

	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO NIT 892-000-501-5		FR - CON -10	VERSION 4	PAGINA: 1 de 1	
	FORMATO DE CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO, LEGALIZACION DE CUENTAS DE BIENES Y SERVICIOS			FECHA DE VIGENCIA 7/02/2023		
DATOS DEL CONTRATISTA				FECHA DILIGENCIAMIENTO		
Contratista	DICIMED			CC. NIT	892002085-1	
Correo electrónico	comercial@dicimed.com			Telefono de contacto	091 6023333	
Dirección domici	CARRERA 33A N° 38-36			Ciudad	bogota	
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° del contrato	1330	No CDP	70	No RP	1591	Plazo-Duracion
N° de Póliza	620-47-994000059825		Fecha Aprobación de Póliza:		31/01/2026	Estado del Contrato:
Fecha Inicio Contrato	2/02/2026	Fecha Terminación Contrato	31/12/2026			Valor del Contrato
Adición o prórroga?		Tiempo prorrogado		Valor Adición		Valor Contrato + adición
N° de Adición		N° CDP Adición		N° RP Adición		Fecha Aprobación Póliza Adición
Adición o prórroga?		Tiempo prorrogado		Valor Adición		Valor total Contrato + adiciones
N° de Adición		N° CDP Adición		N° RP Adición		Fecha Aprobación Póliza Adición
Fecha de Terminación Contrato	31/12/2025	Objeto del Contrato	SUMINISTRO DE MATERIAL ESPECIALIZADO PARA LA ATENCION DE PACIENTES QUE REQUIEREN PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD EN SU ATENCION EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E			
SEGUIMIENTO A LA EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO						
Factura ó Cuenta de Cobro ó Nota Crédito	N° Ingreso a Almacén	Periodo Cobro	N° CDP	N° RP	Valor a cobrar	Saldo del Contrato
					\$ 454.417.642	1.245.582.358,00
29382	80796	2026-04-21	70	1591	\$ 10.888.881	1.234.693.477,00
29383	80797	2026-04-21	70	1591	\$ 15.987.248	1.218.706.229,00
29391	80799	2026-04-21	70	1591	\$ 4.685.984	1.214.020.245,00
29394	80800	2026-04-21	70	1591	\$ 15.809.563	1.198.210.682,00
29415	80807	2026-04-23	70	1591	\$ 44.761.087	1.153.449.595,00
29437	80832	2026-04-23	70	1591	\$ 16.796.187	1.136.653.408,00
29456	80848	2026-04-24	70	1591	\$ 13.449.073	1.123.204.335,00
Periodo Objeto de Cobro					Total Cobrado	576.795.665,00
Deducibles					Concepto Deducible	
Valor a Pagar correspondiente al periodo objeto de cobro		122.378.023,00	Saldo del Contrato		1.123.204.335,00	% Ejecución
						33,93%
OBSERVACIONES						
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato aquí relacionado, CERTIFICO:						
1. Que el contratista desarrollo las actividades descritas en el informe anexo durante el periodo objeto del presente cobro, dando cumplimiento a la ejecución presupuestal del objeto contractual en un						
2. Que el contratista ha realizado el pago de los aportes obligatorios al sistema general de seguridad social por medio de planilla adjunta al presente formato en concordancia con el periodo objeto de la presente certificación y que los mismos han sido liquidados con las						
						 SUPERVISOR DEL CONTRATO


HOSPITAL
RECIBIDO

29 ABR 2025

CONTABILIDAD

FECHA: 22/05/25
 HORA: 11:14
 RECIBIDO: 

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.	Código FR-JUR 24	Versión 1	Página 1 de 4
	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DE COMPRA, SUMINSITRO O SERVICIO	Fecha vigencia 14/04/2021		

Villavicencio, DIA 27 MES 04 AÑO 2026

Doctor(a):

LUIS ALEJANDRO MESA PACHON

Gerente

Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.

Ref.: **CONTRATO N° 1330 DE 2026,**

- OBJETIVO:** Llevar a cabo las tareas de vigilancia de la ejecución contractual e informar al gerente del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., acerca del desarrollo del mismo verificando el cumplimiento de las obligaciones contractuales a lo largo de su ejecución en desarrollo de las obligaciones legales contenidas en los artículos 83, 84 y siguientes de la ley 1474 de 2011, artículo 43 y 48 del Acuerdo 013 de 2025 y la Resolución No 0522 de 2018 Manual de Supervisión e Interventoría de Contratos.

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

CONTRATO No.	1330 del 2026		
CLASE DE CONTRATO:	SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICO		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DICIMED S.A.S NIT.892002085-1 REP.LEGAL. WILFRED LOZANO SEPULVEDA C.C 80.121.684		
N° DE IDENTIFICACIÓN	830.091.676-9		
OBJETO:	SUMINISTRO DE MATERIAL ESPECIALIZADO PARA LA ATENCION DE PACIENTES QUE REQUIEREN PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD EN SU ATENCION EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S. E		
CONDICIONES INICIALES			
VALOR DEL CONTRATO:	MIL SETECIENTOS MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA (\$ 1.700.000.000)		
PLAZO DE EJECUCIÓN:	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE 2026, APARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LINDA LLORLEYS GUARIN HERNADEZ		
FECHA SUPERVISIÓN:	DESIGNACIÓN	02/02/2026	
NOMBRE NUEVO DEL SUPERVISOR:	KAREN JOHANNA SÁNCHEZ PARRA		
FECHA DESIGNACIÓN SUPERVISIÓN:	17/04/2026		
FECHA DE INICIO:	02/02/2026		
FECHA DE TERMINACIÓN:	31/12/2026		
MODIFICACIONES:			
CESIÓN:	N.A. O NOMBRE DEL NUEVO CONTRATISTA	FECHA:	DIA/MES/AÑO
VALOR DE ADICIÓN:	\$	FECHA:	DIA/MES/AÑO

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.	Código FR-JUR 24	Versión 1	Página 2 de 4
	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DE COMPRA, SUMINSITRO O SERVICIO	Fecha vigencia 14/04/2021		

NUEVO VALOR DEL CONTRATO: (INICIAL + ADICIÓN)			
PRORROGAS	NA	FECHA:	DIA/MES/AÑO
TOTAL PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIAL + PRORROGAS)			
SUSPENSIONES	FECHA:		
REINICIOS:	N.A.	FECHA:	DIA/MES/AÑO
NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:	DD/MM/AAAA		

3. DESARROLLO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Teniendo en cuenta que mediante oficio del 02/02/2026 expedido por Gerencia se me designó como SUPERVISOR del contrato de la referencia, me permito presentar el informe del desarrollo del objeto contractual correspondiente de conformidad con lo dispuesto en el Manual de Interventoría y Supervisión adoptado mediante Resolución No. 0522 DE 2018, vigente desde el 01 de octubre de 2018.

Las siguientes son las obligaciones ejecutadas por el contratista en el presente periodo, que corresponden a un porcentaje de avance ejecutado del 26,73%:

factura	comprobante	Fecha comprobante	valor
29382	80796	2026-04-21	\$ 10.888.881
29383	80797	2026-04-21	\$ 15.987.248
29391	80799	2026-04-21	\$ 4.685.984
29394	80800	2026-04-21	\$ 15.809.563
29415	80807	2026-04-23	\$ 44.761.087
29437	80832	2026-04-23	\$ 16.796.187
29456	80848	2026-04-24	\$ 13.449.073

A la fecha lleva un valor ejecutado de 576.795.665 correspondiente a un porcentaje de ejecución del 33,93%

- El contratista ha cumplido a cabalidad con los requisitos técnicos exigidos en el contrato en cuanto a calidad de los productos ofertados.
- El contratista cumplido con los requisitos de comodato de los equipos solicitados en el contrato para la ejecución del contrato.
- El contratista cumplido con los requisitos de los stocks solicitados en el contrato en cuanto a cantidad, calidad y reposición oportuna de los mismos de acuerdo a los consumos.
- La respuesta a la solicitud de material para los procedimientos quirúrgicos se encontró dentro los tiempos establecidos en el contrato.
- El material de osteosíntesis durante el mes de ejecución fue entregado en cuanto a los requisitos de oportunidad en la respuesta de solicitud y entrega de los mismos dando cumplimiento a los términos exigidos en el contrato.



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE
VILLAVICENCIO E.S.E.

Código
FR-JUR
24

Versión
1

Página
3 de 4

INFORME DE SUPERVISIÓN DE
CONTRATOS DE COMPRA, SUMINSITRO
O SERVICIO

Fecha vigencia
14/04/2021

- El material de osteosíntesis suministrado correspondió a las solicitudes de cantidad y calidad generadas por especialistas que los solicitaron de acuerdo a las necesidades de los pacientes.
- El material llegó en óptimas condiciones en cuanto a transporte y embalaje del mismo
- Los soportes técnicos para la realización de los procedimientos quirúrgicos asistieron en las fechas determinadas de la programación de los procedimientos quirúrgicos y cumplieron a cabalidad con las exigencias establecidas por los especialistas tratantes.
- Las facturas del material de osteosíntesis se recibieron dentro de los tiempos establecidos para poder realizar una óptima facturación en la institución a las aseguradoras.
- Las cuentas de cobro fueron entregadas completas, con todos los soportes y de acuerdo a los gastos realizados a los pacientes.
- Se realizó el respectivo inventario del stock que se encuentra bajo la custodia de la institución.
- Durante el mes de ejecución no se presentó ningún incumplimiento al contrato.

- 4. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES RELATIVAS A LA SEGURIDAD SOCIAL:**
teniendo en cuenta la normatividad vigente, sobre dicho aspecto verifiqué el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y ARL) correspondiente al respectivo periodo así:

MES DE ABRIL

SALUD	\$ 5.372.600
PENSIÓN	\$ 10.084.400
ARL	\$ 283.800
N° DE PLANILLA	6009919996
FECHA DE PAGO	04/07/2026

- 5. CUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN MANEJADA POR EL CONTRATISTA:** El contratista hizo entrega en medio magnético y físico de los archivos y documentos y demás información manejada resultante durante el presente periodo de ejecución

- 6. BALANCE FINANCIERO DE EJECUCION DEL CONTRATO A LA FECHA.** El siguiente es el balance financiero de ejecución del contrato:

CONCEPTO	VALOR	FECHA	%
ANTICIPO	NA	NA	NA
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	\$ 136.573.773	27/04/2026	26,73%
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA (lo que falta por Ejecutar)	\$ 454.417.642		73,27%
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 1.700.000.000		100%

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.	Código FR-JUR 24	Versión 1	Página 4 de 4
	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DE COMPRA, SUMINSITRO O SERVICIO	Fecha vigencia 14/04/2021		

7. CONCLUSIÓN:

El suscrito supervisor informa que, durante el mes de ABRIL el contratista cumplió con el pago del sistema de seguridad social y parafiscales

Se recibió facturas por el valor de CIENTO VENTIDOS MILLONES TRECIENTOS Y OCHO MIL VEINTITRES PESOS M/CTE (\$ 122.378.023)


KAREN JOHANNA SANCHEZ PARRA
SUPERVISOR



UNIDAD FUNCIONAL CIRUGIA

005

HOJA DE RUTA

ORTOPEDIA.

CONTRATO N°:
CONTRATISTA:
VALOR DEL CONTRATO INICIAL:

1330
DICIMED S.A.S.
\$ 1.700.000.000

VALOR ADICIONES: \$ _____, \$ _____, \$ _____

N° de Adición u/o Prorroga:	01	N° CDP Adición:	_____	N° RP Adición:	_____	Fecha	Aprobación	Póliza	Adición:
N° de Adición u/o Prorroga:	02	N° CDP Adición:	_____	N° RP Adición:	_____	Fecha	Aprobación	Póliza	Adición:

FACTURAS No:

FE 29382, FE 29383, FE 29391, FE 29394, FE 29415, FE 29437, FE 29456

COMPROBANTES DE ENTRADA

80796, 80797, 80799, 80800, 80807, 80832, 80848

VALOR TOTAL FACTURAS:

\$ 122.378.023

SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR DEL CONTRATO:

\$ 1.123.204.335

	SI	NO
Factura Original Sellada y Sello de Recibido de Aceptación de factura	X	
Comprobante Original de entrada a Almacén	X	
Hoja de Suministro a Paciente	X	
Formulario de Suministro de insumos a paciente original		
Hoja de remisión de insumos	X	
Copia Acta de Inicio		
Copia de Designación de Supervisor de Contrato	X	
Copia Contrato	X	
Copia CDP	X	
Copia RP		
Copia Póliza de Cumplimiento	X	
Copia Acta de Aprobación de Póliza	X	
Planilla de Autoliquidación de aportes del mes que están presentando facturas	X	
Certificado del contador de pago de aportes a seguridad social y parafiscales.	X	
Copia de Tarjeta Profesional del Contador	X	
Copia de Certificado Vigente de Antecedentes del Contador		
Copia Otro SI de Adición u/o Prorroga	01	02 03 04 05 06 07 08
Copia CDP Otro SI	01	02 03 04 05 06 07 08
Copia RP Otro SI	01	02 03 04 05 06 07 08
Copia Póliza de Cumplimiento Otro SI	01	02 03 04 05 06 07 08
Copia Acta de Aprobación de Póliza Otro SI	01	02 03 04 05 06 07 08

Paquete 2

- Copia de Factura Sellada y Sello de Recibido de Aceptación de Factura
- Copia Comprobante de entrada a Almacén

Calle 37 A No. 28-53 Barzal Alto- PBX: +57 (8) 6817901 Ext. 520 Línea Gratuita: 01 8000 930 606 Nit. 892.000.501-5
Página Web: www.hdv.gov.co
E-mail de contacto: coordinacion.cirugia@hdv.gov.co

DICIMED S.A.S

Nit. 892.002.085-1

Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000

No somos Grandes Contribuyentes - No somos Autorretenedores

Resolución N.1653-67.07/1864-Nombramiento Agentes Autorretenedores Impuesto de Industria y Comercio en el municipio de VILLAVICENCIO META

No hacer Retención de Industria y Comercio municipio de Villavicencio

Líderes en
Comercialización de
Dispositivos MédicosFactura Electronica de
Venta**FE 29382****CLIENTE : HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO**

CC / Nit. 892000501 - 5

Teléfono: 6688950 ALMAC

Dirección: CL 37A 28 53 BRR BARZAL ALTO

Ciudad: VILLAVICENCIO

Fecha Emisión: abril 15, 2026
Vendedor: COMERCIAL
No. Orden de Compra:

CUFE:035f284d0baa36516a7cd2c80c99bb010485f948e1c7fc5cd4f0e4efb0651bfcdc5a6e39d667b77a942af7042311e67

Código	RM	Descripción del Producto	Marca	Cant.	Lote - Fecha	Vlr. Unit	%IVA	Total
157TOR926	9794	TORNILLO CAJA PLACA ZERO Ø3 L14 EN TITANIO, ALUMINIO Y NIOBIO, REF. 04.617.814 (INVIMA 2020DM-0003908-R1) RIESGO Iib		4	87684P6 05/01/2035	681.993	0%	2.727.972
157ZER00	9794	CAJA PLACA ZERO-P H7 EN POLIETERCETONA REF 04.617.137S (INVIMA 2020DM-0003908-R1) RIESGO Iib	DEPUY	1	63755P1 01/05/2035	8.160.909	0%	8.160.909

Forma de Pago	Valor	Fecha Vencimiento
2 CREDITO A 30 DIAS	10.616.659	15-may.-2026

Valor Bruto:	10.888.881
Descuento:	0
SubTotal:	10.888.881
Valor IVA	0
TOTAL FACTURA	10.888.881
RTE FTE VTAS 2.5%	272.222
NETO A PAGAR:	10.616.659

NETO A PAGAR: DIEZ MILLONES SEISCIENTOS DIECISEIS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOSObservaciones: RM 9794 : CONTRATO 1330 DEL 2026 ORTOPEDIA
PACIENTE. DIAZ JIMENEZ CONSUELO
ID. 66653669

DICIMED S.A.S

ORIGINAL

Pagina 1 de 1

Apreciado Cliente: Sirvase pagar esta factura con cheque cruzado a nombre de DICIMED SAS.
Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 220-410-72059-3 de Banco Popular.

Impreso el: 16 abr. 2026, 03:07 pm

Nombre:
Cédula:
Cargo:
Fecha Recibido:
FIRMA RECIBIDO:**Mauricio Pizarro**
AUX DE ENFERMERIA
R.C. 59-1578
RECIBIDA

Firma y Sello en señal de aceptación de la factura y recibido de la mercancía y/o servicio

Facturación según Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000 - IVA Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

El no pago oportuno de esta factura genera un interés liquidado a la tasa máxima legal. Autorizo a DICIMED S.A.S., para incluirme en cualquier banco de datos en caso de no pago oportuno de la presente factura. Esta factura cumple con todos los requisitos establecidos en la ley 1231 de 2008, el Código del Comercio y el Estatuto Tributario y se asimila a una letra de cambio para todos los efectos legales. Para cualquier reclamo acogerse a las condiciones establecidas en la citada norma. Se entenderá aceptada irrevocablemente transcurridos 10 días calendario siguientes a su recepción. Si se encuentra fuera del municipio de Villavicencio favor abstenerse de efectuar retención en la fuente del impuesto de industria y comercio local. La actividad comercial se desarrolla integralmente en Villavicencio.

Carrera 33A N° 38-26/30 - VILLAVICENCIO - META - TELEFONOS: Servicio al cliente: CEL 3212045708 - (608) 6664741 - Contabilidad: 3175163615
comercial@dicimed.com - sercliente@dicimed.com - auxcontabilidad@dicimed.com

Impreso por DICIMED S.A.S en programa WX Manager 9.5 distribuido por CSO Tecnología Nit.900063344-3 CC Villacento Bloque A Ofi 303 Tel. 6704949 - Vcio

VT-F-004

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE
VILLAVICENCIO E.S.E.****COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000080796**

PROVEEDOR: DICIMED SAS. NIT: 892002085 FECHA: 21/04/2026 03:44 p. m.
CIUDAD: VILLAVICENCIO (META) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CRA. 33 # 38 - 26 BARRIO CENTRO MONEDA: Pesos
TELEFONO: 6708989 TASA CAM: 0,00
N° FACTURA: FE29382 % ICA: 0,0000 PLAZO: 30 FECHA FAC: 15/04/2026 12:00 a. m.
CUENTA: 24010101 CONTRATO:
ALMACEN: 02 DEPOSITO DE FARMACIA

CODIGO	NOMBRE	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%IVA
1518020026661	TORNILLO CAJA PLACA ZERO Ø3 L12/14 EN TITANIO, ALUMINIO Y NIOBIO REF:04617814 JD.	4,00	\$ 681.993,00	\$ 2.727.972,00	0,00
Lote/Serial: Vencimiento:					
1518020026930	CAJA PLACA ZERO-P H5/6/7 EN POLIETERCETONA JD.	1,00	\$ 8.160.909,00	\$ 8.160.909,00	0,00
Lote/Serial: Vencimiento:					

DETALLE

CONTRATO No1330 DE 2026 / FACTURA No FE29382

SUBTOTAL:	\$ 10.888.881,00
DESCUENTO:	\$ 0,00
IMPUESTO:	\$ 0,00
FLETES:	\$ 0,00
IMP FLETES:	\$ 0,00
RETE IVA:	\$ 0,00
RETE ICA:	\$ 0,00
RETE FUENTE:	\$ 272.222,00
OTRAS RETE:	\$ 435.556,00
OTRAS DEDUC:	\$ 0,00
IMP DISTRI:	\$ 0,00
AJUSTE RED:	\$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	\$ 0,00
TOTAL COMPR:	\$ 10.181.103,00

TOTAL COMPROBANTE:

DIEZ MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL CIENTO TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA

ELABORO

HOSPITAL DEPARTAMENTAL V/CIO.

Técnico administrativo
APROBO
Deposito Farmacia**Detalle otras retenciones:**

Nombre	% Retención	Valor base	Valor Retención
PRODESARROLLO	2,00	\$ 10.888.881	\$ 217.778
PRODEPORTE	2,00	\$ 10.888.881	\$ 217.778

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

Usuario: 17330943

LICENCIADO A: [HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO] NIT [892000501-5]

SUMINISTRO A PACIENTE

Consecutivo: 00000007587921 Fecha Documento: 14/04/2026 09:55 a. m.
Nº Ingreso: 4266806 Estado: Confirmado Cama UCIB 04
Paciente: 66653669 CONSUELO DIAZ JIMENEZ
Plan: 29-25C NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A - CONTRIBUTIVO
Almacen: 02 DEPOSITO DE FARMACIA
Area Solicitante 735583 - DEPOSITO DE FARMACIA
Usuario creación: 17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA
Detalle: Suministro a Pacientes No: 00000007587921.
Usuario Anulación:
Fecha Anulación:
Usuario Confirmación: 17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA
Fecha Confirmación: 24/04/2026 9:57:47 a. m.

"Esta formula manual no podra ser despachada por Enfermería"

Folio	Codigo	Descripcion	Lote	Usuario que Solicita	Cantidad	VI Unidad	Total
0	1518020026661	TORNILLO CAJA PLACA ZERO Ø3 L12/14 EN TITANIO, ALUMINIO Y NIOBIO REF:04617814 JD.			4,00	\$ 763.832,00	\$ 3.055.328,00
0	1518020026930	CAJA PLACA ZERO-P H5/6/7 EN POLIETERCETONA JD.			1,00	\$ 9.140.218,00	\$ 9.140.218,00
TOTAL DEL SUMINISTRO :						0	0
							\$ 12.195.546,00

LICENCIADO A: [HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO] NIT [892000501-5]



Atención Humanizada y Segura

RECIBIDO 17 ABR 2006



FR-SF-07

FORMULA MEDICAMENTOS

SOLICITUD LABORATORIOS

Quimed

FECHA:

13. April. 2026

NOMBRE:

Consuelo Diaz Jimenez

SEGURIDAD SOCIAL:

Newa EPS

HC:

66653660

SERVICIO:

NEW Cx

CAMA:

EDAD: 57 años.

ID#

NOMBRE GENÉRICO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA ADMINISTRACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD EN N° Y EN LETRAS
Tornillos Autoestable Zero-P convexo	Ø 3 L 14 TAN A 7 peek			4 1	cuatro uno.	

 04.617.137S
 63755P1
Zero-P. Cage, convex
height 7mm

(01)07611819934276(20)15
(17)350501(10)63755P1



2035-05-01

 DePuy Synthes

Synthes GmbH, Eimattstrasse 3
4436 Oberdorf, Switzerland

REF 04.617.137S

[LOT] 63755P1

Zero-P, Cage, convex
height 7mm

 Synthes GmbH, Eimattstrasse 3
4436 Oberdorf, Switzerland

(01)07611819934276(20)15
(17)350501(10)63755P1



2035-05-01

DePuy Synthes

FIRMA DEL MÉDICO
R.M.

MÉDICO
Mr. ^S Gutierrez.

Laura Lund
Inst of

Reming

1000000

1000000

1000000 1000000 1000000
1000000 1000000 1000000

1000000
1000000

1000000

1000000 1000000 1000000
1000000 1000000 1000000

1000000
1000000

1000000
1000000
1000000

DICIMED S.A.S

Nit. 892.002.085-1

Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000

No somos Grandes Contribuyentes - No somos Autorretenedores

Resolución N. 1653-67.07/1864-Nombramiento Agentes Autorretenedores Impuesto de Industria y Comercio en el municipio de VILLAVICENCIO META

No hacer Retención de Industria y Comercio municipio de Villavicencio

Líderes en
Comercialización de
Dispositivos MédicosFactura Electrónica de
Venta

FE 29383

CLIENTE : HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO

CC / Nit. 892000501 - 5

Teléfono: 6688950 ALMAC

Dirección: CL 37A 28 53 BRR BARZAL ALTO

Ciudad: VILLAVICENCIO

Fecha Emisión:

abril 15, 2026

Vendedor:

COMERCIAL

No. Orden de Compra:

CUFE:0c3be4c2c2438d439caffc1c09e412c27fb935e63f2b0aaf989cb6ece07e37b8ac25429c793281f7872e719e94c88d0

Código	RM	Descripción del Producto	Marca	Cant.	Lote - Fecha	Vlr. Unit	%IVA	Total
157LOW24	9795	*LWPROF TORN-CORT OE3.5 AUTORROSC. 02.206.210 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIB	DEPUY	1	9433P21 28/10/2031	657.715	0%	657.715
157TOR411	9795	TORNILLO-CORT OE2.7 AUTORROSC L10 ACERO 202.870 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIB	DEPUY	1	55587P0 28/10/2031	405.002	0%	405.002
157TOR411	9795	TORNILLO-CORT OE2.7 AUTORROSC L10 ACERO 202.870 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIB	DEPUY	1	795D673 28/10/2031	405.002	0%	405.002
157PLA492	9795	PLACA VA-LCP 2.7 EN T P/TIB DISTAL POSTLAT 4 A 6 IZQUIERDA Y DERECHA, COD.02.118.307 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIB	0	1	59716P1 28/10/2031	2.820.358	0%	2.820.358
157PLA478	9795	PL VA-LCP 2.7 P/PERONE LAT DIST IZQ 6 AG 02118407 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIB	DEPUY	1	108989P 28/10/2031	5.096.193	0%	5.096.193
157ACK05	9795	AGUJA KIRSCHNER K-WIRE ø1.6 L150 ACERO , REF 292.160.01 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIB	DEPUY	2	87835P4 28/10/2031	69.208	19%	138.416
157LOW24	9795	*LWPROF TORN-CORT OE3.5 AUTORROSC. 02.206.210 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIB	DEPUY	1	99656P3 28/10/2031	657.715	0%	657.715
157LOW24	9795	*LWPROF TORN-CORT OE3.5 AUTORROSC. 02.206.210 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIB	DEPUY	1	4007P21 28/10/2031	657.715	0%	657.715

Nombre:

Cédula:

Cargo:

Fecha Recibido:

FIRMA RECIBIDO:

Manuel Pizarro
AUX DE ENFERMERIA
C.C. 50-1578
ACEPTADA

Firma y Sello en señal de aceptación de la factura y recibido de la mercancía y/o servicio

DICIMED S.A.S

ORIGINAL

Página 1 de 2

Apreciado Cliente: Sírvase pagar esta factura con cheque cruzado a nombre de DICIMED SAS.
Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 220-410-72059-3 de Banco Popular.

Impreso el: 16 abr. 2026, 03:07 pm

Facturación según Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000 - IVA Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

El no pago oportuno de esta factura genera un interés liquidado a la tasa máxima legal. Autorizo a DICIMED S.A.S., para incluirme en cualquier banco de datos en caso de no pago oportuno de la presente factura. Esta factura cumple con todos los requisitos establecidos en la ley 1231 de 2008, el Código del Comercio y el Estatuto Tributario y se asimila a una letra de cambio para todos los efectos legales. Para cualquier reclamo acogerse a las condiciones establecidas en la citada norma. Se entenderá aceptada irrevocablemente transcurridos 10 días calendario siguientes a su recepción. Si se encuentra fuera del municipio de Villavicencio favor abstenerse de efectuar retención en la fuente del impuesto de industria y comercio local. La actividad comercial se desarrolla integralmente en Villavicencio.

Carrera 33A N° 38-26/30 - VILLAVICENCIO - META - TELÉFONOS: Servicio al cliente: CEL 3212045708 - (608) 6664741 - Contabilidad: 3175163615

comercial@dicimed.com - sercliente@dicimed.com - auxcontabilidad@dicimed.com

Impreso por DICIMED S.A.S en programa WX Manager 9.5 distribuido por CSO Tecnología Nit. 900063344-3 CC Villacento Bloque A Ofi 303 Tel. 6704949 - Vcio

VT-F-004

DICIMED S.A.S

Nit. 892.002.085-1

Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000

No somos Grandes Contribuyentes - No somos Autorretenedores

Resolución N.1653-67.07/1864-Nombramiento Agentes Autorretenedores Impuesto de Industria y Comercio en el municipio de VILLAVICENCIO META

No hacer Retención de Industria y Comercio municipio de Villavicencio

Líderes en
Comercialización de
Dispositivos Médicos



Factura Electronica de
Venta

FE 29383

157ARA00	9795	ARANDELA DE 7/3.6 P/TORN DE 2.7-4 EN ACERO 219.980 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIb	DEPUY	1	86647P0	28/10/2031	75.199	0%	75.199
157TOR273	9795	* TORNILLO DE BLOQ. VA SATAR DRIVE Ø 2.7MM AUTORROS LONG 60MM AC 02.211.060 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIb	DEPUY	1	9881P94	28/10/2031	847.526	0%	847.526
157TOR273	9795	* TORNILLO DE BLOQ. VA SATAR DRIVE Ø 2.7MM AUTORROS LONG 60MM AC 02.211.060 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIb	DEPUY	1	87738P5	28/10/2031	847.526	0%	847.526
157TOR273	9795	* TORNILLO DE BLOQ. VA SATAR DRIVE Ø 2.7MM AUTORROS LONG 60MM AC 02.211.060 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIb	DEPUY	1	99640P6	28/10/2031	847.526	0%	847.526
157TOR273	9795	* TORNILLO DE BLOQ. VA SATAR DRIVE Ø 2.7MM AUTORROS LONG 60MM AC 02.211.060 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIb	DEPUY	1	734P369	28/10/2031	847.526	0%	847.526
157TOR273	9795	* TORNILLO DE BLOQ. VA SATAR DRIVE Ø 2.7MM AUTORROS LONG 60MM AC 02.211.060 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIb	DEPUY	1	8217P31	28/10/2031	847.526	0%	847.526
157TOR411	9795	TORNILLO-CORT OE2.7 AUTORROSC L10 ACERO 202.870 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIb	DEPUY	1	90384P0	28/10/2031	405.002	0%	405.002
157TOR411	9795	TORNILLO-CORT OE2.7 AUTORROSC L10 ACERO 202.870 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIb	DEPUY	1	2923P11	28/10/2031	405.002	0%	405.002

Forma de Pago	Valor	Fecha Vencimiento
CREDITO A 30 DIAS	15.588.224	15-may.-2026

Valor Bruto:	15.960.949
Descuento:	0
SubTotal:	15.960.949
Valor IVA	26.299
TOTAL FACTURA	15.987.248
RTE FTE VTAS 2.5%	399.024
NETO A PAGAR:	15.588.224

NETO A PAGAR: QUINCE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS

Observaciones: RM 9795 : PE 5465 CONTRATO 1330 ORTOPEDIA
MYRIAM YANETH FLOR CRUZ CC: 1122123602

Nombre:

Cédula:

Cargo:

Fecha Recibido:

FIRMA RECIBIDO:

Municipio Pizarro
AUX DE ENFERMERIA
NO. 54-1578
ACEPTADA

Firma y Sello en señal de aceptación de la factura y recibido de la mercancía y/o servicio

DICIMED S.A.S

ORIGINAL

Página 2 de 2

Apreciado Cliente: Sirvase pagar esta factura con cheque cruzado a nombre de DICIMED SAS.
Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 220-410-72059-3 de Banco Popular.

Impreso el: 16 abr. 2026, 03:07 pm

Facturación según Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000 - IVA Régimen Común - ICA 206 - 3X1000
El no pago oportuno de esta factura genera un interés liquidado a la tasa máxima legal. Autorizo a DICIMED S.A.S., para incluirme en cualquier banco de datos en caso de no pago oportuno de la presente factura. Esta factura cumple con todos los requisitos establecidos en la ley 1231 de 2008, el Código del Comercio y el Estatuto Tributario y se asimila a una letra de cambio para todos los efectos legales. Para cualquier reclamo acogerse a las condiciones establecidas en la citada norma. Se entenderá aceptada irrevocablemente transcurridos 10 días calendario siguientes a su recepción. Si se encuentra fuera del municipio de Villavicencio favor abstenerse de efectuar retención en la fuente del impuesto de industria y comercio local. La actividad comercial se desarrolla integralmente en Villavicencio.

Carrera 33A N° 38-26/30 - VILLAVICENCIO - META - TELÉFONOS: Servicio al cliente: CEL 3212045708 - (608) 6664741 - Contabilidad: 3175163615
comercial@dicimed.com - sercliente@dicimed.com - auxcontabilidad@dicimed.com

Impreso por DICIMED S.A.S en programa WX Manager 9.5 distribuido por CSO Tecnología Nit.900063344-3 CC Villacento Bloque A Ofi 303 Tel. 6704949 - Vao

VT-F-004



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA Nº00000000080797

PROVEEDOR: DICIMED SAS. NIT: 892002085 FECHA: 21/04/2026 03:48 p. m.
CIUDAD: VILLAVICENCIO (META) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CRA. 33 # 38 - 26 BARRIO CENTRO MONEDA: Pesos
TELEFONO: 6708989 TASA CAM: 0,00
Nº FACTURA: FE29383 % ICA: 0,0000 PLAZO: 30 FECHA FAC: 15/04/2026 12:00 a. m.
CUENTA: 24010101 CONTRATO:
ALMACEN: 02 DEPOSITO DE FARMACIA

CODIGO	NOMBRE	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%IVA
1518020026411	TORNILLO CORTICAL DE 3.5 AUTORROSCANTE L10 A L60 ACERO L02.206 JD.	3,00	\$ 657.715,00	\$ 1.973.145,00	0,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				
1518020026064	TORNILLO CORTICAL DE 2.7 AUTORROSCANTE L10 A L60 ACERO JD.	4,00	\$ 405.002,00	\$ 1.620.008,00	0,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				
1518020026771	PLACA VA-LCP 2.7 EN T P/TIB DISTAL POSTLAT 4 A 6 IZQUIERDA Y DERECHA JD.	1,00	\$ 2.820.358,00	\$ 2.820.358,00	0,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				
1518020028041	PLACA VA-LCP 2.7 P/PERONE LAT/DIST/DER. 4/7 AGUJ. JD.	1,00	\$ 5.096.193,00	\$ 5.096.193,00	0,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				
1518020028054	AGUJA KIRSCHNER PUNTA TROCAR D2.2MM /L150/L280MM REF:292.210.01 REF:292.160.01 JD.	2,00	\$ 69.208,00	\$ 138.416,00	19,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				
1518020026565	ARANDELA DE 7/3 6 P/TORN DE 2.7-4 EN ACERO QUIRURGICO Y TITANIO PURO INOXIDABLE REF:219.980 JD.	1,00	\$ 75.199,00	\$ 75.199,00	0,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				
1518020026159	TORNILLO BLOQUEADO VA DE 2.7 CABEZA 2.4 AUTORROSCANTE L14 A L60 EN ACE JD.	5,00	\$ 847.526,00	\$ 4.237.630,00	0,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				

DETALLE

CONTRATO No1330 DE 2026 / FACTURA No FE29383

SUBTOTAL:	\$ 15.960.949,00
DESCUENTO:	\$ 0,00
IMPUESTO:	\$ 26.299,00
FLETES:	\$ 0,00
IMP FLETES:	\$ 0,00
RETE IVA:	\$ 3.945,00
RETE ICA:	\$ 0,00
RETE FUENTE:	\$ 399.024,00
OTRAS RETE:	\$ 638.438,00
OTRAS DEDUC:	\$ 0,00
IMP DISTRI:	\$ 0,00
AJUSTE RED:	\$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	\$ 0,00
TOTAL COMPR:	\$ 14.945.841,00

TOTAL COMPROBANTE:

CATORCE MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA

ELABORO

HOSPITAL DEPARTAMENTAL V/CIO

Stella Garzon Beltran
Técnico Administrativo
Deposito Farmacia

Detalle otras retenciones:

Nombre	% Retención	Valor base	Valor Retención
PRODESARROLLO	2,00	\$ 15.960.949	\$ 319.219
PRODEPORTE	2,00	\$ 15.960.949	\$ 319.219

SUMINISTRO A PACIENTE

Consecutivo: 00000007582947 Fecha Documento: 12/04/2026 03:58 p.m.
Nº Ingreso: 4267077 Estado: Confirmado Cama SRQXURG05
Paciente: 1122123602 MYRIAM YANETH FLOR CRUZ
Plan: 11-265 CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO SAS
Almacen: 02 DEPOSITO DE FARMACIA
Area Solicitante 735583 - DEPOSITO DE FARMACIA
Usuario creación: 17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA
Detalle: Suministro a Pacientes No: 00000007582947.
Usuario Anulación:
Fecha Anulación:
Usuario Confirmación: 17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA
Fecha Confirmación: 21/04/2026 4:07:09 p.m.

"Esta fórmula manual no podrá ser despachada por Enfermería"

Folio	Codigo	Descripcion	Lote	Usuario que Solicita	Cantidad	VI Unidad	Total
0	1518020026411	TORNILLO CORTICAL DE 3.5 AUTORROSCANTE L10 A L60 ACERO L02.206 JD.			3,00	\$ 736.641,00	\$ 2.209.923,00
0	1518020026064	TORNILLO CORTICAL DE 2.7 AUTORROSCANTE L10 A L60 ACERO JD.			4,00	\$ 453.602,00	\$ 1.814.408,00
0	1518020026771	PLACA VA-LCP 2.7 EN T P/TIB DISTAL POSTLAT 4 A 6 IZQUIERDA Y DERECHA JD.			1,00	\$ 3.158.801,00	\$ 3.158.801,00
0	1518020028041	PLACA VA-LCP 2.7 P/PERONE LAT/DIST/DER. 4/7 AGUJ. JD.			1,00	\$ 5.707.736,00	\$ 5.707.736,00
0	1518020028054	AGUJA KIRSCHNER PUNTA TROCAR D2.2MM /L150/L280MM REF:292.210.01 REF:292.160.01 JD.			2,00	\$ 92.240,00	\$ 184.480,00
0	1518020026565	ARANDELA DE 7/3.6 P/TORN DE 2.7-4 EN ACERO QUIRURGICO Y TITANIO PURO INOXIDABLE REF:219.980 JD.			1,00	\$ 84.223,00	\$ 84.223,00
0	1518020026159	TORNILLO BLOQUEADO VA DE 2.7 CABEZA 2.4 AUTORROSCANTE L14 A L60 EN ACE JD.			5,00	\$ 949.229,00	\$ 4.746.145,00
TOTAL DEL SUMINISTRO :							\$ 17.905.716,00

LICENCIADO A: [HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO] NIT [892000501-5]

FORMULA MEDICAMENTOS ☐

SOLICITUD LABORATORIOS ☐

Dicimed (Osteocal)

FECHA:

Abil 11 2026

NOMBRE:

Myriam Yareth Fkr Cruz

SEGURIDAD SOCIAL:

Capital Salud

H.C:

1122123602

SERVICIO:

Salas ex. Osteopedia

CAMA:

IDX:

Fx tibia y perone

EDAD:

37 años

NOMBRE GENÉRICO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA ADMINISTRACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD EN N° Y EN LETRAS
PL UA-LCP 2.7 en T P/TIB	dist past lat	4				1 (uno)
PL UA-LCP 2.7 P/Perone	lat dist	12 queto	4			1 (uno)
Aqua K 16 L150	acero					2 (dos)
Luprol turn-cort 3.5	automas	L14 acero				1 (uno)
Luprol turn-cort 3.5	automas	L18 acero				1 (uno)
Luprol turn-cort 3.5	automas	L30 acero				1 (uno)
Turn. blug U.A 2.7 cabeza	2.4 automas	L10				1 (uno)
Turn. blug U.A 2.7 cabeza	2.4 automas	L12				1 (uno)
Turn. blug U.A 2.7 cabeza	2.4 automas	L14				1 (uno)
Turn. blug U.A 2.7 cabeza	2.4 automas	L28				1 (uno)

FIRMA DEL MÉDICO

80053533

Dr. Henry Solaque

fax. Laura Luna
Jupik. Laura Gonzalez.



HOSPITAL
DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.
Atención Humanizada y Segura

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E

Atención Humanizada y Segura



FR-SF-07

FORMULA MEDICAMENTOS ☐

SOLICITUD LABORATORIOS ☐

Dicomed (Osteocal)

FECHA: Abril 11 2026

NOMBRE: Myriam Yaneth Flor Cruz

SEGURIDAD SOCIAL: Capital Salud

C.C.: 1122123602

SERVICIO: Sobres cx - Ortopedia

CAMA:

IDX: Fx tibia y perone

EDAD: 37 años

NOMBRE GENÉRICO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA ADMINISTRACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD EN N° Y EN LETRAS
Tuin - blug v.a ϕ 2.7	cabeza 2.4	actinawc	L30			1 (uno)
Tuin - cort ϕ 2.7	actinawc	L14	acero			1 (uno)
Tuin - cort ϕ 2.7	actinawc	L28	acero			2 (dos)
Tuin - cort ϕ 2.7	actinawc	L30	acero			1 (uno)
Arancelo ϕ 7	13.6	P/Tuin ϕ 2.7 - 4	acero			1 (uno)

FIRMA DEL MÉDICO
R.M.

80053533

Dr. Henry Salazar

Dr. Laura Leng

Supate. Laura Gonzalez

DICIMED S.A.S

Nit. 892.002.085-1

Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000

No somos Grandes Contribuyentes - No somos Autorretenedores

Resolución N.1653-67.07/1864-Nombramiento Agentes Autorretenedores Impuesto de Industria y Comercio en el municipio de VILLAVICENCIO META

No hacer Retención de Industria y Comercio municipio de Villavicencio

Líderes en
Comercialización de
Dispositivos MédicosFactura Electronica de
Venta**FE 29391****CLIENTE : HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO**

CC / Nit. 892000501 - 5

Teléfono: 6688950 ALMAC

Dirección: CL 37A 28 53 BRR BARZAL ALTO

Ciudad: VILLAVICENCIO

Fecha Emisión:

abril 16, 2026

Vendedor:

COMERCIAL

No. Orden de Compra:

CUFE: 5909dc7035d9d0e81bf2f320abfb98413bb3def065f46e7ce75e06d5edd6fb692942c53a2942b6cc6a812808307024d

Código	RM	Descripción del Producto	Marca	Cant.	Lote - Fecha	Vlr. Unit	%IVA	Total
157TOR641	9801	TORNILLO-CORT. ø3.5 PELVIS AUTORROSC. L50 ALTU. COD..204.695	DEPUY	1	78743P8 28/10/2031	350.455	0%	350.455
157TOR249	9801	TORNILLO DE CORTICAL DE 3.5MM AUTORROSC. LONG 24MM AC REF: 204.822 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIb	DEPUY	1	62871P7 28/10/2031	152.132	0%	152.132
157TOR318	9801	TORNILLO DE CORTICAL DE 3.5MM AUTORROSC LONG 30MM AC. 204.822 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIb	DEPUY	3	99326P4 28/10/2031	152.132	0%	456.396
157TOR641	9801	TORNILLO-CORT. ø3.5 PELVIS AUTORROSC. L50 ALTU. COD.. 204.695	DEPUY	1	83344P9 28/10/2031	350.455	0%	350.455
157TOR641	9801	TORNILLO-CORT. ø3.5 PELVIS AUTORROSC. L50 ALTU. COD.. 204.695	DEPUY	1	88290P02 28/10/2031	350.455	0%	350.455
157TOR249	9801	TORNILLO DE CORTICAL DE 3.5MM AUTORROSC. LONG 24MM AC 204.822 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIb	DEPUY	1	90506P3 28/10/2031	152.132	0%	152.132
157TOR249	9801	TORNILLO DE CORTICAL DE 3.5MM AUTORROSC. LONG 24MM AC 204.822 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIb	DEPUY	1	95263P7 28/10/2031	152.132	0%	152.132
157PLA355	9801	PLACA-RECO 3.5 CURV R108 6 A 16 AGUJ L208 ACERO REF. 245.886	DEPUY	1	88916P7 28/10/2031	2.721.827	0%	2.721.827

DICIMED S.A.S

ORIGINAL

Nombre:

Cédula:

Cargo:

Fecha Recibido:

FIRMA RECIBIDO:

RECIBIDO
AUX DE ENFERMERIA
COG. 50-1578
ACEPTADA

Firma y Sello en señal de aceptación de la factura y recibido
de la mercancía y/o servicio

Pagina 1 de 2

Apreciado Cliente: Sírvase pagar esta factura con cheque cruzado a nombre de DICIMED SAS.
Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 220-410-72059-3 de Banco Popular.

Impreso el: 16 abr. 2026, 12:03 pm

Facturación según Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000 - IVA Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

El no pago oportuno de esta factura genera un interés liquidado a la tasa máxima legal. Autorizo a DICIMED S.A.S., para incluirme en cualquier banco de datos en caso de no pago oportuno de la presente factura. Esta factura cumple con todos los requisitos establecidos en la ley 1231 de 2008, el Código del Comercio y el Estatuto Tributario y se asimila a una letra de cambio para todos los efectos legales. Para cualquier reclamo acogerse a las condiciones establecidas en la citada norma. Se entenderá aceptada irrevocablemente transcurridos 10 días calendario siguientes a su recepción. Si se encuentra fuera del municipio de Villavicencio favor abstenerse de efectuar retención en la fuente del impuesto de industria y comercio local. La actividad comercial se desarrolla íntegramente en Villavicencio.

Carrera 33A N° 38-26/30 - VILLAVICENCIO - META - TELEFONOS: Servicio al cliente: CEL 3212045708 - (608) 6664741 - Contabilidad: 3175163615

comercial@dicimed.com - sercliente@dicimed.com - auxcontabilidad@dicimed.com

Impreso por DICIMED S.A.S en programa WX Manager 9.5 distribuido por CSO Tecnología Nit.900663344-3 CC Villacentro Bloque A Ofi. 303 Tel. 6704949 - Vcio

VT-F-004

DICIMED S.A.S

Nit. 892.002.085-1

Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000

No somos Grandes Contribuyentes - No somos Autorretenedores

Resolución N.1653-67.07/1864-Nombramiento Agentes Autorretenedores Impuesto de Industria y Comercio en el municipio de VILLAVICENCIO META

No hacer Retención de Industria y Comercio municipio de Villavicencio

Líderes en
Comercialización de
Dispositivos Médicos



Factura Electronica de
Venta

FE 29391

Forma de Pago	Valor	Fecha Vencimiento
2 CREDITO A 30 DIAS	4.568.834	16-may.-2026

NETO A PAGAR: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS

Observaciones: CONTRATO 1330 DE 2026 ORTOPEDIA
PACIENTE. RINCON HERNANDEZ YADIRA CRISTINA
ID: 1.127.384.973

Valor Bruto:	4.685.984
Descuento:	0
SubTotal:	4.685.984
Valor IVA	0
TOTAL FACTURA	4.685.984
RTE FTE VTAS 2.5%	117.150
NETO A PAGAR:	4.568.834

DICIMED S.A.S

ORIGINAL

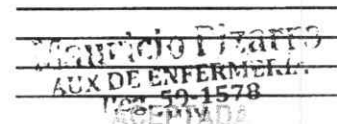
Nombre:

Cédula:

Cargo:

Fecha Recibido:

FIRMA RECIBIDO:



Firma y Sello en señal de aceptación de la factura y recibido de la mercancía y/o servicio

Página 2 de 2

Apreciado Cliente: Sírvase pagar esta factura con cheque cruzado a nombre de DICIMED SAS.
Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 220-410-72059-3 de Banco Popular.

Impreso el: 16 abr. 2026, 12:03 pm

Facturación según Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000 - IVA Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

El no pago oportuno de esta factura genera un interés liquidado a la tasa máxima legal. Autorizo a DICIMED S.A.S., para incluirme en cualquier banco de datos en caso de no pago oportuno de la presente factura. Esta factura cumple con todos los requisitos establecidos en la ley 1231 de 2008, el Código del Comercio y el Estatuto Tributario y se asimila a una letra de cambio para todos los efectos legales. Para cualquier reclamo acogerse a las condiciones establecidas en la citada norma. Se entenderá aceptada irrevocablemente transcurridos 10 días calendario siguientes a su recepción. Si se encuentra fuera del municipio de Villavicencio favor abstenerse de efectuar retención en la fuente del impuesto de industria y comercio local. La actividad comercial se desarrolla íntegramente en Villavicencio.

Carrera 33A N° 38-26/30 - VILLAVICENCIO - META - TELEFONOS: Servicio al cliente: CEL 3212045708 -- (608) 6664741 - Contabilidad: 3175163615

comercial@dicimed.com - sercliente@dicimed.com - auxcontabilidad@dicimed.com

Impreso por DICIMED S.A.S en programa WX Manager 9.5 distribuido por CSO Tecnología Nit.900063344-3 CC Villavicencio Bloque A Ofi 303 Tel. 6704949 - Vcio

VT-F-004



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA N°00000000080799

PROVEEDOR: DICIMED SAS. **NIT:** 892002085 **FECHA:** 21/04/2026 04:08 p. m.
CIUDAD: VILLAVICENCIO (META) **ESTADO:** Confirmado
DIRECCION: CRA. 33 # 38 - 26 BARRIO CENTRO **MONEDA:** Pesos
TELEFONO: 6708989 **TASA CAM:** 0,00
N° FACTURA: FE29391 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 30 **FECHA FAC:** 16/04/2026 12:00 a. m.
CUENTA: 24010101 **CONTRATO:**
ALMACEN: 02 DEPOSITO DE FARMACIA

CODIGO	NOMBRE	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%IVA
1518020028339	TORNILLO CORTICAL DE 3.5-PELVIS AUTORROSCANTE L40 A L95 ALTU REF:204.695 JD.	3,00	\$ 350.455,00	\$ 1.051.365,00	0,00
Lote/Serial: Vencimiento:					
1518020026145	TORNILLO CORTICAL DE 3.5 AUTORROSCANTE L10 A L38 ACERO REF:204.822 JD.	6,00	\$ 152.132,00	\$ 912.792,00	0,00
Lote/Serial: Vencimiento:					
1518020025528	PLACA RECO 3.5 CURV R108 6 A 16 AGUJ L208 ACERO REF:245.886 JD.	1,00	\$ 2.721.827,00	\$ 2.721.827,00	0,00
Lote/Serial: Vencimiento:					

DETALLE

CONTRATO No1330 DE 2026 / FACTURA No FE29391

SUBTOTAL: \$ 4.685.984,00
DESCUENTO: \$ 0,00
IMPUESTO: \$ 0,00
FLETES: \$ 0,00
IMP FLETES: \$ 0,00
RETE IVA: \$ 0,00
RETE ICA: \$ 0,00
RETE FUENTE: \$ 117.150,00
OTRAS RETE: \$ 187.440,00
OTRAS DEDUC: \$ 0,00
IMP DISTRI: \$ 0,00
AJUSTE RED: \$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00
TOTAL COMPR: \$ 4.381.394,00

TOTAL COMPROBANTE:

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA

ELABORO

HOSPITAL DEPARTAMENTAL V/CIO

Stella Garzon Beltran

Técnico administrativo

Deposito Farmacia

APROBO

Detalle otras retenciones:

Nombre	% Retención	Valor base	Valor Retención
PRODESARROLLO	2,00	\$ 4.685.984	\$ 93.720
PRODEPORTE	2,00	\$ 4.685.984	\$ 93.720

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

Usuario: 17330943

LICENCIADO A: [HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO] NIT [892000501-5]

SUMINISTRO A PACIENTE

Consecutivo: 00000007582975

N° Ingreso: 4267573

Estado: Confirmado

Fecha Documento: 14/04/2026 04:22 p.m.

Cama HOSESP301B

Paciente: 1127384973 YADIRA CRISTINA RINCON HERNANDEZ

Plan: SOATPV LA PREVISORA S.A COMPAÑIA DE SEGUROS

Almacen: 02 DEPOSITO DE FARMACIA

Area Solicitante 735583 - DEPOSITO DE FARMACIA

Usuario creación: 17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA

Detalle: Suministro a Pacientes No: 00000007582975.

Usuario Anulación:

Fecha Anulación:

Usuario Confirmación: 17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA

Fecha Confirmación: 21/04/2026 4:26:09 p.m.

"Esta formula manual no podra ser despachada por Enfermeria"

Folio	Codigo	Descripcion	Lote	Usuario que Solicita	Cantidad	VI Unidad	Total
0	1518020025528	PLACA RECO 3.5 CURV R108 6 A 16 AGUJ L208 ACERO REF:245.886 JD.			1,00	\$ 2.721.827,0	\$ 2.721.827,0
0	1518020026145	TORNILLO CORTICAL DE 3.5 AUTORROSCANTE L10 A L38 ACERO REF:204.822 JD.			6,00	\$ 152.132,00	\$ 912.792,00
	1518020028339	TORNILLO CORTICAL DE 3.5-PELVIS AUTORROSCANTE L40 A L95 ALTU REF:204.695 JD.			3,00	\$ 350.455,00	\$ 1.051.365,0
TOTAL DEL SUMINISTRO :							\$ 4.685.984,00

LICENCIADO A: [HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO] NIT [892000501-5]

FORMULA MEDICAMENTOS ☐

SOLICITUD LABORATORIOS ☐

Dicimed (osteocal)

FECHA: Abril 13 2026

NOMBRE: Yadira Cristina Rincon Hernandez

SEGURIDAD SOCIAL: Sout

H.C.: 1129384973

SERVICIO: Sulas cr- Ortopedia

CAMA:

IDX: Fx pelvis

EDAD: 36 años

NOMBRE GENÉRICO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA ADMINISTRACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD EN N° Y EN LETRAS
Torn-cort 3.5 pelvis autoinsec	L50					2 (dos)
Torn-cort 3.5 pelvis autoinsec	L65					1 (uno)
Torn-cort 3.5 autoinsec	L24 acelu					3 (tres)
Torn-cort 3.5 autoinsec	L30 acelu					3 (tres)
PL-160 3.5 curv R 108 16 agy	L208					1 (uno)

Dr. Jorge E. Gutierrez P.
ORTOPEDIA

Dr. Jorge E. Gutierrez

fax. Isabela
Supate. Laura G.

FIRMA DEL MEDICO R.M. 50-9/97
R.M.

DICIMED S.A.S

Nit. 892.002.085-1

Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000

No somos Grandes Contribuyentes - No somos Autorretenedores

Resolución N.1653-67.07/1864-Nombramiento Agentes Autorretenedores Impuesto de Industria y Comercio en el municipio de VILLAVICENCIO META

No hacer Retención de Industria y Comercio municipio de Villavicencio

Líderes en
Comercialización de
Dispositivos MédicosFactura Electronica de
Venta

FE 29394

CLIENTE : HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO

CC / Nit. 892000501 - 5

Teléfono: 6688950 ALMAC

Dirección: CL 37A 28 53 BRR BARZAL ALTO

Ciudad: VILLAVICENCIO

Fecha Emisión:

abril 16, 2026

Vendedor:

COMERCIAL

No. Orden de Compra:

CUFE:2e73uffc05cc84d0f028a8cf06e3d8adfac6ce8f619171951bc3a0d57fd5a50a2c061002a3c650b5b7517d4208ead5d

Código	RM	Descripción del Producto	Marca	Cant.	Lote - Fecha	Vlr. Unit	%IVA	Total
157TOR681	9804	TORNILLO-BLOQ. OE5 AUTORROSC. L90 TAN. 412.227	DEPUY	1	81993P6 30/12/2035	1.238.971	0%	1.238.971
157TOR958	9804	TORN-ESPONJ DE 6.5 L45 A L100/32 EN TITANIO REF 417.100 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO	DEPUY	1	42570P1 28/10/2031	583.777	0%	583.777
157AGK06	9804	AGUJA KIRSCHNER PUNTA TROCAR D2.0MM L280 MM AC ,REF. 292.210.01 INVIMA 2022DM-0008220-R1) RIESGO Iib	DEPUY	1	95553P8 30/12/2030	69.208	19%	69.208
157TOR681	9804	TORNILLO-BLOQ. OE5 AUTORROSC. L90 TAN. 412.227	DEPUY	1	83343P0 30/12/2035	1.238.971	0%	1.238.971
157TOR681	9804	TORNILLO-BLOQ. OE5 AUTORROSC. L90 TAN. 412.227	DEPUY	1	9253P93 30/12/2035	1.238.971	0%	1.238.971
157TOR681	9804	TORNILLO-BLOQ. OE5 AUTORROSC. L90 TAN. 412.227	DEPUY	1	9517P7 30/12/2035	1.238.971	0%	1.238.971
157HSE12	9804	* HOJA DE SIERRA P/SIERRA OSCILANTE 91*0385 519.200	DEPUY	1	72339P7 03/12/2035	673.165	19%	673.165
157TOR735	9804	TORN-CORT OE4.5 AUTORROSC L60 TI 414.860	DEPUY	1	38P0594 30/12/2029	377.887	0%	377.887

DICIMED S.A.S

ORIGINAL

Pagina 1 de 2

Apreciado Cliente: Sirvase pagar esta factura con cheque cruzado a nombre de DICIMED SAS.
Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 220-410-72059-3 de Banco Popular.

Impreso el: 16 abr. 2026, 02:55 pm

Nombre:
Cédula:
Cargo:
Fecha Recibido:
FIRMA RECIBIDO:

Municipio Pizarro
AUX DE ENFERMERIA
Pag. 50.1578
ACEPTADA

Firma y Sello en señal de aceptación de la factura y recibido de la mercancía y/o servicio

Facturación según Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000 - IVA Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

El no pago oportuno de esta factura genera un interés liquidado a la tasa máxima legal. Autorizo a DICIMED S.A.S., para incluirme en cualquier banco de datos en caso de no pago oportuno de la presente factura. Esta factura cumple con todos los requisitos establecidos en la ley 1231 de 2008, el Código del Comercio y el Estatuto Tributario y se asimila a una letra de cambio para todos los efectos legales. Para cualquier reclamo acogerse a las condiciones establecidas en la citada norma. Se entenderá aceptada irrevocablemente transcurridos 10 días calendario siguientes a su recepción. Si se encuentra fuera del municipio de Villavicencio favor abstenerse de efectuar retención en la fuente del impuesto de industria y comercio local. La actividad comercial se desarrolla integralmente en Villavicencio.

Carrera 33A N° 38-26/30 - VILLAVICENCIO - META - TELÉFONOS: Servicio al cliente: CEL 3212045708 -- (608) 6664741 - Contabilidad: 3175163615

comercial@dicimed.com - sercliente@dicimed.com - auxcontabilidad@dicimed.com

Impreso por DICIMED S.A.S en programa WX Manager 9.5 distribuido por CSO Tecnología Nit.900063344-3 CC Villacento Bloque A Ofi 303 Tel. 6704949 - Voio

VT-F-004

DICIMED S.A.S

Nit. 892.002.085-1

Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000

No somos Grandes Contribuyentes - No somos Autorretenedores

Resolución N. 1653-67-07/1864-Nombramiento Agentes Autorretenedores Impuesto de Industria y Comercio en el municipio de VILLAVICENCIO META

No hacer Retención de Industria y Comercio municipio de Villavicencio

Líderes en
Comercialización de
Dispositivos MédicosFactura Electronica de
Venta

FE 29394

157TOR735	9804	TORN-CORT OE4.5 AUTORROSC L60 TI 414.860	DEPUY	1	39P9598	28/12/2035	377.887	0%	377.887
157TOR735	9804	TORN-CORT OE4.5 AUTORROSC L60 TI 414.860	DEPUY	1	66917P1	30/12/2035	377.887	0%	377.887
157TOR735	9804	TORN-CORT OE4.5 AUTORROSC L60 TI 414.860	DEPUY	1	698P38	30/12/2035	377.887	0%	377.887
157TOR958	9804	TORN-ESPONJ DE 6.5 L45 A L100/32 EN TITANIO REF 417.100 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO	DEPUY	1	6L23105	28/10/2031	583.777	0%	583.777
157ARA90	9804	ARANDELA Ø13/6.6 P/TORN Ø4.5-7.3 EN TITANIO . REF.419.990	0	1	BTB_DUM	30/12/2029	195.958	0%	195.958
157PLA491	9804	PLACA-FEM LAT DISTAL DERECHA 4 AGUJ TOMOFIX LAT DIST REF: 440.864S	DEPUY	1	78911P2	01/11/2035	6.717.308	0%	6.717.308
157TOR735	9804	TORN-CORT OE4.5 AUTORROSC L60 TI 414.860	DEPUY	1	7917P62	30/12/2035	377.887	0%	377.887

Forma de Pago	Valor	Fecha Vencimiento
2 CREDITO A 30 DIAS	15.417.850	16-may.-2026

NETO A PAGAR: QUINCE MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOSObservaciones: CONTRATO 1330 DE 2026 ORTOPEDIA
PACIENTE. VILLALBA MUÑOZ JULI SOFIA
ID. 1.029.220.422

Valor Bruto:	15.668.512
Descuento:	0
SubTotal:	15.668.512
Valor IVA	141.051
TOTAL FACTURA	15.809.563
RTE FTE VTAS 2.5%	391.713
NETO A PAGAR:	15.417.850

DICIMED S.A.S

ORIGINAL

Pagina 2 de 2

Apreciado Cliente: Sírvase pagar esta factura con cheque cruzado a nombre de DICIMED SAS.
Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 220-410-72059-3 de Banco Popular.

Impreso el: 16 abr. 2026, 02:55 pm

Nombre:
Cédula:
Cargo:
Fecha Recibido:
FIRMA RECIBIDO:Firma y Sello en señal de aceptación de la factura y recibido
de la mercancía y/o servicio

Facturación según Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000 - IVA Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

El no pago oportuno de esta factura genera un interés liquidado a la tasa máxima legal. Autorizo a DICIMED S.A.S., para incluirme en cualquier banco de datos en caso de no pago oportuno de la presente factura. Esta factura cumple con todos los requisitos establecidos en la ley 1231 de 2008, el Código del Comercio y el Estatuto Tributario y se asimila a una letra de cambio para todos los efectos legales. Para cualquier reclamo acogerse a las condiciones establecidas en la citada norma. Se entenderá aceptada irrevocablemente transcurridos 10 días calendario siguientes a su recepción. Si se encuentra fuera del municipio de Villavicencio favor abstenerse de efectuar retención en la fuente del impuesto de industria y comercio local. La actividad comercial se desarrolla integralmente en Villavicencio.

Carrera 33A N° 38-26/30 - VILLAVICENCIO - META - TELÉFONOS: Servicio al cliente: CEL 3212045708 - (608) 6664741 - Contabilidad: 3175163615
comercial@dicimed.com - serciente@dicimed.com - auxcontabilidad@dicimed.com

Impreso por DICIMED S.A.S en programa WX Manager 9.5 distribuido por CSO Tecnología Nit. 900063344-3 CC Villacentro Bloque A Ofi 303 Tel. 6704949 - Voio

VT-F-004



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE
VILLAVICENCIO E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000080800

PROVEEDOR: DICIMED SAS. NIT: 892002085 FECHA: 21/04/2026 04:26 p. m.
CIUDAD: VILLAVICENCIO (META) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CRA. 33 # 38 - 26 BARRIO CENTRO MONEDA: Pesos
TELEFONO: 6708989 TASA CAM: 0,00
N° FACTURA: FE29394 % ICA: 0,0000 PLAZO: 30 FECHA FAC: 16/04/2026 12:00 a. m.
CUENTA: 24010101 CONTRATO:
ALMACEN: 02 DEPOSITO DE FARMACIA

CODIGO	NOMBRE	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%IVA
1518020026266	TORNILLO BLOQUEADO DE 5 AUTORROSCANTE L24 A L42/L90 EN TITANIO REF:412.214/412227 JD.	4,00	\$ 1.238.971,00	\$ 4.955.884,00	0,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				
1518020028302	TORNILLO ESPONJOSO DE 6.5 L45 A L100/32 EN TITANIO. REF:417100 JD.	1,00	\$ 583.777,00	\$ 583.777,00	0,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				
1518020028054	AGUJA KIRSCHNER PUNTA TROCAR D2.2MM /L150/L280MM REF:292.210.01 REF:292.160.01 JD.	1,00	\$ 69.208,00	\$ 69.208,00	19,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				
1518020029802	TORNILLO CORTICAL 4.5 AUTORROSC L20 TI HASTA L60 REF:414.860 JD.	5,00	\$ 377.887,00	\$ 1.889.435,00	0,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				
1518020027027	HOJA SIERRA 90/69*27*1/0.8 ANCL-AO/ASIF REF:519.200 JD.	1,00	\$ 673.165,00	\$ 673.165,00	19,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				
1518020028302	TORNILLO ESPONJOSO DE 6.5 L45 A L100/32 EN TITANIO. REF:417100 JD.	1,00	\$ 583.777,00	\$ 583.777,00	0,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				
1518020026558	ARANDELA DE 13/6.6 P/TORN DE 4.5-7.3 ACERO REF:419.990 JD.	1,00	\$ 195.958,00	\$ 195.958,00	0,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				
1518020025188	PLACA FEM LATERAL DISTAL IZQUIERDA 4 AGUJEROS REF:440.874S/440.864S JD.	1,00	\$ 6.717.308,00	\$ 6.717.308,00	0,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				

DETALLE

CONTRATO No1330 DE 2026 / FACTURA No FE29394

SUBTOTAL: \$ 15.668.512,00
DESCUENTO: \$ 0,00
IMPUESTO: \$ 141.051,00
FLETES: \$ 0,00
IMP FLETES: \$ 0,00
RETE IVA: \$ 21.158,00
RETE ICA: \$ 0,00
RETE FUENTE: \$ 391.713,00
OTRAS RETE: \$ 626.740,00
OTRAS DEDUC: \$ 0,00
IMP DISTRI: \$ 0,00
AJUSTE RED: \$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00
TOTAL COMPR: \$ 14.769.952,00

TOTAL COMPROBANTE:

CATORCE MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA

ELABORO

HOSPITAL DEPARTAMENTAL V/CIO

Stella Garzon Beltran

Técnico Administrativo

APROBO
Deposito Farmacia

Detalle otras retenciones:

Nombre	% Retención	Valor base	Valor Retención
PRODESARROLLO	2,00	\$ 15.668.512	\$ 313.370
PRODEPORTE	2,00	\$ 15.668.512	\$ 313.370

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

Usuario: 17330943

LICENCIADO A: [HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO] NIT [892000501-5]

SUMINISTRO A PACIENTE

Consecutivo: 00000007583016 Fecha Documento: 13/04/2026 04:51 p.m.
Nº Ingreso: 4271054 Estado: Confirmado Cama
Paciente: 1029220422 JULI SOFIA VILLALBA MUÑOZ
Plan: 055-26 POLICIA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.7
Almacen: 02 DEPOSITO DE FARMACIA Usuario Anulación:
Area Solicitante 735583 - DEPOSITO DE FARMACIA Fecha Anulación:
Usuario creación: 17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA Usuario Confirmación: 17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA
Detalle: Suministro a Pacientes No: 00000007583016. Fecha Confirmación: 21/04/2026 5:11:37 p.m.

"Esta formula manual no podra ser despachada por Enfermeria"

Folio	Codigo	Descripcion	Lote	Usuario que Solicita	Cantidad	VI Unidad	Total
0	1518020026558	ARANDELA DE 13/6.6 P/TORN DE 4.5-7.3 ACERO REF:419.990 JD.			1,00	\$ 219.473,00	\$ 219.473,00
0	1518020025188	PLACA FEM LATERAL DISTAL IZQUIERDA 4 AGUJEROS REF:440.874S/440.864S JD.			1,00	\$ 7.523.385,00	\$ 7.523.385,00
	1518020028302	TORNILLO ESPONJOSO DE 6.5 L45 A L100/32 EN TITANIO. REF:417100 JD.			2,00	\$ 653.830,00	\$ 1.307.660,00
0	1518020027027	HOJA SIERRA 90/69*27*1/0.8 ANCL-AO/ASIF REF:519.200 JD.			1,00	\$ 897.194,00	\$ 897.194,00
0	1518020029802	TORNILLO CORTICAL 4.5 AUTORROSC L20 TI HASTA L60 REF:414.860 JD.			5,00	\$ 423.233,00	\$ 2.116.165,00
0	1518020028054	AGUJA KIRSCHNER PUNTA TROCAR D2.2MM /L150/L280MM REF:292.210.01 REF:292.160.01 JD.			1,00	\$ 92.240,00	\$ 92.240,00
0	1518020026266	TORNILLO BLOQUEADO DE 5 AUTORROSCANTE L24 A L42/L90 EN TITANIO REF:412.214/412227 JD.			4,00	\$ 1.387.648,00	\$ 5.550.592,00
TOTAL DEL SUMINISTRO :						\$ 17.706.709,00	\$ 17.706.709,00

LICENCIADO A: [HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO] NIT [892000501-5]



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E

Atención Humanizada y Segura

FORMULA MEDICAMENTOS ☐

SOLICITUD LABORATORIOS ☐

RECIBIDO 17 ABR 2026



FR-SF-07

FECHA: Abril 13 2026

Dicimed (Asacol)

NOMBRE: Julieta Villalba Menoz

SEGURIDAD SOCIAL:

Penal

H.C.: 1029.220.422

SERVICIO: Udas ex. Ortopedica

CAMA:

IDX:

EDAD:

20 años

NOMBRE GENÉRICO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA ADMINISTRACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD EN N° Y EN LETRAS
Agua K φ 20 L280 aceru						1 (uno)
Tain- bloq φ 5. autanusc	L50 TAN					2 (dos)
Tain- bloq φ 5 autanusc	L60 TAN					2 (dos)
Hya- stenu 90 169 x 27 x 1.2						1 (uno)
Tain- cort φ 4.5 autanusc	L30 TI					1 (uno)
Tain- cort φ 4.5 autanusc	L32 TI					1 (uno)
Tain- cort φ 4.5 autanusc	L34 TI					1 (uno)
Tain- cort φ 4.5 autanusc	L38 TI					1 (uno)
Tain- cort φ 4.5 autanusc	L40 TI					1 (uno)
Tain- espon φ 6.5 L55	L32 TI					1 (uno)

FIRMA DEL MÉDICO
R.M.

[Firma]
N° 5057

Dr. Jose Uribe Ray

fax. Dagoberto Jimenez
Supate Laura Gonzalez

FORMULA MEDICAMENTOS ☐

SOLICITUD LABORATORIOS ☐

Dicimed (Osteocal)

FECHA: Abril 13 2026

NOMBRE: Juli Julia Uinkalba Muncu

SEGURIDAD SOCIAL: Penal

H.C: 1029. 220. 422

SERVICIO: Suba ex - Ortopedia

CAMA:

IDX: Osteoporosis femur y tibia

EDAD: 20 años

NOMBRE GENÉRICO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA ADMINISTRACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD EN N° Y EN LETRAS
Turn- espay 6.5 L7u 132 71						1 (uno)
Aronckla 13 16.6 P Turn 4.5-7.3						1 (uno)
Pl- fem tumofix bt dist decha Aagu						1 (uno)

FIRMA DEL MÉDICO
R.M.

[Signature]
R.M. 1052

REF 440.864S
LOT 78911P2

(01)07611819245792(20)15
(17)351101(10)78911P2

Tomofix™ Femoral Plate
lateral, right, 4holes

Synthes GmbH, Ermattstrasse 3
4436 Oberdorf, Switzerland



2035-11-01



DePuy Synthes

DICIMED S.A.S

Nit. 892.002.085-1

Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000

No somos Grandes Contribuyentes - No somos Autorretenedores

Resolución N. 1653-67.07/1864-Nombramiento Agentes Autorretenedores Impuesto de Industria y Comercio en el municipio de VILLAVICENCIO META

No hacer Retención de Industria y Comercio municipio de Villavicencio

Líderes en
Comercialización de
Dispositivos Médicos



Factura Electronica de
Venta
FE 29415

CLIENTE : HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO

CC / Nit. 892000501 - 5

Teléfono: 6688950 ALMAC

Dirección: CL 37A 28 53 BRR BARZAL ALTO

Ciudad: VILLAVICENCIO

Fecha Emisión: abril 18, 2026

Vendedor: COMERCIAL

No. Orden de Compra:

CUFE:b71616c3874db88fb20d55496f6221354df0179003361a129cc145df867d4f0833157d46d3a3663de6eed026e0b1bf

Código	RM	Descripción del Producto	Marca	Cant.	Lote - Fecha	Vlr. Unit	%IVA	Total
157BAR29	9833	BARRA 5.5 300MM (ROD) 179762300 (INVIMA 2021DM-0007527-R1) RIESGO IIb	DEPUY	1	CSKBKV 12/07/2031	1.215.639	0%	1.215.639
157CAS05	9833	TORNILLO INTERNO CIERRE 1 PASO 5.5 EXP (VERSE UNITIZED SET) REF: 199721001 (INVIMA 2021DM-0007527-R1) RIESGO IIb	DEPUY	8	L33556 12/07/2031	664.179	0%	5.313.432
157TOR845	9833	TORNILLO PEDICULAR 5.5 EXP 4.35 X 35 REF 199721435 (INVIMA 2021DM-0007527-R1) RIESGO IIb	DEPUY	2	408186 07/12/2031	4.779.002	0%	9.558.004
157TOR845	9833	TORNILLO PEDICULAR 5.5 EXP 4.35 X 35 REF 199721435 (INVIMA 2021DM-0007527-R1) RIESGO IIb	DEPUY	2	451990 07/12/2031	4.779.002	0%	9.558.004
157TOR1051	9833	TORNILLO PEDICULAR 5.5 EXP 4.35 X 40 REF 199721440 (INVIMA 2021DM-0007527-R1) RIESGO IIb	DEPUY	4	454596 07/12/2031	4.779.002	0%	19.116.008

Forma de Pago	Valor	Fecha Vencimiento
2 CREDITO A 30 DIAS	43.642.060	18-may.-2026

Valor Bruto: 44.761.087

Descuento: 0

SubTotal: 44.761.087

Valor IVA 0

TOTAL FACTURA 44.761.087

RTE FTE VTAS 2.5% 1.119.027

NETO A PAGAR: 43.642.060

NETO A PAGAR: CUARENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SESENTA PESOS

Observaciones: RM 9833 : CONTRATO 1330 DEL 2026 ORTOPEDIA
PACIENTE. DIAZ TORRADO SHARICK YINET
ID. 1029643378

Nombre:

Cédula:

Cargo:

Fecha Recibido:

FIRMA RECIBIDO:

Mauricio Pizarro
AUX DE ENFERMERIA
Reg. 50-1578
ACEPTADA

Firma y Sello en señal de aceptación de la factura y recibido de la mercancía y/o servicio

DICIMED S.A.S

ORIGINAL

Página 1 de 1

Apreciado Cliente: Sirvase pagar esta factura con cheque cruzado a nombre de DICIMED SAS.
Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 220-410-72059-3 de Banco Popular.

Impreso el: 18 abr. 2026, 10:52 am

Facturación según Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000 - IVA Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

El no pago oportuno de esta factura genera un interés liquidado a la tasa máxima legal. Autorizo a DICIMED S.A.S., para incluirme en cualquier banco de datos en caso de no pago oportuno de la presente factura. Esta factura cumple con todos los requisitos establecidos en la ley 1231 de 2008, el Código del Comercio y el Estatuto Tributario y se asimila a una letra de cambio para todos los efectos legales. Para cualquier reclamo acogerse a las condiciones establecidas en la citada norma. Se entenderá aceptada irrevocablemente transcurridos 10 días calendario siguientes a su recepción. Si se encuentra fuera del municipio de Villavicencio favor abstenerse de efectuar retención en la fuente del impuesto de industria y comercio local. La actividad comercial se desarrolla íntegramente en Villavicencio.

Carrera 33A N° 38-26/30 - VILLAVICENCIO - META - TELÉFONOS: Servicio al cliente: CEL 3212045708 -- (608) 6664741 - Contabilidad: 3175163615

comercial@dicimed.com - serciente@dicimed.com - auxcontabilidad@dicimed.com

Impreso por DICIMED S.A.S en programa WX Manager 9.5 distribuido por CSO Tecnología Nit. 900063344-3 CC Villacentro Bloque A Ofi 303 Tel. 6704949 - Vcio

VT-F-004

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE
VILLAVICENCIO E.S.E.****COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000080807**

PROVEEDOR: DICIMED SAS. NIT: 892002085 FECHA: 23/04/2026 06:55 a. m.
CIUDAD: VILLAVICENCIO (META) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CRA. 33 # 38 - 26 BARRIO CENTRO MONEDA: Pesos
TELEFONO: 6708989 TASA CAM: 0,00
N° FACTURA: FE29415 % ICA: 0,0000 PLAZO: 30 FECHA FAC: 18/04/2026 12:00 a. m.
CUENTA: 24010101 CONTRATO:
ALMACEN: 02 DEPOSITO DE FARMACIA

CODIGO	NOMBRE	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%IVA
1518020021113	BARRA 5.5 X 300MM REF:179762300 JD.	1,00	\$ 1.215.639,00	\$ 1.215.639,00	0,00
Lote/Serial: Vencimiento:					
1518020025563	TORNILLO INTERNO CIERRE 1 PASO 5.5 EXP UNITIZED SET SCR REF:199721001 JD.	8,00	\$ 664.179,00	\$ 5.313.432,00	0,00
Lote/Serial: Vencimiento:					
1518020027077	TORNILLO PEDICULAR 5.5 EXP 4.35/5.0/6.0 X 55 REF:199721 JD.	8,00	\$ 4.779.002,00	\$ 38.232.016,00	0,00
Lote/Serial: Vencimiento:					

DETALLE

CONTRATO No1330 DE 2026 / FACTURA No FE29415

SUBTOTAL:	\$ 44.761.087,00
DESCUENTO:	\$ 0,00
IMPUESTO:	\$ 0,00
FLETES:	\$ 0,00
IMP FLETES:	\$ 0,00
RETE IVA:	\$ 0,00
RETE ICA:	\$ 0,00
RETE FUENTE:	\$ 1.119.027,00
OTRAS RETE:	\$ 1.790.444,00
OTRAS DEDUC:	\$ 0,00
IMP DISTRI:	\$ 0,00
AJUSTE RED:	\$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	\$ 0,00
TOTAL COMPR:	\$ 41.851.616,00

TOTAL COMPROBANTE:CUARENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS
DIECISEIS PESOS CON CERÓ CTVS M/Cte.

17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA

ELABORO

HOSPITAL DEPARTAMENTAL V/CIO

Stella Garzon Beltran

Técnico Administrativo

Deposito Farmacia

Detalle otras retenciones:

Nombre	% Retención	Valor base	Valor Retención
PRODESARROLLO	2,00	\$ 44.761.087	\$ 895.222
PRODEPORTE	2,00	\$ 44.761.087	\$ 895.222

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

Usuario: 17330943

LICENCIADO A: [HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO] NIT [892000501-5]

SUMINISTRO A PACIENTE

Consecutivo: 00000007586255
Nº Ingreso: 4259121
Paciente: 1029643378 SHARICK YINETH DIAZ TORRADO
Plan: URG014 CAJA DE PREVISION SOCIAL Y SEGURIDAD DEL CASANARE - CAPRESOCA E.P.S. SBS
Estado: Confirmado
Fecha Documento: 16/04/2026 11:11 a.m.
Cama UCIC05
Almacen: 02 DEPOSITO DE FARMACIA
Area Solicitante 735583 - DEPOSITO DE FARMACIA
Usuario creación: 17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA
Detalle: Suministro a Pacientes No: 00000007586255.
Usuario Anulación:
Fecha Anulación:
Usuario Confirmación: 17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA
Fecha Confirmación: 23/04/2026 11:21:51 a.m.

"Esta formula manual no podra ser despachada por Enfermeria"

Folio	Codigo	Descripcion	Lote	Usuario que Solicita	Cantidad	VI Unidad	Total
0	1518020021113	BARRA 5.5 X 300MM REF:179762300 JD.			1,00	\$ 1.361.516,0	\$ 1.361.516,0
0	1518020025563	TORNILLO INTERNO CIERRE 1 PASO 5.5 EXP UNITIZED SET SCR REF:199721001 JD.			8,00	\$ 743.880,00	\$ 5.951.040,0
	1518020027077	TORNILLO PEDICULAR 5.5 EXP 4.35/5.0/6.0 X 55 REF:199721 JD.			8,00	\$ 5.352.482,0	\$ 42.819.856,00
TOTAL DEL SUMINISTRO :						\$ 50.132.412,00	\$

LICENCIADO A: [HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO] NIT [892000501-5]



HOSPITAL
DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.
Atención Humanizada y Segura

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.

Atención Humanizada y Segura

FORMULA MEDICAMENTOS ☐

SOLICITUD LABORATORIOS ☒

RECIBIDO 20 ABR 2026



FR-SF-07

FECHA:

15-4-2026

NOMBRE:

Shavick Yineih Plaza Toribio

SEGURIDAD SOCIAL:

Caprecosa

H.C:

1029693378

SERVICIO:

CX

CAMA:

IDX:

Artrotesis

Lombal

EDAD:

20 años

NOMBRE GENÉRICO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA ADMINISTRACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD EN N° Y EN LETRAS
Barra 300 mm			1	uno		
Casquillo Simple exp Verse			8	ocho		
Torn: exp Verse 4.35 x 35mm			4	cuatro		
Torn exp Verse 4.35 x 40 mm			4	cuatro		

FIRMA DEL MEDICO
R.M.

[Signature] / *[Signature]*
Reel 12690 / Rodriguez

10

10-11-12

10-11-12

12-11-12
10-11-12
10-11-12
10-11-12

10-11-12
10-11-12
10-11-12
10-11-12

10-11-12
10-11-12
10-11-12
10-11-12

10-11-12
10-11-12
10-11-12
10-11-12

DICIMED S.A.S

Nit. 892.002.085-1

Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000

No somos Grandes Contribuyentes - No somos Autorretenedores

Resolución N. 1653-67.07/1864-Nombramiento Agentes Autorretenedores Impuesto de Industria y Comercio en el municipio de VILLAVICENCIO META

No hacer Retención de Industria y Comercio municipio de Villavicencio

Líderes en
Comercialización de
Dispositivos MédicosFactura Electronica de
Venta**FE 29437****CLIENTE : HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO**

CC / Nit. 892000501 - 5

Teléfono: 6688950 ALMAC

Dirección: CL 37A 28 53 BRR BARZAL ALTO

Ciudad: VILLAVICENCIO

Fecha Emisión: abril 21, 2026

Vendedor: COMERCIAL

No. Orden de Compra:

CUFE:13f2d9add174501043876b8dff2d9a7960c1b91890f153c385adba8aa3e7fd6f09de445cf2ce590df14f97622ced2a8c

Código	RM	Descripción del Producto	Marca	Cant.	Lote - Fecha	Vlr. Unit	%IVA	Total
157COT00	9867	CONECTOR TRANSVERSAL EXPEDIUM TI REF. 175565000 (INVIMA 2021DM-0007527-R1) RIESGO IIB	DEPUY	1	OM11739 07/12/2031	1.795.002	0%	1.795.002
157CAS05	9867	TORNILLO INTERNO CIERRE 1 PASO 5.5 EXP (VERSE UNITIZED SET) REF: 199721001 (INVIMA 2021DM-0007527-R1) RIESGO IIB	DEPUY	1	L34510 07/12/2031	664.179	0%	664.179
157TOR845	9867	TORNILLO PEDICULAR 5.5 EXP 4.35 X 35 REF 199721435 (INVIMA 2021DM-0007527-R1) RIESGO IIB	DEPUY	2	389592 07/12/2031	4.779.002	0%	9.558.004
157TOR1051	9867	TORNILLO PEDICULAR 5.5 EXP 4.35 X 40 REF 199721440 (INVIMA 2021DM-0007527-R1) RIESGO IIB	DEPUY	1	370963 07/12/2031	4.779.002	0%	4.779.002

Forma de Pago	Valor	Fecha Vencimiento	Valor Bruto:	16.796.187
CREDITO A 30 DIAS	16.376.282	21-may.-2026	Descuento:	0
NETO A PAGAR: DIECISEIS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS			SubTotal:	16.796.187
Observaciones: RM 9867 : CONTRATO 1330 DEL 2026 ORTOPEDIA PACIENTE. DIAZ TORRADO SHARICK YINETH ID. 1029643378			Valor IVA	0
			TOTAL FACTURA	16.796.187
			RTE FTE VTAS 2.5%	419.905
			NETO A PAGAR:	16.376.282

DICIMED S.A.S

ORIGINALNombre:
Cédula:
Cargo:
Fecha Recibido:
FIRMA RECIBIDO:**Mauricio Pizarro**
AUX DE ENFERMERIA
REG. 50-1578
ACEPTADA

Firma y Sello en señal de aceptación de la factura y recibido de la mercancía y/o servicio

Pagina 1 de 1

Apreciado Cliente: Sirvase pagar esta factura con cheque cruzado a nombre de DICIMED SAS.
Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 220-410-72059-3 de Banco Popular.

Impreso el: 21 abr. 2026, 01:02 pm

Facturación según Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000 - IVA Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

El no pago oportuno de esta factura genera un interés liquidado a la tasa máxima legal. Autorizo a DICIMED S.A.S., para incluirme en cualquier banco de datos en caso de no pago oportuno de la presente factura. Esta factura cumple con todos los requisitos establecidos en la ley 1231 de 2008, el Código del Comercio y el Estatuto Tributario y se asimila a una letra de cambio para todos los efectos legales. Para cualquier reclamo acogerse a las condiciones establecidas en la citada norma. Se entenderá aceptada irrevocablemente transcurridos 10 días calendario siguientes a su recepción. Si se encuentra fuera del municipio de Villavicencio favor abstenerse de efectuar retención en la fuente del impuesto de industria y comercio local. La actividad comercial se desarrolla íntegramente en Villavicencio.

Carrera 33A N° 38-26/30 - VILLAVICENCIO - META - TELÉFONOS: Servicio al cliente: CEL 3212045708 - (608) 6664741 - Contabilidad: 3175163615

comercial@dicimed.com - sercliente@dicimed.com - auxcontabilidad@dicimed.com

Impreso por DICIMED S.A.S en programa WX Manager 9.5 distribuido por CSO Tecnología Nit.900063344-3 CC Villacentro Bloque A Ofi 303 Tel. 6704949 - Vcio

VT-F-004



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA N°00000000080832

PROVEEDOR: DICIMED SAS. **NIT:** 892002085 **FECHA:** 23/04/2026 02:22 p. m.
CIUDAD: VILLAVICENCIO (META) **ESTADO:** Confirmado
DIRECCION: CRA. 33 # 38 - 26 BARRIO CENTRO **MONEDA:** Pesos
TELEFONO: 6708989 **TASA CAM:** 0,00
N° FACTURA: FE29437 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 30 **FECHA FAC:** 21/04/2026 12:00 a. m.
CUENTA: 24010101 **CONTRATO:**
ALMACEN: 02 DEPOSITO DE FARMACIA

CODIGO	NOMBRE	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%IVA
1518020028989	CONECTOR TRANSVERSAL USS PEDIATRICO EXPEDIUM REF: 175565000 JD.	1,00	\$ 1.795.002,00	\$ 1.795.002,00	0,00
Lote/Serial: Vencimiento:					
1518020025563	TORNILLO INTERNO CIERRE 1 PASO 5.5 EXP UNITIZED SET SCR REF:199721001 JD.	1,00	\$ 664.179,00	\$ 664.179,00	0,00
Lote/Serial: Vencimiento:					
1518020027077	TORNILLO PEDICULAR 5.5 EXP 4.35/5.0/6.0 X 55 REF:199721 JD.	3,00	\$ 4.779.002,00	\$ 14.337.006,00	0,00
Lote/Serial: Vencimiento:					

DETALLE

CONTRATO No1330 DE 2026 / FACTURA No FE29437

SUBTOTAL:	\$ 16.796.187,00
DESCUENTO:	\$ 0,00
IMPUESTO:	\$ 0,00
FLETES:	\$ 0,00
IMP FLETES:	\$ 0,00
RETE IVA:	\$ 0,00
RETE ICA:	\$ 0,00
RETE FUENTE:	\$ 419.905,00
OTRAS RETE:	\$ 671.848,00
OTRAS DEDUC:	\$ 0,00
IMP DISTRI:	\$ 0,00
AJUSTE RED:	\$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	\$ 0,00
TOTAL COMPR:	\$ 15.704.434,00

TOTAL COMPROBANTE:

QUINCE MILLONES SETECIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

N7330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA

ELABORO

HOSPITAL DEPARTAMENTAL VICIO

Stella Garzon Beltran

Tecnico administrativo
APROBO
Deposito Farmacia**Detalle otras retenciones:**

Nombre	% Retención	Valor base	Valor Retención
PRODESARROLLO	2,00	\$ 16.796.187	\$ 335.924
PRODEPORTE	2,00	\$ 16.796.187	\$ 335.924

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

Usuario: 17330943

LICENCIADO A: [HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO] NIT [892000501-5]

SUMINISTRO A PACIENTE

Consecutivo: 00000007586553 Fecha Documento: 20/04/2026 02:30 p.m.
Nº Ingreso: 4259121 Estado: Confirmado Cama UCIC05
Paciente: 1029643378 SHARICK YINETH DIAZ TORRADO
Plan: URG014 CAJA DE PREVISION SOCIAL Y SEGURIDAD DEL CASANARE - CAPRESOCA E.P.S. SBS
Almacen: 02 DEPOSITO DE FARMACIA
Area Solicitante 735583 - DEPOSITO DE FARMACIA
Usuario creación: 17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA
Detalle: Suministro a Pacientes No: 00000007586553.
Usuario Anulación:
Fecha Anulación:
Usuario Confirmación: 17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA
Fecha Confirmación: 23/04/2026 2:33:46 p.m.

"Esta fórmula manual no podrá ser despachada por Enfermería"

Folio	Codigo	Descripcion	Lote	Usuario que Solicita	Cantidad	VI Unidad	Total
0	1518020028989	CONECTOR TRANSVERSAL USS PEDIATRICO EXPEDIUM REF: 175565000 JD.			1,00	\$ 2.010.402,00	\$ 2.010.402,00
0	1518020025563	TORNILLO INTERNO CIERRE 1 PASO 5.5 EXP UNITIZED SET SCR REF:199721001 JD.			1,00	\$ 743.880,00	\$ 743.880,00
	1518020027077	TORNILLO PEDICULAR 5.5 EXP 4.35/5.0/6.0 X 55 REF:199721 JD.			3,00	\$ 5.352.482,00	\$ 16.057.446,00
TOTAL DEL SUMINISTRO :						\$ 18.811.728,00	\$

LICENCIADO A: [HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO] NIT [892000501-5]



HOSPITAL
DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.
Atención Humanizada y Segura

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.

Atención Humanizada y Segura

REGISTRO 23 ABR 2026

Ingreso 4289121.



FORMULA MEDICAMENTOS ☐

SOLICITUD LABORATORIOS ☐

Drameb.

FECHA:

14 Abril 2026

NOMBRE:

Shanick Yineth Diaz

SEGURIDAD SOCIAL:

H.C.:

1029643378

SERVICIO:

Gx.

CAMA:

IDX:

EDAD:

NOMBRE GENÉRICO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA ADMINISTRACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD EN N° Y EN LETRAS
Conector transversal		70 mm		1	Uno	
Cusquillo simple exp		Verse		1	Uno	
Tornillo exp		Verse 4.35 x 35 mm		2	Dos	
Tornillo exp		Verse 4.35 x 40 mm		1	Uno	

FIRMA DEL MEDICO
R.M.

[Handwritten signature]
Eee 12/6/20

yino rodriguez
IQx

DICIMED S.A.S

Nit. 892.002.085-1

Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000

No somos Grandes Contribuyentes - No somos Autorretenedores

Resolución N.1653-67.07/1864-Nombramiento Agentes Autorretenedores Impuesto de Industria y Comercio en el municipio de VILLAVICENCIO META

No hacer Retención de Industria y Comercio municipio de Villavicencio

Líderes en
Comercialización de
Dispositivos MédicosFactura Electronica de
Venta**FE 29456****CLIENTE : HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO**

CC / Nit. 892000501 - 5

Teléfono: 6688950 ALMAC

Dirección: CL 37A 28 53 BRR BARZAL ALTO

Ciudad: VILLAVICENCIO

Fecha Emisión:

abril 23, 2026

Vendedor:

COMERCIAL

No. Orden de Compra:

CUFE:50e30a43d18fb3a1e0c51b06620136a4b01d4722520d6b1eaf70f4a0c5e7e79545fcb3f75c738bbeb4ddcb85afaba47

Código	RM	Descripción del Producto	Marca	Cant.	Lote - Fecha	Vlr. Unit	%IVA	Total
157TOR52	9892	TORN-CORT. OE4.5 AUTORROSC L50 TI. 414.860 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO Iib	DEPUY	1	31848P5 30/12/2035	377.887	0%	377.887
157TOR52	9892	TORN-CORT. OE4.5 AUTORROSC L50 TI. 414.860 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO Iib	DEPUY	2	74503P0 30/12/2035	377.887	0%	755.774
157TOR52	9892	TORN-CORT. OE4.5 AUTORROSC L50 TI. 414.860 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO Iib	DEPUY	1	51192P9 30/12/2035	377.887	0%	377.887
157PLA451	9892	P/PL TOMOFIX-MES-TIB. ANATOM. MED. PROX DERECHA 440.838S (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO Iib	DEPUY	1	95412P8 01/12/2035	7.337.188	0%	7.337.188
157HSE12	9892	* HOJA DE SIERRA P/SIERRA OSCILANTE 91*0385 519.200 (INVIMA 2018DM-0003014-R1) RIESGO Ila	DEPUY	1	75335P0 30/12/2035	673.165	19%	673.165
157AGK06	9892	AGUJA KIRSCHNER PUNTA TROCAR D2.0MM L280 MM AC .REF. 292.210.01 INVIMA 2022DM-0008220-R1) RIESGO Iib	DEPUY	1	82344P3 30/12/2035	69.208	19%	69.208
157TOR681	9892	TORNILLO-BLOQ. OE5 AUTORROSC. L90 TAN. 412.227 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO Iib	DEPUY	1	53869P5 30/12/2035	1.238.971	0%	1.238.971
157TOR681	9892	TORNILLO-BLOQ. OE5 AUTORROSC. L90 TAN. 412.227 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO Iib	DEPUY	1	64697P9 30/12/2035	1.238.971	0%	1.238.971

DICIMED S.A.S

ORIGINAL

Nombre:

Cédula:

Cargo:

Fecha Recibido:

FIRMA RECIBIDO:

Mauricio Pizarro**AUX DE ENFERMERIA****P.e. 50-1578****ACUMULADA**

Firma y Sello en señal de aceptación de la factura y recibido de la mercancía y/o servicio

Pagina 1 de 2

Apreciado Cliente: Sirvase pagar esta factura con cheque cruzado a nombre de DICIMED SAS.

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 220-410-72059-3 de Banco Popular.

Impreso el: 23 abr. 2026, 11:43 am

Facturación según Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000 - IVA Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

El no pago oportuno de esta factura genera un interés liquidado a la tasa máxima legal. Autorizo a DICIMED S.A.S., para incluirme en cualquier banco de datos en caso de no pago oportuno de la presente factura. Esta factura cumple con todos los requisitos establecidos en la ley 1231 de 2008, el Código del Comercio y el Estatuto Tributario y se asimila a una letra de cambio para todos los efectos legales. Para cualquier reclamo acogerse a las condiciones establecidas en la citada norma. Se entenderá aceptada irrevocablemente transcurridos 10 días calendario siguientes a su recepción. Si se encuentra fuera del municipio de Villavicencio favor abstenerse de efectuar retención en la fuente del impuesto de industria y comercio local. La actividad comercial se desarrolla integralmente en Villavicencio.

Carrera 33A N° 38-26/30 - VILLAVICENCIO - META - TELÉFONOS: Servicio al cliente: CEL 3212045708 - (608) 6664741 - Contabilidad: 3175163615

comercial@dicimed.com - sercliente@dicimed.com - auxcontabilidad@dicimed.com

Impreso por DICIMED S.A.S en programa WX Manager 9.5 distribuido por CSO Tecnología Nit.900063344-3 CC Villacentro Bloque A Ofi 303 Tel. 6704949 - Voio

VT-F-004

DICIMED S.A.S

Nit. 892.002.085-1

Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000

No somos Grandes Contribuyentes - No somos Autorretenedores

Resolución N.1653-67.07/1864-Nombramiento Agentes Autorretenedores Impuesto de Industria y Comercio en el municipio de VILLAVICENCIO META

No hacer Retención de Industria y Comercio municipio de Villavicencio

Líderes en
Comercialización de
Dispositivos Médicos



Factura Electronica de
Venta

FE 29456

157TOR681 9892 TORNILLO-BLOQ. OE5 AUTORROSC. L90 TAN. DEPUY 1 90196P4 30/12/2035 1.238.971 0% 1.238.971
412.227 (INVIMA 2021DM-0007213-R1) RIESGO IIB

Forma de Pago	Valor	Fecha Vencimiento
CREDITO A 30 DIAS	13.116.372	23-may.-2026

NETO A PAGAR: TRECE MILLONES CIENTO DIECISEIS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

Observaciones: CONTRATO 1330 DE 2026 ORTOPEDIA
PACIENTE. SANCHEZ QUEVEDO MARIA ELIZABETH
ID. 40.429.378

Valor Bruto:	13.308.022
Descuento:	0
SubTotal:	13.308.022
Valor IVA	141.051
TOTAL FACTURA	13.449.073
RTE FTE VTAS 2.5%	332.701
NETO A PAGAR:	13.116.372

DICIMED S.A.S

ORIGINAL

Nombre:

Cédula:

Cargo:

Fecha Recibido:

FIRMA RECIBIDO:

Municipio Pizarro
AUX DE ENFERMERIA
Pc-50-1578
UNIVERSITARIA

Firma y Sello en señal de aceptación de la factura y recibido de la mercancía y/o servicio

Página 2 de 2

Apreciado Cliente: Sirvase pagar esta factura con cheque cruzado a nombre de DICIMED SAS.
Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 220-410-72059-3 de Banco Popular.

Impreso el: 23 abr. 2026, 11:43 am

Facturación según Resolución DIAN 18764095017926 de 01/07/2025 Habilita prefijo FE desde 26338 hasta 50.000 - IVA Régimen Común - ICA 206 - 3X1000

El no pago oportuno de esta factura genera un interés liquidado a la tasa máxima legal. Autorizo a DICIMED S.A.S., para incluirme en cualquier banco de datos en caso de no pago oportuno de la presente factura. Esta factura cumple con todos los requisitos establecidos en la ley 1231 de 2008, el Código del Comercio y el Estatuto Tributario y se asimila a una letra de cambio para todos los efectos legales. Para cualquier reclamo acogerse a las condiciones establecidas en la citada norma. Se entenderá aceptada irrevocablemente transcurridos 10 días calendario siguientes a su recepción. Si se encuentra fuera del municipio de Villavicencio favor abstenerse de efectuar retención en la fuente del impuesto de industria y comercio local. La actividad comercial se desarrolla integralmente en Villavicencio.

Carrera 33A N° 38-26/30 - VILLAVICENCIO - META - TELÉFONOS: Servicio al cliente: CEL 3212045708 - (608) 6664741 - Contabilidad: 3175163615

comercial@dicimed.com - sercliente@dicimed.com - auxcontabilidad@dicimed.com

Impreso por DICIMED S.A.S en programa WX Manager 9.5 distribuido por CSO Tecnología Nit.900063344-3 CC Villacentro Bloque A Ofi 303 Tel. 6704949 - Vcio

VT-F-004



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.

1/1

COMPROBANTE ENTRADA N°00000000080848

PROVEEDOR: DICIMED SAS. NIT: 892002085 FECHA: 24/04/2026 09:16 a. m.
CIUDAD: VILLAVICENCIO (META) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CRA. 33 # 38 - 26 BARRIO CENTRO MONEDA: Pesos
TELEFONO: 6708989 TASA CAM: 0,00
N° FACTURA: FE29456 % ICA: 0,0000 PLAZO: 30 FECHA FAC: 23/04/2026 12:00 a. m.
CUENTA: 24010101 CONTRATO:
ALMACEN: 02 DEPOSITO DE FARMACIA

CODIGO	NOMBRE	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%IVA
1518020029802	TORNILLO CORTICAL 4.5 AUTORROSC L20 TI HASTA L60 REF:414.860 JD.	4,00	\$ 377.887,00	\$ 1.511.548,00	0,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				
1518020026951	P/PLTOMOFIX-MES-TIB ANATÓM MED PROX DCHA REF.440.838S JD.	1,00	\$ 7.337.188,00	\$ 7.337.188,00	0,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				
1518020027027	HOJA SIERRA 90/69*27*1/0.8 ANCL-AO/ASIF REF:519.200 JD.	1,00	\$ 673.165,00	\$ 673.165,00	19,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				
1518020028054	AGUJA KIRSCHNER PUNTA TROCAR D2.2MM/L150/L280MM REF:292.210.01 REF:292.160.01 JD.	1,00	\$ 69.208,00	\$ 69.208,00	19,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				
1518020026266	TORNILLO BLOQUEADO DE 5 AUTORROSCANTE L24 A L42/L90 EN TITANIO REF:412.214/412227 JD.	3,00	\$ 1.238.971,00	\$ 3.716.913,00	0,00
Lote/Serial:	Vencimiento:				

DETALLE

CONTRATO No1330 DE 2026 / FACTURA No FE29456

SUBTOTAL:	\$ 13.308.022,00
DESCUENTO:	\$ 0,00
IMPUESTO:	\$ 141.051,00
FLETES:	\$ 0,00
IMP FLETES:	\$ 0,00
RETE IVA:	\$ 21.158,00
RETE ICA:	\$ 0,00
RETE FUENTE:	\$ 332.701,00
OTRAS RETE:	\$ 532.320,00
OTRAS DEDUC:	\$ 0,00
IMP DISTRI:	\$ 0,00
AJUSTE RED:	\$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	\$ 0,00
TOTAL COMPR:	\$ 12.562.894,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOCE MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y
CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA
ELABORO

HOSPITAL DEPARTAMENTAL VIGIL
Stella Garzon Beltran
Técnico Administrativo
Deposito Farmacia

Detalle otras retenciones:

Nombre	% Retención	Valor base	Valor Retención
PRODESARROLLO	2,00	\$ 13.308.022	\$ 266.160
PRODEPORTE	2,00	\$ 13.308.022	\$ 266.160

SUMINISTRO A PACIENTE

Consecutivo: 00000007587880
Nº Ingreso: 4272484
Paciente: 40429378 MARIA ELIZABETH SANCHEZ QUEVEDO
Plan: 11-26S CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO SAS

Estado: Confirmado
Fecha Documento: 16/04/2026 09:29 a. m.
Cama

Almacen: 02 DEPOSITO DE FARMACIA
Area Solicitante 735583 - DEPOSITO DE FARMACIA
Usuario creación: 17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA
Detalle: Suministro a Pacientes No: 00000007587880.

Usuario Anulación:
Fecha Anulación:
Usuario Confirmación: 17330943 - DEMETRIO PARDO ARIZA
Fecha Confirmación: 24/04/2026 9:40:53 a. m.

"Esta formula manual no podra ser despachada por Enfermeria"

Folio	Codigo	Descripcion	Lote	Usuario que Solicita	Cantidad	VI Unidad	Total
0	1518020029802	TORNILLO CORTICAL 4.5 AUTORROSC L20 TI HASTA L60 REF:414.860 JD.			4,00	\$ 423.233,00	\$ 1.692.932,00
0	1518020026951	P/PLTOMOFIX-MES-TIB ANATÓM MED PROX DCHA REF.440.838S JD.			1,00	\$ 8.217.651,00	\$ 8.217.651,00
0	1518020027027	HOJA SIERRA 90/69*27*1/0.8 ANCL-AO/ASIF REF:519.200 JD.			1,00	\$ 897.194,00	\$ 897.194,00
0	1518020028054	AGUJA KIRSCHNER PUNTA TROCAR D2.2MM /L150/L280MM REF:292.210.01 REF:292.160.01 JD.			1,00	\$ 92.240,00	\$ 92.240,00
0	1518020026266	TORNILLO BLOQUEADO DE 5 AUTORROSCANTE L24 A L42/L90 EN TITANIO REF:412.214/412227 JD.			3,00	\$ 1.387.648,00	\$ 4.162.944,00
TOTAL DEL SUMINISTRO :						\$ 15.062.961,00	\$ 15.062.961,00

LICENCIADO A: [HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO] NIT [892000501-5]

FORMULA MEDICAMENTOS ☐

SOLICITUD LABORATORIOS ☐

Dicimed (Osteoral)

FECHA: Abril 15 2026

NOMBRE: Munia Elizabeth Sanchez Queredo

H.C: 40429378

SERVICIO: Fisiología - ortopedia

SEGURIDAD SOCIAL: Capital Salud

IDX: Osteotomía de tibia

CAMA:

EDAD: 51 años

NOMBRE GENÉRICO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA ADMINISTRACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD EN N° Y EN LETRAS
Iron-cort 45 cutanosc L30-T1						1 (uno)
Iron-cort 45 cutanosc L34-T1						2 (dos)
Iron-cort 45 cutanosc L36-T1						1 (uno)
P/Plt tumox-mes-T13 cutanosc medid clenchu						1 (uno)
Itgu de steno 90/69 x 27 x 1/0.8 cutanosc 40						1 (uno)
Agua R 42 L280 aceto						1 (uno)
Iron-bloc 45 cutanosc L55 TAN						1 (uno)
Iron-bloc 45 cutanosc L60 TAN						2 (dos)

FIRMA DEL MÉDICO
R.M.

Dr. Jose Urent Rey

Iax Isabella maru
Jepke Laura B

440.838S

95412P8

TomoFix™ Tibial Head Plate
anatomical, medial, right

Synthes GmbH, Eimattstrasse 3
4436 Oberdorf, Switzerland

(01)07612334080257(20)15
(17)351201(10)95412P8



2035-12-01

DePuy Synthes

Villavicencio Meta, 17 de abril de 2026

Señora

KAREN JOHANNA SANCHEZ PARRA

Supervisor y/o Apoyo a la supervisión de los contratos del Area de Cirugía
Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.

ASUNTO: Designación de Supervisión del Contrato No. 1330 de 2026.

En cumplimiento al **ESTATUTO DE CONTRATACIÓN DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.**, así como el Manual de Funciones para la Supervisión e Interventoría de los Contratos, me permito informarle que, a partir de la fecha, ha sido designada como supervisora del contrato No. 1330 de 2026, cuyo objeto es "**SUMINISTRO DE MATERIAL ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES QUE REQUIEREN PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD EN SU ATENCIÓN EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE**", celebrado entre el **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E. con NIT 892.000.501-5**, y la persona jurídica **DICIMED SAS., con NIT. 892002085-1**, por lo que deberá verificar que se cumplan aspectos incluidos en la Resolución No. 0522 de 2018 (artículo décimo primero), relativo a las funciones del supervisor, así como aspectos esenciales en el seguimiento contractual, conforme a lo reglado por el Legislador en el artículo 83 de la Ley 1474 de 2011, y demás normas análogas y aplicables a esta materia, actividades de seguimiento que, a modo de resumen, se circunscribirán de la siguiente manera;

FUNCIONES Y/O OBLIGACIONES ADMINISTRATIVAS:

- 11.8. Elaborar las actas que se requieren durante la ejecución del contrato.
- 11.9. Prestar apoyo al Contratista orientándolo sobre la mejor manera de cumplir sus obligaciones, informándolo sobre los tramites, procedimientos y reglamentos de la Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.
- 11.10. Emitir cuando sea el caso, concepto y recomendación a la Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., sobre la conveniencia de modificar o adicionar el contrato.
- 11.11. Hacer las remodelaciones que estime contundente al mejor logro del objeto contractual, dando aviso a la Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., de los eventos de incumplimiento que ameriten el ejercicio de las facultades contractuales de la E.S.E.

12. FUNCIONES Y/O OBLIGACIONES TÉCNICAS:

- 12.1. Verificar el cumplimiento de los cronogramas, establecidos en el contrato.
- 12.2. Efectuar seguimientos de cumplimiento de obligaciones contractuales mediante actas e informes de acuerdo a la naturaleza de los contratos.
- 12.3. Verificar permanentemente la calidad de los servicios y bienes que se estipule en el contrato.
- 12.4. Coordinar el recibo a satisfacción en cuanto a calidad, tiempo de entrega y servicio de los bienes o servicios adquiridos estipulados en el contrato.
- 12.5. En caso del que el contratista tenga bajo su responsabilidad equipos y elementos suministrados y comprados con cargo al contrato, verificar su estado y cantidad y coordinar el reintegro a la Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. de los mismos.



13. FUNCIONES Y/O OBLIGACIONES ECONÓMICAS:

- 13.1. Rendir periódicamente a la Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., informes económicos sobre el cumplimiento del contrato.
- 13.2. Verificar que los recursos públicos que maneje el contratista se encuentren debidamente utilizados.
- 13.3. Verificar que se efectué una adecuada programación financiera del contrato.
- 13.4. Hacer seguimiento a la ejecución financiera del contrato, verificando que se ajuste al plan de acción y al proyecto formulado.
- 13.5. Llevar el control de los dineros desembolsados durante el desarrollo del contrato.
- 13.6. Rendir el informe escrito sobre el comportamiento financiero del contrato.
- 13.7. Comunicar veraz y oportunamente la liberación de los dineros que no serán utilizados durante la vigencia fiscal correspondiente, las adiciones y deducciones presupuestales del contrato.

14. FUNCIONES Y/O OBLIGACIONES JURÍDICAS:

- 4.11 Informar por escrito al Representante Legal y/o servidores competentes sobre la materialización de las causales de terminación, modificación e interpretación unilateral, Incumplimiento para proceder a la aplicación de las sanciones a que haya lugar o a la terminación bilateral del contrato.
- 4.12 Requerir por escrito al contratista por todos los hechos que constituyan incumplimiento del contrato, cuya información servirá de sustento para la posible aplicación de multas.
- 4.13 Verificar la aprobación de pólizas y constancia del cumplimiento de las prestaciones sociales con el fin de autorizar la cancelación del saldo adeudado a la terminación del contrato.
- 4.14 Dar rápida y oportuna información a los organismos de control, a los superiores jerárquicos y organismos competentes acerca del proceso contractual.
- 4.15 Exigir periódicamente al contratista la acreditación de los pagos a seguridad social y parafiscales durante la ejecución del contrato y antes de su liquidación.

15. FUNCIONES Y/O OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

- 15.1. Si aplica verificar que el contratista haya obtenido los permisos, licencias o autorizaciones que se requieren para el oportuno cumplimiento del contrato.
- 15.2. Llevar el control sobre la ejecución y cumplimiento del objeto contratado y remitir la instancia respectiva todo documento que se genere por las partes durante la ejecución del mismo.
- 15.3. Suscribir el acta de iniciación y terminación de la ejecución cuando se estipule en el contrato.
- 15.4. Informar y exponer los motivos por los cuales debe suspenderse o terminarse el contrato.
- 15.5. Si aplica tener conocimiento de los términos de referencia o pliegos de instrucciones, de la propuesta ganadora y del contrato.
- 15.6. Si aplica velar por que el contratista tenga listo todo el equipo y materiales que esté obligado a suministrar por su cuenta, desde la iniciación de los trabajos e inspeccionar y controlar la calidad de estos y su utilización.
- 15.7. Coordinar con otras dependencias de la Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. las actividades que incidan en la norma de ejecución del contrato y proyectos.
- 15.8. Suministrar al contratista toda la información que se relacione con el contrato y que este requiera para la ejecución del mismo.
- 15.9. Tramitar la autorización de ingreso a la Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., al contratista y su personal, cuando haya cambios de personal del contratista estos también deben ser reportados a la sección de seguridad y vigilancia.
- 15.10. Dar el debido curso por escrito y con la mayor brevedad posible a la correspondencia dirigida por el contratista.
- 15.11. Vigilar que el contratista ejecute el contrato de acuerdo con las normas y especificaciones contenidas en el contrato y demás documentos que hacen parte del mismo.

Calle 37 No. 28 – 53 Barzal Alto – Pbx: 57(8) 6817901 Línea Gratuita: 01 8000 930 606 Nit: 892000501-5

Fax: 57 (8) 672 89 37 – 6705019 Página Web: www.hdv.gov.co

E-mail de contacto: juridica@hdv.gov.co y notificacionesjudiciales@hdv.gov.co Ext: 243 - 242

Villavicencio – Meta - Colombia

GERENCIA

- 15.12. Solicitar al contratista los informes y explicaciones que requiera para el cumplimiento de sus actividades.
- 15.13. Exigir al contratista la ejecución idónea y oportuna del objeto del contrato.
- 15.14. Emitir cuando sea el caso, concepto y recomendaciones a la Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. sobre la conveniencia de modificar o adicionar el contrato.
- 15.15. Acreditar ante la Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., cuando este se lo exija, el desarrollo de su labor, así como las metodologías, pruebas o ensayos en que funda sus observaciones.
- 15.16. Llevar el control y suministrar la información oportunamente requerida por los Entes de Control y otras entidades cuando así se amerite.
- 15.17. Toda recomendación o comunicación que imparta el supervisor deberá constar por escrito.

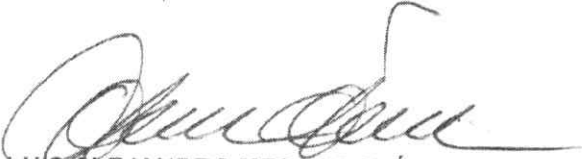
16. PROHIBICIONES AL SUPERVISOR.

Se informa que deberá, abstenerse de realizar las siguientes conductas:

- 16.1. En ningún caso podrá el Supervisor exonerar al CONTRATISTA del cumplimiento o responsabilidad derivada de las obligaciones contractualmente o por disposición legal.
- 16.2. Los servicios solicitados por la ESE deben ser suministrados en forma continua e ininterrumpida a partir de la fecha de suscripción del acta de Inicio.
- 16.3. Emplear los bienes o servicios provisionados por el contratista respecto de quien se ejerce la supervisión o interventoría, para el provecho propio o de un tercero.
- 16.4. Autorizar directamente modificaciones del contrato.
- 16.5. Solicitar o recibir dádivas, favores, beneficios, etc., del contratista para sí o para terceros.
- 16.6. Autorizar la ejecución de objetos y prestaciones diferentes a las pactadas en el contrato.
- 16.7. Permitir el desarrollo del contrato sin el cumplimiento de los requisitos de ejecución.

Para tales efectos, remito copia del certificado de disponibilidad presupuestal, contrato, aprobación de póliza, registro presupuestal, cualquier duda adicional será atendida en la Oficina Jurídica donde reposan los documentos correspondientes al proceso contractual mencionado.

Cordialmente,



LUIS ALEJANDRO MESA PACHÓN

Gerente

Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.

Elaboró: Anyi Paola Cotrina B.
Profesional universitario-cps
Revisó: Miller Oswaldo Villamizar Rojas
Jefe de Oficina Jurídica

Firma:

Firma:

Villavicencio Meta, 17 de abril de 2026

Calle 37 No. 28 - 53 Barzal Alto - Pbx: 57 (8) 6817901 Línea Gratuita: 01 8000 930 606 Nit: 892000501-5

Fax: 57 (8) 672 89 37 - 6705019 Página Web: www.hdv.gov.co

E-mail de contacto: juridica@hdv.gov.co y notificacionesjudiciales@hdv.gov.co Ext: 243 - 242

Villavicencio - Meta - Colombia

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.

892000501

REGISTRO PRESUPUESTAL

UNIDAD 5000-0142-01

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO

REGISTRO PRESUPUESTAL : 1591

FECHA : 30/01/2026 8:00:00 a. m.

AÑO FISCAL : 2026

VIGENCIA : Compromiso

PLAZO : 31/12/2026 11:59:00 p. m.

ESTADO : Confirmado

CONTRATO NRO : CTO.1330

A NOMBRE DE : 892002085

DICIMED S.A.S.

Se hizo el registro de el (los) siguiente(s) compromiso(s)

CDP	FECHA CDP	GASTO	ASG	FECHA VEN.	RUBRO	REC	CONCEPTO	VALOR	DEBITOS	CREDITOS	NUM. COMPROMIS O	TERCERO
70	26/01/2026 8:00:00 a. m.	2	000	31/12/2026 11:59:00 p. m.	2.4.5.01.03	02	OTROS BIENES TRANSPORTABLES (EXCEPTO PRODUCTOS METALICOS, MAQUINARIA Y EQUIPO)	\$ 1.700.000.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	1591	892002085
TOTAL:								\$ 1.700.000.000,00	\$ 0,00		\$ 0,00	
VALOR TOTAL ACTUAL:											\$ 1.700.000.000,00	

SUMINISTRO DE MATERIAL ESPECIALIZADO PARA LA ATENCION DE PACIENTES QUE REQUIEREN PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD EN SU ATENCION EN EL HDV-ESE

PRESUPUESTO

shh

Magda Cristina Gutierrez Rojas

Subgerente Financiera

Elaborado por: Maria Consuelo Cardenas Buitrago

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.

892000501

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

UNIDAD 5000010142 HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO

REGIONAL 0142

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL 70

FECHA DIS: 26/01/2026 8:00: FECHA VENC: 31/12/2026 8:00:0

AÑO FISCAL: 2026

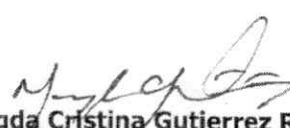
EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO CERTIFICA

Que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en el (los) siguiente(s) rubros presupuestal(es).

RUBRO PRESUPUESTAL

GASTO	RUBRO	RECURSO	CONCEPTO	VALOR	DEBITOS	CREDITOS	VALOR ACTUAL
2	2.4.5.01.03	02	OTROS BIENES TRANSPORTABLES (EXCEPTO PRODUCTOS METALICOS, MAQUINARIA Y EQUIPO)	\$ 1.700.000.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 1.700.000.000,00
TOTAL:				\$ 1.700.000.000,00			\$ 1.700.000.000,00

OBJETO CDP : SUMINISTRO DE MATERIAL ESPECIALIZADO PARA LA ATENCION DE PACIENTES QUE REQUIEREN PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD EN SU ATENCION EN EL HDV-ESE CPC 4817201


Magda Cristina Gutierrez Rojas
Subgerente Financiera

ELABORADO POR: MARIA CONSUELO CARDENAS BUITRAGO



NIT: 860.524.654-6

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6203218422

PÓLIZA No: 620-47-994000059825 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO

COO AGENCIA: 620 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

TIPO DE IMPRESION: IMPRESION

DIA MES AÑO
31 01 2026
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO
31 01 2026
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: DICIMED SAS

IDENTIFICACIÓN: NIT 892.002.085-1

DIRECCION: CARRERA 33 A 38 26 30 BARRIO CENTRO

CIUDAD: VILLAVICENCIO, META

TELÉFONO: 6086722440

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO

IDENTIFICACIÓN: NIT 892.000.501-5

BENEFICIARIO: E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO

IDENTIFICACIÓN: NIT 892.000.501-5

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE SUMINISTROS

DESCRIPCION AMPAROS

VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA

SUMA ASEGURADA

CONTRATO CUMPLIMIENTO CALIDAD DEL BIEN

29/01/2026 29/01/2026

01/05/2027 31/12/2027

340,000,000.00 340,000,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 892000501 - E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO DE SUMINISTRO No. 1330 DE 2026, CUYO OBJETO ES: SUMINISTRO DE MATERIAL ESPECIALIZADO PARA LA ATENCION DE PACIENTES QUE REQUIEREN PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD EN SU ATENCION EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE.

CLAUSULADO APLICABLE: 21/03/2018-1502-P-05-PATRI-CL-SUSP-09-DOOI 15/08/2017-1502-NT-P-05-P020817005018000

VALOR ASEGURADO TOTAL
\$ ***680,000,000.00

VALOR PRIMA
\$ *****3,236,055

GASTOS EXPEDICION:
\$ ****15,000.00

IVA:
\$ *****617,700

TOTAL A PAGAR:
\$ *****3,866,755

NOMBRE INTERMEDIARIO CLAVE %PART
AGENCIA DE SEGUROS ALIANZA EXPRESS L 10808 100.00

NOMBRE COMPANIA COASEGURO CEDIDO %PART VALOR ASEGURADO

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELÍOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA Y INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA, EN CASO QUE DESER CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: https://www.solidaria.com.co/web_digital/cliente/login

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN: DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIEN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN: <https://aseguradorasolidaria.com.co/ENLACES-DE-INTERES-POLITICA-DE-PRIVACIDAD.aspx>

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK: <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <http://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS"

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)0000000007000620321842

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
C8DA307B0D0EF47A5D

CLIENTE

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRA CONTRACTUAL



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS

6203218430

PÓLIZA No: 620 -74 - 994000014316 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO				COD AGE: 620				RAMO: 74				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
31	01	2026		29	01	2026	23:59	31	12	2027	23:59	31	01	2026	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DE LA POLIZA				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL								A LAS				DÍAS			
												FECHA DE IMPRESIÓN			
												TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA MES AÑO HORAS				DIA MES AÑO HORAS				DIA MES AÑO HORAS			
				29 01 2026 23:59				31 12 2027 23:59				31 12 2027 23:59				31 01 2026			
				VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS			

DATOS DEL TOMADOR				IDENTIFICACIÓN NIT				892.002.085-1			
NOMBRE: DICIMED SAS											
DIRECCIÓN: CARRERA 33 A 38 26 30 BARRIO CENTRO				CIUDAD: VILLAVICENCIO, META				TELÉFONO: 6086722440			

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO				IDENTIFICACIÓN NIT				892.002.085-1			
ASEGURADO: DICIMED SAS											
DIRECCIÓN: CARRERA 33 A 38 26 30 BARRIO CENTRO				CIUDAD: VILLAVICENCIO, META				TELÉFONO: 6086722440			

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS				IDENTIFICACIÓN NIT				001-8			
----------------------------------	--	--	--	--------------------	--	--	--	-------	--	--	--

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS				NIT: 892002085			
----------------------------	--	--	--	----------------	--	--	--

ASEGURADO: DICIMED SAS				CIUDAD: VILLAVICENCIO			
ITEM: 1				DEPARTAMENTO: META			
DIRECCIÓN: LUGARES DONDE SE EJECUTE EL OBJETO CONTRACTUAL							
ACTIVIDAD: CONTRATO DE SUMINISTROS							
TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO TIPO DE RIESGO: COMERCIAL MANZANA:							

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
CONTRATO		\$ 340,000,000.00		
	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	340,000,000.00		
	CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	340,000,000.00		
	RCE PATRONAL	340,000,000.00		
	VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	340,000,000.00		
	GASTOS MEDICOS	68,000,000.00		

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES/CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS/RCE PATRONAL/VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

OBJETO DE LA PÓLIZA

MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA, SE AMPARAN LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE UNA DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN QUE INCURRA, DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, EN VIRTUD DE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE SUMINISTRO No. 1330 DE 2026, CUYO OBJETO ES: SUMINISTRO DE MATERIAL ESPECIALIZADO PARA LA ATENCION DE PACIENTES QUE REQUIEREN PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD EN SU ATENCION EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE.

ASEGURADO ADICIONAL: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E - NIT: 892.000.501-5, SIEMPRE Y CUANDO SE LIMITE A LAS INDEMNIZACIONES QUE SE VEA OBLIGADO A PAGAR EN FAVOR DE TERCEROS POR LOS DAÑOS CAUSADOS ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL CONTRATISTA, EN ESTE SENTIDO SE EXCLUYE SU RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA E INDEPENDIENTE.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ ***340,000,000.00	\$ *****1,305,973	\$ *****0.00	\$ *****248,135	\$ *****1,554,107

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	NOMBRE COMPAÑIA	VALOR ASEGURADO
AGENCIA DE SEGUROS ALIANZA EXPRESS L	10809		

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradora-solidaria.com.co/interese-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradora-solidaria.com.co> EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR		FIRMA TOMADOR	
(415)7701861000019(8020)00000000007000620321843			
DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá		DIAMAYA 0	

C8DA207B0D0EF47A5C

CLIENTE



Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2808 DIC03 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO

COD AGENCIA: 620 RAMO: 74 No PÓLIZA: 994000014316 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: DICIMED SAS

IDENTIFICACIÓN: NIT 892.002.085-1

ASEGURADO: DICIMED SAS

IDENTIFICACIÓN: NIT 892.002.085-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

BENEFICIARIO ADICIONAL: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E - NIT: 892.000.501-5, PARA EFECTOS DEL SINIESTRO, PUEDE SER CONSIDERADO COMO UN TERCERO AFECTADO. EN ESTE SENTIDO, SE EXCLUYE CUALQUIER TIPO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE NATURALEZA CONTRACTUAL.

COBERTURAS ADICIONALES QUE SE OTORGAN, ADEMÁS DE LAS SEÑALADAS EN LA SECCIÓN DE AMPAROS:

COBERTURA	SUBLIMITE	DEDUCIBLE
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	100% DEL VR. ASEGURADO	10% VR. PERDIDA MIN. 1 SMMLV
PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	100% DEL VR. ASEGURADO	10% VR. PERDIDA MIN. 1 SMMLV
GASTOS DE DEFENSA	20% DEL VR. ASEGURADO	10% VR. PERDIDA MIN. 1 SMMLV

CONDICIONES PARTICULARES:

SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA

AMPARO DE VEHÍCULOS PROPIOS O NO PROPIOS: OPERA EN EXCESO DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL O CONTRACTUAL DE LA PÓLIZA DE AUTOMÓVILES CONTRATADA O NO, CON LÍMITES MÍNIMOS POR EVENTO DE 100.000.000 / 100.000.000 / 200.000.000. EN CASO DE SINIESTRO, SE DEBE DEMOSTRAR LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL VEHÍCULO SINIESTRADO Y EL CONTRATO AMPARADO BAJO LA PÓLIZA.

AMPARO PATRONAL: OPERA EN EXCESO DE LA ARL

LA PRESENTE POLIZA EXCLUYE, ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, LAS SIGUIENTES COBERTURAS:

- TODA RC CONTRACTUAL
- RC PROFESIONAL MÉDICA
- RC PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES
- RC PRODUCTOS
- CUALQUIER OTRO TIPO DE RC PROFESIONAL

AMPARO DE PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITES DE VALOR ASEGURADO CONSIGNADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA COMO AMPARO BÁSICO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR DERIVADA DE DAÑOS Y PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES CAUSADOS POR EL, DIRECTA Y EXCLUSIVAMENTE AL TERCERO AFECTADO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN PROVENIENTES DE UN DAÑO FÍSICO, Y SEAN DEMOSTRADOS Y CUANTIFICADOS EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1077 Y 1133 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

AMPARO DE DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE: RESPECTO AL DAÑO EMERGENTE, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA SE OBLIGA, BAJO LAS CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, A INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE) QUE CAUSE DIRECTAMENTE EL CONTRATISTA ASEGURADO DERIVADA DE SUS ACTUACIONES, HECHOS U OMISIONES CON MOTIVO DE UNA DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA. ESTA PÓLIZA TIENE COMO PROPÓSITO EL RESARCIMIENTO DE LA VÍCTIMA LA CUAL, EN TAL VIRTUD, SE CONSTITUYE EN BENEFICIARIA DE LA INDEMNIZACIÓN.

RESPECTO AL LUCRO CESANTE, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITES DE VALOR ASEGURADO CONSIGNADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA COMO AMPARO BÁSICO, CUBRE AL ASEGURADO Y/O TOMADOR POR EL LUCRO CESANTE CAUSADO POR ÉL, EXCLUSIVA Y DIRECTAMENTE AL TERCERO AFECTADO, SIEMPRE Y CUANDO SEA DEMOSTRADO Y CUANTIFICADO EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1077 Y 1133 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. LA PRESENTE COBERTURA EXCLUYE EL LUCRO CESANTE DEL ASEGURADO, SUS FILIALES Y/O SUBORDINADAS.

NOTA: TODAS LAS COBERTURAS QUE SE INDICAN ESTÁN CONTEMPLADAS DENTRO DE LA SUMA ASEGURADA DEL AMPARO BÁSICO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), CUYO VALOR SERÁ EL LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. EL DEDUCIBLE PARA LAS COBERTURAS ADICIONALES SERÁ EL MISMO DE LA COBERTURA BÁSICA A EXCEPCIÓN DE AQUELLOS EN LOS QUE EXPRESAMENTE SE SEÑALE UN DEDUCIBLE DISTINTO. PARA LA COBERTURA ADICIONAL SUBLIMITADA DE GASTOS MÉDICOS NO EXISTIRÁ APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.

CLAUSULADO APLICABLE: 20/10/2021-1502-P-06-PATRI-CL-SUSP-04-DROI 20/10/2021-1502-NT-P-06-P201021MPP6P6001

CLIENTE

LISTADO DE ASEGURADOS

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
DATOS DE LA PÓLIZA

No. POLIZA: 994000014316	ANEXO: 0	TIPO DE MOVIMIENTO: 0	PAGINA: 3
TOMADOR: DICIMED SAS	IDENTIFICACION: 892.002.085-1		

ASEGURADOS

ITEM	ASEGURADO	C.C. & NIT	UBICACION DEL PREDIO	CIUDAD	VALOR ASEGURADO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
1	DICIMED SAS	892002085-1	LUGARES DONDE SE EJECUTE EL CB	VILLAVICENCIO	340,000,000.00	1,305,973	1,554,107
						PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
						1,305,973	1,554,107



DATOS DE LA PÓLIZA

Número de póliza:	994000059825	Número de anexo:	0
Agencia:	VILLAVICENCIO	Ramo:	CUMP. ENT. ESTATALES
Asegurado / Beneficiario:	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO		
Tomador / Garantizado:	DICIMED SAS		

Detalle amparos asegurados:

Amparo / Cobertura	Inicio de Vigencia	Fin de Vigencia	Valor Asegurado
CALIDAD DEL BIEN	jueves, 29 de enero de 2026	viernes, 31 de diciembre de 2027	\$340,000,000.00
CUMPLIMIENTO	jueves, 29 de enero de 2026	sábado, 1 de mayo de 2027	\$340,000,000.00

[Nueva Consulta](#)[Visualizar PDF](#)

Recomendamos utilizar versiones de navegador: Internet Explorer 7 y Netscape 8.1.3 o superiores. Configuración: 1024 x 768
Dirección: Calle 100 No. 9A - 45. Pisos 8 y 12. PBX: 6404390
Ciencia de Tecnología - Copyright. Todos los Derechos Reservados.

RECIBO DE CAJA No. 620142263



AGENCIA VILLAVICENCIO	TRANSACCIÓN Nro. 620232535	FECHA DE RECAUDO 01/02/2026	TIPO PAGADOR ASEGURADO
NOMBRE PAGADOR DICIMED SAS		C.C o NIT 892002085	
TOMADOR PÓLIZA DICIMED SAS			
DETALLE DE PAGO PAGO POLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000059825 - NRO. ELECTRÓNICO 6203218422			
VALOR EN LETRAS (en Pesos) TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS			VALOR RECIBO \$ 3,868,755.00
PAGO PÓLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000059825 - ANEXO 0 AGENCIA VILLAVICENCIO, TOMADOR PÓLIZA: NIT-892002085 DICIMED SAS . VALOR PAGADO \$ 3,868,755.20 RELACIONADO CON EL NRO. DE RECIBO 620232535			

FIRMA RECIBIDO PAGO

RECIBO GENERADO POR: AGENCIA DE SEGUROS ALIANZA EXPRESS LTDA

RECIBO DE CAJA No. 620142265

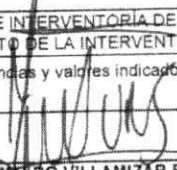


AGENCIA VILLAVICENCIO	TRANSACCIÓN Nro. 620232537	FECHA DE RECAUDO 01/02/2026	TIPO PAGADOR ASEGURADO
NOMBRE PAGADOR DICIMED SAS		C.C o NIT 892002085	
TOMADOR PÓLIZA DICIMED SAS			
DETALLE DE PAGO PAGO POLIZA DE RESP CIVIL EXT PATRI 994000014316 - NRO. ELECTRÓNICO 6203218430			
VALOR EN LETRAS (en Pesos) UN MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CIENTO SIETE PESOS			VALOR RECIBO \$ 1,554,107.00
PAGO PÓLIZA DE RESP CIVIL EXT PATRI 994000014316 - ANEXO 0 AGENCIA VILLAVICENCIO, TOMADOR PÓLIZA: NIT-892002085 DICIMED SAS . VALOR PAGADO \$ 1,554,107.39 RELACIONADO CON EL NRO. DE RECIBO 620232537			

FIRMA RECIBIDO PAGO

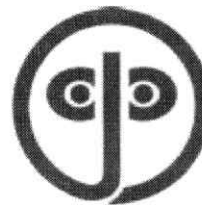
RECIBO GENERADO POR: AGENCIA DE SEGUROS ALIANZA EXPRESS LTDA

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.		Código FR-JUR- 32	Versión 1	Página1 de 2
	APROBACION DE POLIZA		Vigencia 21/02/2025		
NOMBRE CONTRATISTA Y NIT		DICIMED S.A.S NIT:892.002.085-1			
No. CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN		No.1330 DEL 29 DE ENERO DE 2026			
FECHA EMISIÓN POLIZA		31 DE ENERO DE 2026			
VALOR INICIAL CONTRATO:	\$				1.700.000.000,00
VALOR ADICIÓN	\$				-
VALOR TOTAL CONTRATO	\$				1.700.000.000,00
TERMINO DE EJECUCIÓN INICIAL:	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026				
FECHA DE INICIO	N/A				
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026				
FECHA DE PRORROGA	N/A		N/A		
ACTA DE SUSPENSIÓN	N/A				
ACTA DE REINICIO No. (SI APLICA)	N.A				
FECHA ACTUAL DE TERMINACIÓN	N/A				
ACTA DE RECIBO FINAL DE OBRA	N.A				
ESTADO ACTUAL DEL CONTRATO:	SUSCRIPCIÓN				
ACTUALIZACIÓN	N/A				
ASEGURADORA:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA				
No. POLIZA DE CUMPLIMIENTO:	620-47-994000059825	FECHA	31 de enero de 2026		
ANEXO/DOCUMENTO/CERTIFICADO POLIZA DE CUMPLIMIENTO	0				
No. POLIZA DE R.C.E	620-74-994000014316	FECHA	31 de enero de 2026		
ANEXO/DOCUMENTO/CERTIFICACION POLIZA DE R.C.E.	0				
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA	N/A				
ANEXO/DOCUMENTO/CERTIFICACION POLIZA DE R.C.P.M	N/A				
ASUNTO	OBJETO CONTRACTUAL				
REVISAR LOS AMPAROS, VIGENCIAS, INICIOS, REINICIOS, CUANTIAS Y/O PRORROGAS DE LA GARANTIA QUE RESPALDA LAS ADICIONES DEL CONTRATO CUYO OBJETO ES:	SUMINISTRO DE MATERIAL ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES QUE REQUIEREN PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD EN SU ATENCIÓN EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E				
GARANTIA Y/O AMPAROS	% ASEGURADO SOBRE EL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	VIGENCIAS		VALORES ASEGURADOS	
		DESDE	HASTA		
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA	N/A	N/A	N/A	N/A	
BUEN MANEJO Y CORRECTO INVERSION DEL ANTICIPO	N/A	N/A	N/A	N/A	
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	20%	29/01/2026	1/05/2027	\$ 340.000.000,00	
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	20%	N/A	N/A	N/A	
CALIDAD DEL SERVICIO	20%	29/01/2026	31/12/2027	\$ 340.000.000,00	
PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES	10%	N/A	N/A	N/A	
ESTABILIDAD DE LA OBRA	20%	N/A	N/A	N/A	
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	20%	29/01/2026	31/12/2027	\$ 340.000.000,00	

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	N/A	N/A	N/A	N/A
COMPROBANTE DE PAGO	NUMERO ELECTRONICO DE PAGO: 620142263, 620142265			
NOTA 1: EL CONTRATISTA DEBERA AMPLIAR O PRORROGAR LA CORRESPONDIENTE GARANTIA EN EL EVENTO EN QUE SE AUMENTE EL VALOR DEL CONTRATO O PRORROQUE SU VIGENCIA.				
NOTA 2: EN CASO DE QUE EL ACTA DE INICIO MODIFIQUE LAS FECHAS DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL SE DEBERÁN ACTUALIZAR LAS GARANTÍAS DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO Y/O ACEPTACIÓN DE OFERTA.				
NOTA 3: CUANDO SE ACTUALICE LA TERMINACIÓN DE UN CONTRATO DE OBRA EL CONTRATISTA DEBERÁ ACTUALIZAR LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DE OBRA DE ACUERDO CON EL ACTA DE RECIBO FINAL DE OBRA.				
NOTA 4: CUANDO SE ACTUALICE LA TERMINACIÓN DE UN CONTRATO DE INTERVENTORIA DE OBRA, EL CONTRATISTA DEBERÁ ACTUALIZAR LA GARANTIA DE CALIDAD DE ACUERDO CON EL ACTA DE RECIBO FINAL DEL OBRA OBJETO DE LA INTERVENTORIA.				
Con el presente documento se aprueba la póliza referida con los amparos, vigencias y valores indicados del contrato en referencia aprobados de acuerdo a la facultad regulada en el estatuto interno de contratación.				
 MILLER OSWALDO VILLAMIZAR ROJAS JEFE OFICINA JURIDICA				
Proyectó: Anyi Paola Cotrina Bogoya-Profesional Universtario 				
Contratista				

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

E B O 4 C O O 4 A 3 E 2 F 8 C 4

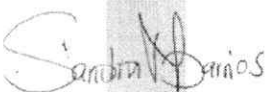
LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **YEISON PALACIO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1120558109 de SAN JOSE DEL GUAVIARE (GUAVIARE) Y Tarjeta Profesional No 202580-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTA a los 8 días del mes de Abril de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

Villavicencio, 08 de abril de 2026

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA SOCIEDAD

DICIMED S.A.S. NIT 892.002.085 – 1

(Según consta registros contables y documentos de la entidad)

En mi calidad de revisor fiscal de la sociedad DICIMED S.A.S. identificada con NIT. 892.002.085-1 he efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por la Sociedad por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y/o profesionales y a las cajas de compensación familiar, durante el período de seis (6) meses comprendidos entre el 1 de octubre del año 2025 y el 31 de marzo del año 2026. El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la compañía como parte de su gestión; mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe certificando el cumplimiento de tales obligaciones.

Los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:

- a) Indagación con el personal del área responsable, en relación con los procedimientos utilizados para la identificación y pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y/o profesionales y a las cajas de compensación familiar.
- b) Obtención del listado de liquidación de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y/o profesionales y a las cajas de compensación familiar, durante el período de seis (6) meses comprendidos entre el 1 de octubre del año 2025 y el 31 de marzo del año 2026.
- c) Comparación del listado obtenido según se menciona en el literal anterior, con los documentos soportes de los respectivos pagos efectuados por la Compañía.

Con base en el resultado de los procedimientos enumerados anteriormente, informo que la Sociedad durante el período de seis (6) meses comprendidos entre el 1 de octubre del año 2025 y el 31 de marzo del año 2026, pagó oportunamente los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y/o profesionales y a las cajas de compensación familiar.

Para el cumplimiento de la obligación de efectuar el pago por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales y a las cajas de compensación familiar, la sociedad tiene plazo hasta el día 14° hábil del mes siguiente para hacer los correspondientes pagos, de acuerdo al decreto 1990 de 2016, lo cual ha venido haciendo en oportunidad.


Yelson Palacio
Tarjeta Profesional 202580 – T
Revisor Fiscal



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	892002085
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		DICIMED SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CR 33A N 38 - 26 30 TELÉFONO:	6708989
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de otros
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6009919996	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN:
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		203362253

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	3	\$ 1.129.000
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	4	\$ 8.536.500
8002248088	230301	230301-PORVENIR	2	\$ 418.900
SUBTOTAL:			9	\$ 10.084.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	3	\$ 507.700
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	2	\$ 128.700
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3	\$ 4.666.100
9002983729	EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1	\$ 70.100
SUBTOTAL:			9	\$ 5.372.600
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8920001463	CCF34	CCF34-COFREM META	9	\$ 2.172.000
SUBTOTAL:			9	\$ 2.172.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600025032	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	9	\$ 283.800
SUBTOTAL:			9	\$ 283.800
OTROS PARAFISCALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8999990341	PASENA	PASENA-SENA	1	\$ 717.500
8999992392	PAICBF	PAICBF-ICBF	1	\$ 1.076.200
SUBTOTAL:				\$ 1.793.700

VALOR SIN MORA:	\$ 19.706.500
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 19.706.500

Planilla Pagada



Planilla Pagada

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.120.558.109

NUMERO

PALACIO
APELLIDOS

YEISON
NOMBRES


FIRMA

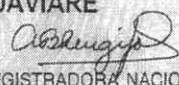



INDICE DERECHO

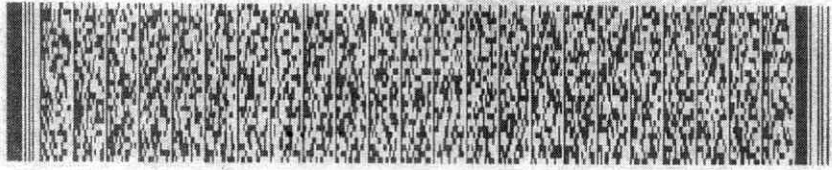
FECHA DE NACIMIENTO **30-SEP-1985**
SAN JOSE DEL GUAVIARE
(GUAVIARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 **B+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-DIC-2003 SAN JOSE DEL GUAVIARE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION 

REGISTRADORA NACIONAL
ALMAGEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-5400100-70133237-M-1120558109-20041224 01430 04359A 02 122362833

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

202580-T

YEISON
PALACIO
C.C. 1120558109
RESOLUCION INSCRIPCION 301
UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS



FECHA 12/06/2015

DIRECTOR GENERAL

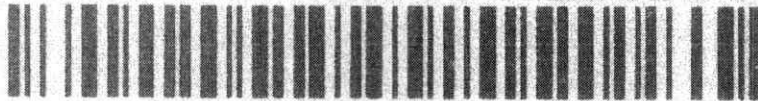


JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ **213950**

204762

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse
al PBX 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de
Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogotá D.C.



www.ideqs.com



DICIMED S.A.S.
Nit. 892.002.085-1

**Lo mejor en Productos y Dispositivos
médicos para su salud"**

FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME:	24 DE MARZO DEL 2026
INFORME NUMERO:	004
PERIODO EJECUTADO:	10 DE FEBRERO AL 16 DE ABRIL DEL 2026
VALOR A COBRAR:	CIENTO VENTIDOS MILLONES TRECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL VENTITRES PESOS M/CTE. (\$122.378.023)
GENERALIDADES DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO
NUMERO DE CONTRATO	N° 1330 DE ENERO DEL 2026
OBJETO	SUMINISTRO DE MATERIAL ESPECIALIZADO PARA LA ATENCION DE PACIENTES QUE REQUIEREN PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD EN SU ATENCION EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DICIMED S.A.S. NIT 892002085-1 WILFRED LOZANO SEPULVEDA
IDENTIFICACION	NIT 892.002.085-1
FECHA DE INICIO	02 DE FEBRERO DE 2026
FECHA DE TERMINACION	31 DE DICIEMBRE DE 2026
VALOR TOTAL	MIL SETECIENTOS MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$1.700.000.000 M/CTE).
RESPONSABLE DE LA SUPERVISION DEL CONTRATO	Karen Johana Sánchez Parra Supervisora de Contrato

INFORME DE ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO DE COBRO

OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO	EJECUTADO DURANTE EL PERIODO		EVIDENCIA O SOPORTE
	SI	NO	
1. Entregar los elementos objetos del contrato solicitado en las instalaciones del Hospital Departamental de Villavicencio ÉSE con las especificaciones técnicas requeridas al momento del pedido. Las solicitudes del material las hará el personal administrativo (según especificaciones hechas por el personal médico) de la oficina de programación de cirugía via telefónica para aligerar el proceso y asegurarse que la solicitud es atendida y por correo electrónico para dejar trazabilidad de que efectivamente se solicitaron los materiales especificándose la fecha y hora en la que se usaran, el contratista no debe atender	X		Se hace entrega de los productos según necesidad



DICIMED S.A.S.
Nit. 892.002.085-1

Lo mejor en Productos y Dispositivos
médicos para su salud"

solicitudes personales de los médicos			
2. Las casas comerciales o contratistas deberán dejar en stock los sets básicos adjudicados, los equipos especializados se solicitarán, dándose plazo al contratista de confirmar que los puede proveer a la institución en un tiempo máxima de 2 horas y deben ser entregados mínimo 12 horas antes de la hora en la que se le indico al proveedor se encontraba programado el procedimiento quirúrgico	X		los productos se entregan con varias referencias para su uso y recoger lo que no se utiliza
3. Los elementos que entregue el contratista deben remisionarse en empaques resistentes a la contaminación y deterioro en traslados y almacenaje	X		los insumos se entregan en empaque originas protegiendo el producto los materiales se embalan en cajas especiales
4. Si los contratistas no hacen entrega de las solicitudes de remisiones especializadas antes de las 4 pm cuando las recibe el funcionario específicamente designado para esta labor por el hospital, el personal que trae los insumos deberá esperar a que otro profesional de instrumentación de la institución pueda recibir los elementos para que confirme con certeza la entrega completa de los mismos	X		se organiza la logística de acuerdo a los casos que se generen
5. Entregar los elementos con las especificaciones sobre las condiciones del almacenamiento escritas en español y con un listado donde se especifique que elementos se están entregando para verificar la entrega total de los mismos al momento de recibirlos, la cual además incluya los precios de cada elemento	X		Existe una lista de chequeo igual los productos tienen en su caja las condiciones de almacenamiento (temperatura
6. Realizar las devoluciones de mercancías cuando el contratante lo solicite	X		Se recoge el material que no se uso
7. Los precios unitarios deberán indicarse en pesos colombianos y deberán cubrir todos los costos directos e indirectos, que impliquen la entrega de los elementos y transporte, los sueldos de personal, los equipos, etc. para su entrega al HOSPITAL en el sitio establecido y todos los demás gastos inherentes al cumplimiento satisfactorio del contrato, inclusive imprevistos de gastos de administración, impuestos, tasas y contribuciones legalmente a cargo del pagos de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, ICBF Y SENA,	X		Se generan las facturas de acuerdo al contrato, los parafiscales se adjuntan



DICIMED S.A.S.
Nit. 892.002.085-1

**Lo mejor en Productos y Dispositivos
médicos para su salud"**

mediante certificación expedida por el revisor fiscal cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o por el representante legal cuando se requiera revisor fiscal			
8. Los motores y medidores de presión intracraneal y los equipos deberán recibir un mantenimiento trimestral preventivo y correctivo por parte de la casa comercial. Lo que necesiten los motores para su funcionamiento debe ir por cuenta del contratista	X		n/a
9. Todo procedimiento que no sea de SET básico deberá venir remisionado con un profesional de soporte técnico para el procedimiento quirúrgico. El soporte técnico deberá además lavar el instrumental luego de usado y entregarlo contado al personal de central de esterilización dejando constancia por escrito que se deja completo en libro de control	x		Se acompaña con soporte hace con
10. Una vez se han utilizado los materiales de la remisión solicitada y los insumos sobrantes han sido dejados por el profesional de soporte técnico en la central de esterilización, estos elementos deben ser recogidos por el respectivo contratista en un tiempo no mayor a 12 horas. Luego de este tiempo la institución no se puede hacer responsable de estos elementos pues no cuenta con bodegaje de almacenamiento para ello	x		Se maneja una logística local para poder recoger y llevar material
11. Cada casa comercial deberá dejar sus hojas de remisión con la especificación de instrumental y costo, y deberá verificar semanalmente que los equipos dejados en stock cuenten con la remisión correspondiente y todas sus especificaciones	x		se deja hoja de gastos
12. Se debe realizar la reposición de los sets dejados en stock con un tiempo máximo de 12 horas, una vez sea realizado el gasto de cada set	x		N/A
13. Cada casa con sus respectivas remisiones de materiales especializados deberá enviar un motor neumático y/o eléctrico en buen funcionamiento para el uso de los insumos remitidos. Las casas que dejen en la institución uno o más sets de materiales en stock para uso por la especialidad de ortopedia deberán dejar cuadro (3) motores eléctricos y uno (1) motor neumático con adecuado funcionamiento para manejo de urgencias y cirugía programada.	x		N/a
14. Se debe brindar una capacitación acerca del uso correcto, proceso de lavado y	x		Se genera asesoría



DICIMED S.A.S.
NIT. 892.002.085-1

Lo mejor en Productos y Dispositivos
médicos para su salud"

desinfección de los dispositivos a dejar en la institución			
15. Se debe realizar 3 capacitaciones a todo el personal de la unidad funcional acerca del uso de los dispositivos implantados en los pacientes	x		Se han generado capacitaciones
16. El envío del monto de facturación de los materiales suministrados por parte del contratista deberá hacerse vía mail al correo urgencias@consorciofacturacionhdv.com, deposito.farmacia.12@gmail.com, cirugia.osteosintesis@hdv.gov.co, glosashdv@gmail.com, materialqxconsorciofacthdv@gmail.com, conciliacioneshdv@gmail.com	x		se genera información constante
17. El mismo día del uso de estos con la información de consumo que les enviará la profesional de instrumentación designada por la institución para tal efecto. La radicación definitiva de la facturación del instrumental con los respectivos soportes no debe ser mayor a 72 horas posteriores al uso de los mismos	x		se factura de acuerdo a lo estipulado

INFORME FINANCIERO

DESCRIPCION	VALOR ASIGNADO	VALOR
VALOR CONTRATO DE SUMINISTRO	1.700.000.000	
SALDO EJECUTADO		454.417.642
ACTA PARCIAL		122.378.023
SALDO POR EJECUTAR		1.123.204.335
SUMAS IGUALES	1.700.000.000	1.700.000.000
% AVANCE EJECUCION		33,93%

ANEXOS QUE HACEN PARTE DEL PRESENTE INFORME

FACTURA DE VENTA:	FE 29382, FE 29383, FE 29391, FE 29394, FE 29415, FE 29437, FE 29456
PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL N°	6005670871
OTROS:	Certificado de Parafiscales, Antecedentes, tarjeta profesional

DICIMED S.A.S.
RL. WILFRED LOZANO SEPULVEDA
EL CONTRATISTA