



|  |  |                    |                        |
|--|--|--------------------|------------------------|
|  | <b>FUERZA AEROSPAECIAL COLOMBIANA</b>            | <b>Código:</b>     | <b>DE-DEAJU-FR-036</b> |
|  | <b>FORMATO SOLICITUD COTIZACIÓN</b>              | <b>Versión N°:</b> | <b>04</b>              |
|  | <b>MODALIDAD CONTRATACIÓN DIRECTA SIN OFERTA</b> | <b>Vigencia:</b>   | <b>12-12-2024</b>      |

**SOLICITUD DE COTIZACIÓN**  
**PARA PROCESOS DE CONTRATACIÓN DIRECTA (SIN OFERTA SECOP II**  
**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN**


**Fecha:** 10 de Enero 2025

Señora:  
LUCY TATIANA BELTRAN BELTRAN  
AUXILIAR DE ENFERMERIA  
Malambo, Atlántico

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>ADVERTENCIA</b>               | <b>LA COTIZACIÓN SOLICITADA SERVIRÁ DE BASE PARA LA ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE MERCADO Y, POR TANTO, NO OBLIGA A LAS PARTES.</b>  |
| <b>OBJETO</b>                    | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN (01) AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS ADSCRITOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES, SEGÚN FICHA TÉCNICA.  |
| <b>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS</b> | <p>1. <b><u>ACTIVIDADES PROGRAMA MATIS / RIAS</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar y ejecutar las actividades relacionadas con el Programa MATIS.</li> <li>Realizar demanda inducida a través de llamado a usuarios para agendamiento de consulta y actividades RIAS, así como dejar evidencia en historia clínica de la misma.</li> </ul> <p><b><u>RUTA ADOLESCENTE Y JOVEN</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cumplir con el 100% de las canalizaciones emitidas por JEFSA, DIGSA y secretaria de salud en los tiempos establecidos y entregar informe a JEFSA y asistir al 100% de los comités ordenados o extraordinarios, como proceso de reentrenamiento en la ruta por parte de la DIGSA - JEFSA o entes territoriales como secretarías Departamentales de salud.</li> </ul> <p>RUTA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA</p> <p>Realizar búsqueda activa de menores sin atención integral por ruta y seguimiento a todos los menores inasistentes a consulta programada, registrando la demanda inducida y el seguimiento en el módulo de gestión del riesgo del aplicativo IRON 2.0.</p> <p>2. <b><u>ACTIVIDADES SERVICIO ATENCIÓN PRIORITARIA</u></b></p> <p><b><u>ACTIVIDADES ALISTAMIENTO CONSULTORIOS: CONSULTA EXTERNA</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Brindar la información de los servicios prestados por el ESM, conforme a requerimientos del usuario, así mismo dar información sobre las órdenes autorizadas para servicios en la red externa.</li> <li>Preservar y mantener insumos y equipos biomédicos en adecuado funcionamiento y reportar el fallo de los mismos a tiempo.</li> <li>Verificar y suministrar papelería en los consultorios.</li> <li>Efectuar procedimientos especializados de limpieza, sanitización y desinfección en equipos y artículos de los consultorios.</li> <li>Alistar equipos, manejo de material quirúrgico, identificación de instrumental.</li> <li>Realizar pedido, recibir, semaforizar y organizar los insumos despachados por el almacén.</li> <li>Controlar los insumos de los servicios.</li> <li>Tomar electrocardiogramas por consulta externa según el horario indicado.</li> <li>Cargar anexos derivados de la consulta a la historia clínica del paciente como consentimientos informados, constancias, reportes y demás similares.</li> </ul> |

|  |  |                    |                        |
|--|--|--------------------|------------------------|
|  | <b>FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA</b>            | <b>Código:</b>     | <b>DE-DEAJU-FR-036</b> |
|  | <b>FORMATO SOLICITUD COTIZACIÓN</b>              | <b>Versión N°:</b> | <b>04</b>              |
|  | <b>MODALIDAD CONTRATACIÓN DIRECTA SIN OFERTA</b> | <b>Vigencia:</b>   | <b>12-12-2024</b>      |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS</b> | <p><b>ACTIVIDADES SERVICIO PRIORITARIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direccionar al usuario en la prestación de los servicios en relación con la comprobación de derechos para uso del SSFFMM, Estado activo y ESM asignado, Custodia, diligenciamiento y organización la historia clínica en el proceso de prestación de servicios según la resolución 1995 de 1999.</li> <li>• Aplicar la técnica aséptica en todos los procedimientos de acuerdo con las medidas de prevención y control manteniendo la seguridad del paciente y el profesional de la salud.</li> <li>• Efectuar procedimientos especializados de limpieza, sanitización y desinfección en áreas, equipos y artículos.</li> <li>• Orientar y educar a los afiliados para el uso de los servicios de salud que requieran. (baños, sillas de ruedas, farmacia, laboratorio, etc.)</li> <li>• Preparar el entorno para dar cuidado a la persona en alteración de salud según asignación o delegación del profesional de enfermería.</li> <li>• Brindar los cuidados básicos asignados o delegados, de higiene y comodidad.</li> <li>• Asistir a la persona en las actividades de movilización, nutrición y necesidades fisiológicas según sus limitaciones y equipos requeridos.</li> <li>• Aplicar los medicamentos según delegación y de acuerdo con la prescripción médica, la vía, la dosis y la hora prescrita. Vigilar la acción farmacéutica y reacciones adversas de los medicamentos e inmunobiológicos administrados de acuerdo con el medicamento y sensibilidad de la persona y registrar en la historia clínica.</li> <li>• Ejecutar prácticas de trabajo seguras conforme a las normas técnicas.</li> <li>• Participar en los procedimientos para la prevención y atención de emergencias de acuerdo con las normas Técnica.</li> <li>• Preparar y apoyar el traslado de la persona del sitio de origen al sitio de destino de la remisión según manual de procedimientos y las necesidades del ESM.</li> <li>• Monitorear las funciones de los diferentes sistemas de acuerdo con las condiciones previas y objetivos terapéuticos concertados.</li> <li>• Realizar los procedimientos propios como: Monitorización de paciente, paso de sonda naso gástrica y vesical, cateterismo vesical, glucometría, canalización de vena, lavado gástrico, paso de enemas, toma de electrocardiogramas, micronebulización, aseo terminal, realización de material (gasas, algodón), lavado y esterilización instrumental, inyectología, curaciones (manejo de herida limpia y contaminada), toma de signos vitales, habilidades para procedimientos de reanimación cardio-cerebro pulmonar básica.</li> <li>• Verificar en la entrega y recibo de turno el sello del carro de paro, funcionalidad de los equipos que recibe, inventario y a su vez deberá responder en caso de que alguno de estos últimos se encuentre en mal estado, no funcional o desaparecido</li> <li>• Verificar la fecha de vencimiento de los insumos y la adecuada prueba de descarga de los desfibriladores cada día, turno noche.</li> <li>• Revisar los cilindros y fuentes de oxígenos en las áreas de consulta prioritaria, sala de procedimientos, carro de paro y observación.</li> <li>• Mantener organizada la papelería de cada servicio, si aplica, diligenciar cada uno de los formatos digitales según el servicio y turno al que este asignado. (Formato diario atención pacientes, reporte red externa, auditoria concurrencia, verificación desfibriladores, semaforización botiquín, administración de medicamentos, etc)</li> <li>• Verificar todos los equipos en las áreas del ESM que le sean designadas.</li> <li>• Realizar seguimiento telefónico a las notificaciones obligatorias bajo la supervisión del enfermero jefe, apoyar charlas e instructivos a los usuarios y empleados del ESM en mantenimiento y promoción de la salud, citación a los pacientes para la asistencia de los diferentes grupos que tiene implementados en MATIS / RIAS</li> <li>• Registrar después de cada procedimiento la firma y sello en los formatos correspondientes y en la historia clínica del paciente realizar la nota y el cargue del anexo según corresponda.</li> <li>• Realizar los registros en SALUD.SIS, verificando el correcto diligenciamiento de la historia clínica y cada una de sus partes dentro del archivo electrónico.</li> <li>• Realizar registro en IRON de los procedimientos y atenciones realizadas a los usuarios con los CUPS establecidos para cada caso</li> </ul> |
|----------------------------------|---|


|  |  |                    |                        |
|--|--|--------------------|------------------------|
|  | <b>FUERZA AEREOESPACIAL COLOMBIANA</b>           | <b>Código:</b>     | <b>DE-DEAJU-FR-036</b> |
|  | <b>FORMATO SOLICITUD COTIZACIÓN</b>              | <b>Versión N°:</b> | <b>04</b>              |
|  | <b>MODALIDAD CONTRATACIÓN DIRECTA SIN OFERTA</b> | <b>Vigencia:</b>   | <b>12-12-2024</b>      |

|  |   |                          |
|--|---|--------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar el proceso de esterilización de instrumental e insumos usados en prioritaria, así como del cuidado y mantenimiento del área de esterilización (Mesones).</li> <li>Usar elementos de protección personal de acuerdo a protocolos y mantener la presentación personal (cabello recogido, uñas cortas sin maquillar, accesorios pequeños, uniforme antifuídos, zapatos cerrados)</li> <li>Realizar una adecuada entrega y recibo de turno, pasando por todas las dependencias de control, las áreas, verificando insumos, equipos, inventario, novedades, consignas, llaves, vehículos, ya que al recibir el turno se hace responsable de las novedades que sucedan durante el mismo.</li> </ul> <p><b>ACTIVIDADES ALISTAMIENTO DE AMBULANCIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar el inventario de insumos de cada ambulancia, con su debida reposición en caso de faltar, semaforizar los insumos en formato asignado para tal fin GH-JEFSa-FR-129 y reportar al jefe inmediato en caso de novedades con las mismas.</li> <li>Verificar el estado de la ambulancia que comprende: aseo, luces exteriores de emergencia y oxígeno medicinal de la ambulancia.</li> <li>En caso de remisión a red externa diligenciar el formato de bitácora en su totalidad y reposar en carpeta designada, esto es de carácter obligatorio con letra clara y legible.</li> <li>Estar atento a la documentación requerida para el correcto traslado y remisión del afiliado a la red externa.</li> <li>Mantener en cada traslado el autocuidado del profesional y la seguridad del afiliado.</li> <li>Informar previo a salir de la unidad y al regresar del traslado por el canal establecido.</li> <li>Realizar las desinfecciones del habitáculo del paciente y registrarlas en el formato de desinfección los días sábados.</li> </ul> |                          |
|  | <b>PLAZO DE EJECUCION</b>   | 20 de diciembre de 2025. |

|  |  |                    |                        |
|--|--|--------------------|------------------------|
|  | <b>FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA</b>            | <b>Código:</b>     | <b>DE-DEAJU-FR-036</b> |
|  | <b>FORMATO SOLICITUD COTIZACIÓN</b>              | <b>Versión N°:</b> | <b>04</b>              |
|  | <b>MODALIDAD CONTRATACIÓN DIRECTA SIN OFERTA</b> | <b>Vigencia:</b>   | <b>12-12-2024</b>      |


|   |   |      |                          |  |                 |
|---|---|------|--------------------------|--|-----------------|
|   | FORMA DE PAGO   | PAGO | CORTE                    | PAC  | VALOR           |
|   |   | 1    | 31 DE ENERO DE 2025      | FEBRERO  | \$924.812,33    |
|   |   | 2    | 28 DE FEBRERO DE 2025    | MARZO  | \$2.078.032,00  |
|   |   | 3    | 31 DE MARZO DE 2025      | ABRIL  | \$ 2.078.032,00 |
|   |   | 4    | 30 DE ABRIL DE 2025      | MAYO   | \$ 2.078.032,00 |
|   |   | 5    | 31 DE MAYO DE 2025       | JUNIO  | \$ 2.078.032,00 |
|   |   | 6    | 30 DE JUNIO DE 2025      | JULIO  | \$ 2.078.032,00 |
|   |   | 7    | 31 DE JULIO DE 2025      | AGOSTO   | \$ 2.078.032,00 |
|   |   | 8    | 31 DE AGOSTO DE 2025     | SEPTIEMBRE   | \$ 2.078.032,00 |
|   |   | 9    | 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025 | OCTUBRE  | \$ 2.078.032,00 |
|   |   | 10   | 31 DE OCTUBRE DE 2025    | NOVIEMBRE  | \$ 2.078.032,00 |
|   |   | 11   | 30 DE NOVIEMBRE DE 2025  | DICIEMBRE  | \$ 2.078.032,00 |
|   |   | 12   | 20 DE DICIEMBRE DE 2025  | DICIEMBRE Y/O CUENTAS POR PAGAR 2025 PAGADERAS EN EL I TRIMESTRE DE 2026 | \$ 1.391.354,67 |
|   | <b>NOTA 1:</b> EL PAGO EN LA FECHA PREVISTA SE ENCUENTRA SUJETA A LA APROBACION DEL PAC POR PARTE DEL MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO.   |      |                          |  |                 |
| <b>NOTA 2:</b> POSTERIOR A LA ENTREGA DE LA FACTURA EN FÍSICO AL SUPERVISOR DEL CONTRATO, EL CONTRATISTA DEBE ENVIAR LA FACTURA A TRAVÉS DEL SECOP 2 CONFORME A LA GUÍA DE GESTIÓN CONTRACTUAL DE PROVEEDORES DE COLOMBIA COMPRA EFICIENTE. |   |      |                          |  |                 |
| LUGAR DE EJECUCIÓN  | Instalaciones del Establecimiento de Sanidad Militar CACOM3 del Comando Aéreo de Combate N°3. Malambo, atlántico o donde se coordine previa autorización del Supervisor de acuerdo a circunstancias y necesidades del servicio. |      |                          |  |                 |


|                      |            |   |                     |
|----------------------|------------|---|---------------------|
| REQUISITOS TÉCNICOS: | REQUISITOS |   | CON ESTA COTIZACIÓN |
|                      | 1.         | Diploma y/o Acta de Grado formación académica   | X                   |
|                      | 2.         | Tarjeta Profesional   | X                   |
|                      | 3.         | Certificación de cursos, seminarios o actualizaciones (Curso de Humanización en los servicios en atención en salud vigente, Curso Atención integral a víctimas de violencia sexual vigente) | X                   |
|                      | 4.         | Certificación de curso BLS avanzado vigente   | X                   |
|                      | 5.         | Curso de radioprotección  | X                   |
|                      | 6.         | Certificación de experiencia y/o contratos, esta experiencia debe ser mínima de Un (01) año)  | X                   |
|                      | 7.         | Formato Aceptación Especificaciones Técnicas  | X                   |
|                      | 8.         | Exámenes Ocupacionales: Médico con anexo osteomuscular, visiometría   | X                   |
|                      | 9.         | Inscripción RETHUS.   |                     |
|                      | 10.        | Carnet de vacunación de acuerdo a lo solicitado en la oferta (deberá ser verificado y avalado junto con el personal de vacunación del ESM CACOM3)   | X                   |

|  |  |                    |                        |
|--|--|--------------------|------------------------|
|  | <b>FUERZA AEREOESPACIAL COLOMBIANA</b>           | <b>Código:</b>     | <b>DE-DEAJU-FR-036</b> |
|  | <b>FORMATO SOLICITUD COTIZACIÓN</b>              | <b>Versión N°:</b> | <b>04</b>              |
|  | <b>MODALIDAD CONTRATACIÓN DIRECTA SIN OFERTA</b> | <b>Vigencia:</b>   | <b>12-12-2024</b>      |

| REQUISITOS JURÍDICOS:  | <table><tr><th>Documento requerido</th><th>CON ESTA COTIZACIÓN</th></tr><tr><td>1. Fotocopia cedula de ciudadanía</td><td>X</td></tr><tr><td>2. Acreditación cumplimiento pago seguridad social y aportes parafiscales (si a ello hubiere lugar)</td><td>X</td></tr><tr><td>3. Certificado de Antecedentes Disciplinarios</td><td>X</td></tr><tr><td>4. Certificado de Antecedentes Fiscales</td><td>X</td></tr><tr><td>5. Certificado de Antecedentes Judiciales</td><td>X</td></tr><tr><td>6. Consulta Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC</td><td>X</td></tr><tr><td>7. Manifestación sobre Inhabilidades, incompatibilidades o conflicto de intereses.</td><td>X</td></tr><tr><td>8. Compromiso Antisoborno y Anticorrupción</td><td>X</td></tr><tr><td>9. Formato Pacto de Integridad Proveedor</td><td>X</td></tr><tr><td>10. Formato reporte de multas y sanciones</td><td>X</td></tr><tr><td>11. Formato de Carta de presentación</td><td>X</td></tr><tr><td>12. Formato Cláusula Penal Pecuniaria</td><td>X</td></tr><tr><td>13. Hoja de vida SIGEP II</td><td>X</td></tr><tr><td>14. Declaración de bienes y rentas y conflicto de interés de la página de la función pública:<br/><a href="https://www.funcionpublica.gov.co/web/sigep/ley-2013">https://www.funcionpublica.gov.co/web/sigep/ley-2013</a></td><td>X</td></tr></table> |                     | Documento requerido | CON ESTA COTIZACIÓN | 1. Fotocopia cedula de ciudadanía | X | 2. Acreditación cumplimiento pago seguridad social y aportes parafiscales (si a ello hubiere lugar) | X | 3. Certificado de Antecedentes Disciplinarios | X | 4. Certificado de Antecedentes Fiscales | X | 5. Certificado de Antecedentes Judiciales | X | 6. Consulta Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC | X | 7. Manifestación sobre Inhabilidades, incompatibilidades o conflicto de intereses. | X | 8. Compromiso Antisoborno y Anticorrupción | X | 9. Formato Pacto de Integridad Proveedor | X | 10. Formato reporte de multas y sanciones | X | 11. Formato de Carta de presentación | X | 12. Formato Cláusula Penal Pecuniaria | X | 13. Hoja de vida SIGEP II | X | 14. Declaración de bienes y rentas y conflicto de interés de la página de la función pública:<br><a href="https://www.funcionpublica.gov.co/web/sigep/ley-2013">https://www.funcionpublica.gov.co/web/sigep/ley-2013</a> | X |
|--|--|---------------------|---------------------|---------------------|-----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|--|---|--|---|---|---|--------------------------------------|---|---------------------------------------|---|---------------------------|---|--|---|
|  | Documento requerido  | CON ESTA COTIZACIÓN |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
|  | 1. Fotocopia cedula de ciudadanía  | X                   |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
|  | 2. Acreditación cumplimiento pago seguridad social y aportes parafiscales (si a ello hubiere lugar)  | X                   |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
|  | 3. Certificado de Antecedentes Disciplinarios  | X                   |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
|  | 4. Certificado de Antecedentes Fiscales  | X                   |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
|  | 5. Certificado de Antecedentes Judiciales  | X                   |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
|  | 6. Consulta Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC  | X                   |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
|  | 7. Manifestación sobre Inhabilidades, incompatibilidades o conflicto de intereses.   | X                   |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
|  | 8. Compromiso Antisoborno y Anticorrupción   | X                   |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
|  | 9. Formato Pacto de Integridad Proveedor   | X                   |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
|  | 10. Formato reporte de multas y sanciones  | X                   |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
|  | 11. Formato de Carta de presentación   | X                   |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
|  | 12. Formato Cláusula Penal Pecuniaria  | X                   |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
|  | 13. Hoja de vida SIGEP II  | X                   |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
| 14. Declaración de bienes y rentas y conflicto de interés de la página de la función pública:<br><a href="https://www.funcionpublica.gov.co/web/sigep/ley-2013">https://www.funcionpublica.gov.co/web/sigep/ley-2013</a> | X  |                     |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
| REQUISITOS ECONÓMICOS:   | <table><tr><th>REQUISITOS</th><th>CON ESTA COTIZACIÓN</th></tr><tr><td>1.Registro único tributario</td><td>X</td></tr><tr><td>2.Formato-Datos Beneficiario Cuenta</td><td>X</td></tr><tr><td>3. Certificación bancaria</td><td>X</td></tr><tr><td>4. Cotización-oferta económica</td><td>X</td></tr></table>   |                     | REQUISITOS          | CON ESTA COTIZACIÓN | 1.Registro único tributario       | X | 2.Formato-Datos Beneficiario Cuenta   | X | 3. Certificación bancaria                     | X | 4. Cotización-oferta económica          | X |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
|  | REQUISITOS   | CON ESTA COTIZACIÓN |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
|  | 1.Registro único tributario  | X                   |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
|  | 2.Formato-Datos Beneficiario Cuenta  | X                   |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
|  | 3. Certificación bancaria  | X                   |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
| 4. Cotización-oferta económica   | X  |                     |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |
| PLAZO PARA PRESENTAR COTIZACIÓN  | Dentro de los 10 días hábiles posteriores a la fecha del documento, al correo electrónico <a href="mailto:launa.rodriquez@fac.mil.co">launa.rodriquez@fac.mil.co</a>   |                     |                     |                     |                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |   |   |   |                                      |   |                                       |   |                           |   |  |   |

  
**MY. JENNY ALEXANDRA RAMIREZ CARDOZO**  
Firma Gerente Proyecto

|  |  |                    |                        |
|--|--|--------------------|------------------------|
|  | <b>FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA</b>            | <b>Código:</b>     | <b>DE-DEAJU-FR-036</b> |
|  | <b>FORMATO SOLICITUD COTIZACIÓN</b>              | <b>Versión N°:</b> | <b>04</b>              |
|  | <b>MODALIDAD CONTRATACIÓN DIRECTA SIN OFERTA</b> | <b>Vigencia:</b>   | <b>12-12-2024</b>      |

|  |  |                    |                        |
|--|--|--------------------|------------------------|
|  | <b>FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA</b>            | <b>Código:</b>     | <b>DE-DEAJU-FR-036</b> |
|  | <b>FORMATO SOLICITUD COTIZACIÓN</b>              | <b>Versión N°:</b> | <b>04</b>              |
|  | <b>MODALIDAD CONTRATACIÓN DIRECTA SIN OFERTA</b> | <b>Vigencia:</b>   | <b>12-12-2024</b>      |

**ANEXO 2  
CUADRO DE PRECIOS**

(Se debe ajustar de acuerdo a la necesidad)

| <b>Ítem</b> | <b>Descripción</b>  | <b>Cantidad<br/>(días, meses,<br/>etc.)</b> | <b>Vir. unitario</b> | <b>Iva</b> | <b>Valor<br/>Unitario con<br/>IVA</b> | <b>Valor total con<br/>IVA</b> |
|-------------|---|---|----------------------|------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| 1           | Prestación de servicios de un (01) Auxiliar de enfermería, para la atención de los usuarios adscritos del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. | Tiempo del contrato                         |                      |            |                                       |                                |

**NOTAS:**

1. En los casos en que aplique se debe discriminar el impuesto de IVA dentro del valor de la oferta.
2. Si el bien o el servicio se encuentra legalmente exento de IVA, se deberá indicar de manera clara y expresa la norma que contempla el beneficio.