

|                                                                                                                              |                                                          |  |          |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--|----------|------------|
|  Hospital Departamental<br>María Inmaculada | GESTIÓN JURÍDICA                                         |  | CÓDIGO   | GJ-F-80    |
|                                                                                                                              | FORMATO SOLICITUD DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS |  | VERSIÓN  | 001        |
|                                                                                                                              |                                                          |  | VIGENCIA | 2025-09-01 |

Florencia, 20 de marzo de 2026

## MAYERLY TATIANA CARVAJAL MARTÍNEZ

Almacenista General  
Hospital Departamental María Inmaculada ESE  
Ciudad

### EF. SOLICITUD DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS

En atención a lo dispuesto en el párrafo primero del artículo 9 de la Resolución 00761 del 1 de agosto de 2025, me permito presentar solicitud de adquisición de bienes, obras y/o servicios, en los siguientes términos:

#### 1. JUSTIFICACIÓN

Cordialmente me permito solicitar de su amable colaboración respeto a los siguientes insumos que se requieren para el servicio del Hospital Departamental María Inmaculada, ya que en el momento no contamos en el área de almacén general.

#### 2. IDENTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO REQUERIDO

| NOMBRE                                                                                   | UNIDAD | CANT |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|
| BRAZALETE REUSABLE UNIVERSAL FLEXIPOINT N° 11 PARA ADULTO RANGO DE 25 A 34 cm DE UN TUB. | UNIDAD | 50   |
| BRAZALETE REUSABLE UNIVERSAL FLEXIPOINT No 12 PARA ADULTO 1 VIA                          | UNIDAD | 10   |
| BRAZALETE NEONATAL DESECHABLE DE 2 VIAS No. 3                                            | UNIDAD | 30   |
| BRAZALETE NEONATAL No.1 X UNIDAD                                                         | UNIDAD | 10   |
| BRAZALETE NEONATAL No.2 X UNIDAD                                                         | UNIDAD | 14   |
| BRAZALETE NEONATAL No.3 X UNIDAD                                                         | UNIDAD | 40   |
| BRAZALETE NEONATAL No.4 X UNIDAD                                                         | UNIDAD | 20   |
| BRAZALETE NEONATAL No.5 X UNIDAD                                                         | UNIDAD | 16   |

#### 3. TIEMPO DE ENTREGA O DURACIÓN DE LA NECESIDAD.

Se solicita de carácter urgente por necesidad del servicio.

La presente solicitud de necesidad se presenta en los términos establecidos en la Resolución 00761 de 2025.

Atentamente.

  
**DIANA SUSUNAGA GIRALDO**  
AUXILIAR AREA DE LA SALUD

|                                                                                     |                                                  |                        |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------|
|  | Jefe Oficina Gestión Jurídica                    | Profesional de Calidad | Profesional Especializado<br>(Gestión de Calidad) |
|                                                                                     | Elaboró                                          | Revisó                 | Aprobó                                            |
|                                                                                     | Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG) |                        |                                                   |

|                                                                                   |                                   |  |                 |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------|-------------------|
|  | <b>GESTIÓN JURÍDICA</b>           |  | <b>CÓDIGO</b>   | <b>GJ-F-83</b>    |
|                                                                                   | <b>FORMATO ESTUDIO DE MERCADO</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | <b>001</b>        |
|                                                                                   |                                   |  | <b>VIGENCIA</b> | <b>2025-09-01</b> |

## ESTUDIO DE MERCADO

|                                          |                                                                                               |   |  |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| BIEN O SERVICIO QUE SE REQUIERE ADQUIRIR | ADQUISICION INSUMOS (BRAZALETES) PARA EL SERVICIO DEL HSOPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA |   |  |
| METODOLOGÍA                              | VALOR HISTÓRICO                                                                               |   |  |
|                                          | REFERENCIACIÓN CONTRACTUAL EN PLATAFORMA                                                      |   |  |
|                                          | COTIZACIÓN (ES)                                                                               | X |  |
| RESPONSABLE                              | ALMACEN GENERAL                                                                               |   |  |

### 1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL BIEN Y/O SERVICIO OBJETO DEL ESTUDIO DE MERCADO.

ADQUISICION INSUMOS (BRAZALETES) PARA EL SERVICIO DEL HSOPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA.

#### 1.1. CLASIFICACIÓN UNSPSC

| <b>CÓDIGO UNSPSC</b> | <b>NOMBRE</b>                          |
|----------------------|----------------------------------------|
| 41111900             | Instrumentos indicadores y de registro |

#### 1.2. CONDICIONES TÉCNICAS REQUERIDAS.

| <b>NOMBRE</b>                                                                            | <b>UNIDAD</b> | <b>CANTIDAD</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|
| BRAZALETE REUSABLE UNIVERSAL FLEXIPOINT N° 11 PARA ADULTO RANGO DE 25 A 34 cm DE UN TUB. | UNIDAD        | 50              |
| BRAZALETE REUSABLE UNIVERSAL FLEXIPOINT No 12 PARA ADULTO 1 VIA                          | UNIDAD        | 10              |
| BRAZALETE NEONATAL DESECHABLE DE 2 VIAS No. 3                                            | UNIDAD        | 30              |
| BRAZALETE NEONATAL No.1 X UNIDAD                                                         | UNIDAD        | 10              |
| BRAZALETE NEONATAL No.2 X UNIDAD                                                         | UNIDAD        | 14              |
| BRAZALETE NEONATAL No.3 X UNIDAD                                                         | UNIDAD        | 40              |
| BRAZALETE NEONATAL No.4 X UNIDAD                                                         | UNIDAD        | 20              |
| BRAZALETE NEONATAL No.5 X UNIDAD                                                         | UNIDAD        | 16              |

### 2. PLAZO

Se requiere la compra de manera inmediata, dada la urgencia de la necesidad y la importancia de garantizar el servicio del Hospital Departamental María Inmaculada, ya que en el momento no contamos con dichos elementos en el área de almacén general.

|                                                                                     |                                                  |                        |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------|
|  | Jefe Oficina Gestión Jurídica                    | Profesional de Calidad | Profesional Especializado<br>(Gestión de Calidad) |
|                                                                                     | <b>Elaboró</b>                                   | <b>Revisó</b>          | <b>Aprobó</b>                                     |
|                                                                                     | Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG) |                        |                                                   |

|                                                                                                                              |                            |  |          |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|----------|------------|
|  Hospital Departamental<br>María Inmaculada | GESTIÓN JURÍDICA           |  | CÓDIGO   | GJ-F-83    |
|                                                                                                                              | FORMATO ESTUDIO DE MERCADO |  | VERSIÓN  | 001        |
|                                                                                                                              |                            |  | VIGENCIA | 2025-09-01 |

### 3. DETERMINACIÓN DEL VALOR

Con el fin de garantizar el servicio del Hospital Departamental María, se anexan dos cotizaciones.

De lo anterior, se evidencia que el valor más favorable es el \$ 6.145.160 **SEIS MILLONES CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL CIENTO SESENTA PESOS MCTE.**, que corresponde a la cotización del proveedor de **TECNICA ELECTROMEDICA S.A.**, para la compra.

Atentamente,

  
**MAYERLY TATIANA CARVAJAL MARTINEZ.**  
 Almacenista General

Proyectó: Carolina Cuellar – Contratista 

|                                                                                     |                               |                        |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------|
|  | Jefe Oficina Gestión Jurídica | Profesional de Calidad | Profesional Especializado<br>(Gestión de Calidad) |
|                                                                                     | Elaboró                       | Revisó                 | Aprobó                                            |

|                                                                                   |                                                   |  |                 |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-----------------|-------------------|
|  | <b>GESTIÓN JURÍDICA</b>                           |  | <b>CÓDIGO</b>   | <b>GJ-F-78</b>    |
|                                                                                   | <b>FORMATO DE NECESIDAD DE BIENES Y SERVICIOS</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | <b>001</b>        |
|                                                                                   |                                                   |  | <b>VIGENCIA</b> | <b>2025-09-01</b> |

Florencia, marzo de 2026

**Doctora.:**

**CINDY TATIANA VARGAS TORO**

Gerente

Hospital Departamental María Inmaculada ESE

Ciudad

## REF. NECESIDAD DE BIENES Y SERVICIOS

En atención a lo dispuesto en el parágrafo primero del artículo 10 de la Resolución 00761 del 1 de agosto de 2025, me permito presentar necesidad de personal, en los siguientes términos:

### 1. JUSTIFICACIÓN

Cordialmente me permito solicitar de su amable colaboración respeto a los siguientes elementos para el servicio del Hospital Departamental María.

### 2. OBJETO

Realizar el suministro de:

| NOMBRE                                                                                   | UNIDAD | CANT |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|
| BRAZALETE REUSABLE UNIVERSAL FLEXIPOINT N° 11 PARA ADULTO RANGO DE 25 A 34 cm DE UN TUB. | UNIDAD | 50   |
| BRAZALETE REUSABLE UNIVERSAL FLEXIPOINT No 12 PARA ADULTO 1 VIA                          | UNIDAD | 10   |
| BRAZALETE NEONATAL DESECHABLE DE 2 VIAS No. 3                                            | UNIDAD | 30   |
| BRAZALETE NEONATAL No.1 X UNIDAD                                                         | UNIDAD | 10   |
| BRAZALETE NEONATAL No.2 X UNIDAD                                                         | UNIDAD | 14   |
| BRAZALETE NEONATAL No.3 X UNIDAD                                                         | UNIDAD | 40   |
| BRAZALETE NEONATAL No.4 X UNIDAD                                                         | UNIDAD | 20   |
| BRAZALETE NEONATAL No.5 X UNIDAD                                                         | UNIDAD | 16   |

### 3. PERFIL

**TECNICA ELECTROMEDICA S.A.**, ofrece elementos relacionados con la ingeniería biomédica, quirúrgico y odontológicos para todo tipo de servicio.

✓ ACADÉMICO

No aplica

✓ EXPERIENCIA

**TECNICA ELECTROMEDICA S.A.**, Ofrece sus servicios comprometidos con la calidad, ayuda del mejor talento humano.

### 4. NUMERO DE PERSONAL REQUERIDO

No aplica

|                                                                                     |                                                  |                        |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------|
|  | Jefe Oficina Gestión Jurídica                    | Profesional de Calidad | Profesional Especializado<br>(Gestión de Calidad) |
|                                                                                     | <b>Elaboró</b>                                   | <b>Revisó</b>          | <b>Aprobó</b>                                     |
|                                                                                     | Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG) |                        |                                                   |

|                                                                                                                              |                                            |  |          |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--|----------|------------|
|  Hospital Departamental<br>María Inmaculada | GESTIÓN JURÍDICA                           |  | CÓDIGO   | GJ-F-78    |
|                                                                                                                              | FORMATO DE NECESIDAD DE BIENES Y SERVICIOS |  | VERSIÓN  | 001        |
|                                                                                                                              |                                            |  | VIGENCIA | 2025-09-01 |

## 5. ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL BIEN O SERVICIO

Los elementos (deben cumplir con el empaque original, rotulado y etiqueta, lotes, que incluya fechas de vencimientos siempre y cuando las características técnicas lo permitan en cumplimiento de las Buenas Prácticas de Elaboración, según lo expide el INVIMA.

## 6. CONDICIONES ESPECIALES DEL BIEN O SERVICIO

La forma de pago se establece así; EL HOSPITAL, pagará al CONTRATISTA de la siguiente manera:

✓ CREDITO

## 7. PLAZO DE EJECUCIÓN

✓ (DOS) 2 meses

## 8. ACTIVIDADES A REALIZAR

Para satisfacer el objeto de la presente necesidad el proveedor deberá suministrar los siguientes insumos:

- Suministrar los insumos en las instalaciones del Hospital Departamental María Inmaculada ESE ubicado en la dirección Diagonal 20 # 7-29 de la ciudad de Florencia - Caquetá.
- El proveedor deberá mantener los precios de acuerdo con la cotización.
- Realizar la entrega de la factura por valor de los insumos solicitados y entregados.

La presente solicitud de necesidad se presenta en los términos establecidos en la Resolución 00761 de 2025.

Atentamente.

  
**MAYERLY TATIANA CARVAJAL MARTÍNEZ**  
 Almacenista General

| APROBACIÓN DE TRÁMITE/ SOLO DILIGENCIA GERENCIA                                                                                                                                                                                          |                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Revisado el contenido de la solicitud, se autoriza el trámite y se remite por competencia para la Oficina de Contratación para realizar Estudio Previo en los términos del parágrafo tercero artículo 10 de la Resolución 00761 de 2025. |                                                                                               |
| <b>Doctora.:</b><br><b>CINDY TATIANA VARGAS TORO</b><br>Gerente                                                                                                                                                                          | FIRMA<br> |

Proyecto: Carolina Cuellar Molina - Contratista

|                                                                                     |                               |                        |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------|
|  | Jefe Oficina Gestión Jurídica | Profesional de Calidad | Profesional Especializado<br>(Gestión de Calidad) |
|                                                                                     | Elaboró                       | Revisó                 | Aprobó                                            |



# TECNICA ELECTROMEDICA

NIT: 830004892-2

Calle 47 No. 5 - 26

Bogotá

Colombia

<https://www.tecnicaelectromedica.com/>

|                                  |               |                      |                 |                              |                     |
|----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------|------------------------------|---------------------|
|                                  | No cotización | No cotización<br>SAP | Identificación  | Teléfono para<br>facturación | FECHA DE<br>EMISION |
| HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. | 19715         | 277965               | NIT : 891180098 |                              | 25/3/2026           |

**Dirección**

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E.  
DIAGONAL 20 7 29  
FLORENCIA CAQUETA  
Colombia

**FECHA DE VENCIMIENTO**

24/4/2026

**CODIGO DE CLIENTE**

C891180098

**MODALIDAD DE VENTA**

VENTA CONVENCIONAL

| # | REF.           | DESCRIPCION                                                           | CANT. | %IVA | PRECIO   | TOTAL       |
|---|----------------|-----------------------------------------------------------------------|-------|------|----------|-------------|
| 0 | CR009-WA-021   | BRAZALETE REUSABLE CON CONECTOR FLEXIBLE ADULTO #11 RANGO 25-34CM     | 50    | 19 % | \$56.000 | \$2.800.000 |
| 1 | CR009-WA-023   | BRAZALETE REUSABLE CON CONECTOR FLEXIBLE ADULTO #12 RANGO 32-43CM     | 10    | 19 % | \$60.900 | \$609.000   |
| 2 | CR009-D-NW-006 | BRAZALETE DESECHABLE NEONATAL NO. 3 DE DOS VIAS RANGO 5 CM - 10.5 CM  | 30    | 19 % | \$13.500 | \$405.000   |
| 3 | CR009-D-NW-001 | BRAZALETE DESECHABLE NEONATAL NO. 1 DE UNA VIA RANGO 3.3 CM - 5.6 CM  | 10    | 19 % | \$13.500 | \$135.000   |
| 4 | CR009-D-NW-003 | BRAZALETE DESECHABLE NEONATAL NO. 2 DE UNA VIA RANGO 4.2 CM - 7.1 CM  | 14    | 19 % | \$13.500 | \$189.000   |
| 5 | CR009-D-NW-005 | BRAZALETE DESECHABLE NEONATAL NO. 3 DE UNA VIA RANGO 5 CM - 10.5 CM   | 40    | 19 % | \$13.500 | \$540.000   |
| 6 | CR009-D-NW-007 | BRAZALETE DESECHABLE NEONATAL NO. 4 DE UNA VIA RANGO 6.9 CM - 11.7 CM | 20    | 19 % | \$13.500 | \$270.000   |
| 7 | CR009-D-NW-009 | BRAZALETE DESECHABLE NEONATAL NO. 5 DE UNA VIA RANGO 8.9 CM - 15 CM   | 16    | 19 % | \$13.500 | \$216.000   |

**Observaciones**

Subtotal \$5.164.000,00

Impuesto (%) \$981.160,00

|                              |                     |                                                                                      |               |                |
|------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|
| Representante                | Cargo               | Email                                                                                | Teléfono      | Total          |
| OSCAR ALEXANDER VIVAS RIVERO | KEY ACCOUNT MANAGER | <a href="mailto:ovivas@tecnicaelectromedica.com">ovivas@tecnicaelectromedica.com</a> | +573125823615 | \$6.145.160,00 |

CL 47 5 26 Bogotá - Colombia PBX: 6017568787 - [WWW.TECNICAEELECTROMEDICA.COM](http://WWW.TECNICAEELECTROMEDICA.COM)

Este documento es confidencial y ha sido elaborado exclusivamente para el destinatario indicado. Su contenido no puede ser divulgado, reproducido ni utilizado para fines distintos a los acordados con TECNICA ELECTROMEDICA S.A.  
Cualquier uso no autorizado será considerado como una violación de la propiedad intelectual y podrá acarrear acciones legales.

Para confirmar la veracidad de este documento comuníquese al PBX: 601 756 8787

# CONDICIONES COMERCIALES

## Moneda de la negociación

\* Pesos colombianos (COP)

\* Si está ofertado en moneda extranjera (dólares americanos), el valor será liquidado al valor de la tasa representativa del mercado (TRM) de la fecha de pago

## Garantía

\* Para equipos: garantía de doce (12) meses por defectos de fabricación.

\* Para dispositivos médicos y accesorios: garantía de tres (3) meses por defectos de fabricación.

\* La garantía no cubre: Fallas causadas por mal uso o abuso de los equipos, redes eléctricas inadecuadas.

## Tiempo de entrega

\* Los productos serán entregados dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de la orden de compra o firma del contrato, según disponibilidad del producto.

\* Para productos que deben ser importados, la entrega será dentro de los noventa (90) días calendario posteriores a la recepción de la orden de compra o firma de contrato, según condiciones del fabricante y transporte internacional.

## Forma de Pago

\* Anticipado, salvo condiciones de crédito ya acordadas y condiciones especiales pactadas en la negociación.

## Orden de compra

\* En caso de aprobar la oferta económica, solicitamos el favor de enviar una orden de compra relacionando el número de cotización.

Nota: Al momento de enviar su orden de compra verificar el estado de su cartera.

## Facturación

\* Responsable de IVA. Gran Contribuyente ICA Bogotá, resolución DDI-023769 de 2021-11-29, La factura se considera irrevocablemente aceptada por el comprador o beneficiario dentro de los diez (10) días calendario siguientes a su recepción, si no reclama en contra de su contenido. Ley 1231 de 2017-07-08.

## Envío y Flete

\* Para Bogotá D.C, el envío y distribución de los productos se hará por transporte propio.

\* Para fuera de Bogotá D.C, el envío se hará por transportadora nacional.

\* Si el valor de la factura NO supera un millón de pesos (\$1.000.000) y según las condiciones pactadas en la negociación, el valor del envío deberá ser asumido por el cliente, los pedidos parciales deben ser autorizados y asumidos por el cliente.

## Cuentas Bancarias

\* Cuenta corriente banco Davivienda N° 474169999981 a nombre de Técnica Electromédica S.A.

\* Cuenta corriente banco Popular N° 01716083-9 a nombre de Técnica Electromédica S.A.

\* Cuenta corriente banco Bogotá N° 000-40087-9 a nombre de Técnica Electromédica S.A.

Davivienda Internacional

Código SWIFT: CAFEUS3M ABA: 066011389

Nombre: Técnica Electromédica s.a. Cuenta del beneficiario: 910304010

## Devoluciones

\* Técnica Electromédica S.A. se rige bajo la política de devoluciones adjunta. De no haber cumplimiento, la devolución no será aceptada.

## Solicitud de devolución:

CL 47 5 26 Bogotá - Colombia PBX: 6017568787 - WWW.TECNICAEELECTROMEDICA.COM  
Este documento es confidencial y ha sido elaborado exclusivamente para el destinatario indicado. Su contenido no puede ser divulgado, reproducido ni utilizado para fines distintos a los acordados con TECNICA ELECTROMEDICA S.A.  
Cualquier uso no autorizado será considerado como una violación de la propiedad intelectual y podrá acarrear acciones legales.

El cliente envía una carta especificando; número de factura, lotes, series, y razón de la falla o de la devolución. Al correo [viviana.grisales@tecnicaelectromedica.com](mailto:viviana.grisales@tecnicaelectromedica.com), desde un correo institucional o un correo reconocido de la identidad la solicitud debe estar en hoja membrete y firmada. Si los productos llegan a Técnica, de igual forma al correo [viviana.grisales@tecnicaelectromedica.com](mailto:viviana.grisales@tecnicaelectromedica.com) o para tramitar la garantía.

Documento - No Controlado

Para confirmar la veracidad de este documento comuníquese al PBX: 601 756 8787

# ANEXO 1. POLITICA DE DEVOLUCIONES

## Error de Facturación:

\* Cuando por error involuntario de TECNICA ELECTROMEDICA se factura equivocadamente productos, precios, referencias o cantidades que difieran de la orden de compra del cliente. El cliente tendrá máximo diez (10) días calendario a partir de la fecha de recepción para solicitar la generación de la nueva factura. La factura se considera irrevocable aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, si no reclamare en contra de su contenido, bien sea mediante reclamo escrito dirigido al emisor o tenedor del título, dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a su recepción. (Tomado del código de comercio Art. 773)

## Error en el Despacho:

\* Cuando por error involuntario de TECNICA ELECTROMEDICA se envía mercancía equivocada (producto, en cantidades o referencias) la relacionada en la orden de compra y/o factura. En este caso, el producto debe venir en su empaque original, completo y sin daño en la etiqueta; el cliente tendrá máximo diez (10) días calendario a partir de la fecha de recepción para solicitar el nuevo despacho. La factura se considera irrevocable aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, si no reclamare en contra de su contenido, bien sea mediante reclamo escrito dirigido al emisor o tenedor del título, dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a su recepción. (Tomado del código de comercio Art. 773)

## Error de Pedido por el Cliente:

\* Cuando por error del cliente se factura mercancía equivocada. El cliente debe enviar un correo o carta describiendo el error de la orden de compra. El cliente tendrá máximo diez (10) días calendario a partir de la fecha de recepción para solicitar la generación de la nueva factura. La factura se considera irrevocable aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, si no reclamare en contra de su contenido, bien sea mediante reclamo escrito dirigido al emisor o tenedor del título, dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a su recepción. (Tomado del código de comercio Art. 773). Los productos deben venir en su empaque original, completo y sin daño en la etiqueta. En este caso, se realizará únicamente para cambio con otro producto. Los fletes por devolución y reenvío corren por cuenta del cliente.

## Productos en mal estado o no esta en su empaque original:

\* Si el producto ha tenido un uso indebido por parte del consumidor, o no cuenta con el empaque original y estas óptimas o iguales condiciones como se entregó. No se puede hacer devolución. La aprobación de la devolución está sujeta a las condiciones físicas del producto cuando llegue a las instalaciones de Técnica Electro Médica S.A.

## No cumple con el tiempo:

\* Se ha superado el tiempo estimado de los diez (10) días calendario. La factura se considera irrevocable aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, si no reclamare en contra de su contenido, bien sea mediante reclamo escrito dirigido al emisor o tenedor del título, dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a su recepción. (Tomado del código de comercio Art. 773)

## No se realiza devoluciones:

\* Para accesorios como: celdas, brazaletes, dispositivos electrónicos, papel, bombillos, Sensores, cables, tarjetas, debido a que Técnica Electromédica, no realiza verificación conexiones eléctricas.

## Solicitud de devolución:

\* El cliente envía una carta y/o oficio especificando; Número de factura, lotes, series, y razón de la falla o de la devolución, al correo [sandra.rivero@tecnicaelectromedica.com](mailto:sandra.rivero@tecnicaelectromedica.com) y al Key Account manager que lo está atendiendo, desde un correo institucional o un correo reconocido de la identidad.

Para confirmar la veracidad de este documento comuníquese al PBX: 601 756 8787

## ANEXO 2. POLITICA DE GARANTIAS

### Garantía del producto:

\* La garantía para los equipos médicos es de 12 meses y para los accesorios es de 3 meses, a menos de que el producto tenga una garantía diferente. Los consumibles que son entregados con el equipo no tienen garantía.

### Exoneración de responsabilidad de la garantía:

\* El uso indebido del bien por parte del consumidor, la no atención de las instrucciones de instalación, uso o mantenimiento indicadas en el manual del producto y en la garantía. (Tomado del estatuto del consumidor Art. 22). Deberes de los consumidores: Los consumidores debe informarse respecto de la calidad de los productos, así como de las instrucciones que suministre el productor o proveedor en relación con su adecuado uso o consumo, conservación e instalación. (Tomado del estatuto del consumidor Art. 3). La aprobación de la garantía está sujeto a las condiciones físicas del producto cuando llegue a las instalaciones de Técnica Electro Médica S.A. Suspensión y ampliación de la garantía.

\* Si se cambia una o varias piezas o partes del bien, estas tendrán garantía propia. (Tomado del estatuto consumidor Art. 9).

### Disponibilidad de los Repuestos

\* Se garantiza a los clientes el suministro de repuestos, insumo, partes y servicio de mantenimiento al menos por los 5 años posteriores a la venta.

### Por avería del transportador:

\* En el caso que los productos sean averiados por causa de la transportadora, el cliente deberá dejar evidencia en la guía y en la orden de entrega de TECNICA ELECTROMEDICA y debe informar a la transportadora sobre esta inconformidad en el momento de recibo de la mercancía. En este caso, el cliente tendrá máximo diez (10) días calendario a partir de la fecha de recepción y debe presentar pruebas físicas (fotos). La factura se considera irrevocable aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, si no reclamare en contra de su contenido, bien sea mediante reclamo escrito dirigido al emisor o tenedor del título, dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a su recepción. (Tomado del código de comercio Art. 773) Toda devolución genera una nota crédito a favor del cliente. No se devuelve dinero.

Para confirmar la veracidad de este documento comuníquese al PBX: 601 756 8787

|                                                |                           |
|------------------------------------------------|---------------------------|
| Gastos administrativos:                        |                           |
| VALOR DE LA VENTA                              | GASTOS ADMINISTRATIVOS    |
| Compras inferiores 500.000                     | 10% de neto de la factura |
| Compras superiores \$500.001 a \$20.000.000    | \$50.000                  |
| Compras superiores \$20.000.001 a \$50.000.000 | \$65.000                  |
| Compras \$50.000.001 o más                     | \$72.000                  |

Documento - No Controlado

Para confirmar la veracidad de este documento comuníquese al PBX: 601 756 8787