RECUPERACIÓN	11	$ 46.500,44	$ 511.504,84
72	FORMATO KARDEX SERV. HOSP TAMAÑO CARTA	2	$ 143.999,52	$ 287.999,04
73	FORMATO KARDEX DE LABORATORIO	2	$ 36.424,71	$ 72.849,42
74	FORMATO NOTAS DE ENFERMERÍA	2	$ 50.999,83	$ 101.999,66
75	FORMATO ORDEN DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA	122	$ 3.654,49	$ 445.847,78
77	FORMATO PROGRAMACION SALAS DE CIRUGIA	2	$ 40.800,34	$ 81.600,68
78	FORMATO REGISTRO DE ANESTESIOLOGÍA	10	$ 46.500,44	$ 465.004,40
79	FORMATO REGISTRO DE SIGNOS VITALES PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LEISHMANIASIS	1	$ 36.424,71	$ 36.424,71
81	FORMATO REPORTE DE MATERIAL UTILIZADO EN UNA SALA DE CIRUGÍA	25	$ 54.249,72	$ 1.356.243,00

Powered by CamScanner

ACTA Nº 20233310269826 43/ MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-DMORI -2.88

82	FORMATO SERVICIO DE AUDIOLOGÍA	4	$ 46.500,44	$ 186.001,76
86	FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	120	$ 14.700,07	$ 1.764.008,40
90	FORMULA MEDICA	60	$ 6.499,78	$ 389.986,80
97	INCAPACIDAD MEDICA	39	$ 7.648,13	$ 298.277,07
99	LISTA DE CHEQUEO PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TRANSFUSION SANGUINEA	14	$ 40.920,53	$ 572.887,42
102	MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO TRANSFUSIONAL	2	$ 72.249,66	$ 144.499,32
103	MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO OXIGENO DOMICILIARIO	2	$ 36.424,71	$ 72.849,42
104	MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LEISHMANIASIS	1	$ 46.500,44	$ 46.500,44
107	MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO SAHOS	2	$ 36.424,71	$ 72.849,42
108	MODELO CONSENTIMIENTO: INFORMADO PARA TERAPIA RESPIRATORIA	1	$ 46.500,44	$ 46.500,44
110	PENDONES	3	$ 49.600,39	$ 148.801,17
111	PORTA PENDON	3	$ 130.000,36	$ 390.001,08
113	RECETARIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL	160	$ 12.999,56	$ 2.079.929,60
115	SOLICITUD EXAMEN LABORATORIO CLINICO	50	$ 36.424,71	$ 1.821.235,50
119	PLEGABLE DE DOS O TRES CUERPOS	1450	$ 1.124,55	$ 1.630.597,50
				$ 16.016.361,13

En constancia firma quien en ella interviene,

AA11 KAREN PAOLA SUAREZ ROJAS
Supervisor Contrato No 262/DIGGSA/DMORI/2023

Powered by CamScanner