Almacen.

| MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL<br>FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA<br>EJERCITO NACIONAL<br>DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO | INFORME DE SUPERVISION N° 1 (OCTUBRE 13 DE 2026)<br>FECHA INFORME : OCTUBRE DE 2026 |
|---|---|
| CONTRATO Y/O ACUERDO N° No. 222-DMORI-2026 | FECHA SUSCRIPCION CONTRATO: 19 DE JUNIO DE 2026 |

1: INFORMACIÓN DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO: "SUMINISTRO DE REVISTAS, EDICIÓN DE LIBROS, ESCRITOS Y TRABAJOS TIPOGRÁFICOS PARA EL DISPENSARIO MÉDICO DE ORIENTE Y SUS ESM CENTRALIZADOS" (IMPRESOS Y PUBLICACIONES)"

| NOMBRE DEL CONTRATISTA: WILLIAM COBO JIMENEZ | NIT o CC: 17.327.267 |
|---|---|
| PLAZO DE EJECUCIÓN: | El plazo de ejecución será a partir del previo perfeccionamiento del contrato (Articulo 41 Ley 80 de 1993) y cumplimiento de los requisitos de ejecución (Artículo 41 de la Ley 80 de 1993 modificado por el Articulo 23 Ley 1150 de 2007), hasta el 31 de julio de 2026 y/o hasta agotar el presupuesto asignado (lo que primero ocurra) |

**LUGAR DE ENTREGA: El plazo de ejecución será a partir del previo perfeccionamiento del contrato (Articulo 41 Ley 80 de 1993) y cumplimiento de los requisitos de ejecución (Articulo 41 de la Ley 80 de 1993 modificado por el Articulo 23 Ley 1150 de 2007), hasta el 30 de noviembre de 2026 y/o hasta agotar presupuesto asignado (Lo primero que ocurra).**

| VALOR DEL CONTRATO: | $ 5.000.000,00 | EN LETRAS: CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE |
|---|---|---|

FORMA DE PAGO:
La DIRECCIÓN DE SANIDAD- DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, se obliga a pagar el 100% del valor del contrato, en pagos parciales a 60 (sesenta) dias, al recibido a satisfacción de cada facturación presentada por el contratista, el cual la tramitará a la oficina de facturación y posteriormente será avalada por el supervisor para pago; previo cumplimiento de los siguientes requisitos:
a) Acta de recibo a satisfacción parcial, expedida por el supervisor, y representante del contratista.
b) Situación de recursos por parte del ministerio de hacienda y crédito público dirección del tesoro nacional. (asignación cupo PAC).
c) Que se ejecuten los demás trámites administrativos correspondientes.
d) Verificación por parte del MDN- EJÉRCITO NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDADDISPENSARIO MEDICO ORIENTE del cumplimiento del contratista del pago de aportes parafiscales y los propios del SENA, ICBF y Cajas De Compensación Familiar.
e) Documento equivalente a factura según artículo 3 del Decreto 522 de 2003.
f) La publicación de las facturas o documentos equivalentes en el SECOP y otros relacionados con la ejecución.
PARÁGRAFO PRIMERO. Este pago se considera de contado por lo que no se aceptará el cobro de financiación en este caso.
PARÁGRAFO SEGUNDO. En el evento de prórroga en la entrega del objeto del contrato, se postergará el pago.
PARÁGRAFO TERCERO: El MDN- EJÉRCITO NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDADDISPENSARIO MEDICO ORIENTE, realizará los pagos en la cuenta.
PARÁGRAFO CUARTO: Los precios contenidos en la oferta entregada por el proponente no están sujetos a reajuste ni modificaciones durante la ejecución y/o adiciones que se le realicen en la etapa contractual.

2: RESUMEN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: 25426 | | FECHA: 2026-02-13 | |
| REGISTRO PRESUPUESTAL N°: 26326 AÑO 2026 | | FECHA: 2026-06-21 | $ 5.000.000 |
| Oficio aprobación cupo vigencias futuras 2026 | | N/A | |

3: MODIFICATORIOS

| TIPO | FECHA | OBJETO |
|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A |
| | | |

4: RELACION DE BIENES Y/O SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO

| ITEM | DESCRIPCION | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | IVA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | BITACORA REMSION DE URGENCIAS | 4 | $ 71.600,00 | $ 54.416,00 | $ 286.400 |
| 2 | CARNET DE SALUD INFANTIL | 200 | $ 1.300,00 | $ 49.400,00 | $ 260.000 |
| 3 | CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA VIH | 4 | $ 47.800,00 | $ 36.328,00 | $ 191.200 |
| 4 | CONTROL DE CURVA TERMICA | 2 | $ 68.900,00 | $ 26.182,00 | $ 137.800 |
| 5 | CONTROL DE ESTERILIZACION | 2 | $ 47.100,00 | $ 17.898,00 | $ 94.200 |
| 6 | CONTROL DE GLUCOMETRIAS | 1 | $ 53.000,00 | $ 10.070,00 | $ 53.000 |
| 7 | FORMATO AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO | 4 | $ 53.000,00 | $ 40.280,00 | $ 212.000 |
| 8 | FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DETENCION DE METABOLITOS DE DROS EN ORINA SUS PSICOACTIVAS | 1 | $ 47.800,00 | $ 9.082,00 | $ 47.800 |
| 9 | FORMATO CONTROL DE MEDICAMENTOS | 1 | $ 53.000,00 | $ 10.070,00 | $ 53.000 |
| 10 | FORMATO CONTROL SIGNOS VITALES | 1 | $ 53.000,00 | $ 10.070,00 | $ 53.000 |
| 11 | FORMATO HOJA DE GASTOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS | 4 | $ 47.700,00 | $ 36.252,00 | $ 190.800 |
| 12 | FORMATO HOJA DE RECUPERACION | 2 | $ 69.600,00 | $ 26.448,00 | $ 139.200 |
| 13 | FORMATO KARDEX SERV HOSP TAMAÑO CARTA | 2 | $ 131.100,00 | $ 49.818,00 | $ 262.200 |
| 14 | FORMATO ORDEN DE PROGRAMACION QUIRURGICA | 10 | $ 10.100,00 | $ 19.190,00 | $ 101.000 |
| 15 | FORMATO PARADA DE SEGURIDAD | 3 | $ 47.700,00 | $ 27.189,00 | $ 143.100 |
| 16 | FORMATO REGISTRO DE ANESTESIOLOGIA | 3 | $ 69.600,00 | $ 39.672,00 | $ 208.800 |
| 17 | FORMATO HOJA DE RECUENTO QUIRURGICO | 3 | $ 42.000,00 | $ 23.940,00 | $ 126.000 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 18 | MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO TRANSFUSIONAL | 1 | $ 107.600,00 | $ 20.444,00 | $ 107.600 |
| 19 | MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LEISHMANIASIS | 1 | $ 61.200,00 | $ 11.628,00 | $ 61.200 |
| 20 | MODELO CONSEN INFORM PARA TOMA DE MUESTRAS EXAMENES FFVFU EN EL LABORATORIO | 1 | $ 61.600,00 | $ 11.704,00 | $ 61.600 |
| 21 | PULSERA DE IDENTIFICACION POR COLORES ADHESIVA | 155 | $ 800,00 | $ 23.560,00 | $ 124.000 |
| 22 | RECETARIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL | 3 | $ 17.200,00 | $ 9.804,00 | $ 51.600 |
| 23 | ADHESIVOS DE SEGURIDAD TIPO SEÑALIZACION PREVENTIVA | 60 | $ 20.600,00 | $ 234.840,00 | $ 1.236.000 |

**5: RESUMEN DE POLIZAS**

| SEGUROS MUNDIAL | | POLIZA DE CUMPLIMIENTO : 4530888 (ANEXO 1) RCE: N/A | | |
|---|---|---|---|---|
| AMPAROS CUBIERTOS | PORCENTAJES AMPAROS CUBIERTOS | VALOR | DESDE | HASTA |
| CUMPLIMIENTO | Por el 20%del valor total del contrato y seis meses mas | $ 1.500.000,00 | 19/06/2026 | 30/05/2027 |
| PRESTACIONES SOCIALES | Por el 20% del valor total del contrato | $ 250.000,00 | 19/06/2026 | 30/11/2029 |
| CALIDAD DEL SERVICIO | Por el 20% del valor total del contrato | $ 1.500.000,00 | 19/06/2026 | 30/05/2027 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LAS POLIZAS: 23/06/2026 | | POLIZA RESPONABILIDAD CIVIL: N/A | | |

**6: BALANCE Y EJECUCION DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | V/R CONTRATO | FACTURADO | AUTORIZADO | V/R GLOSA (SI APLICA) | V/R CANCELADO |
|---|---|---|---|---|---|
| V/R CONTRATO | $ 5.000.000 | | | | |
| V/R PRIMERA ADICION | | | | | |
| TOTAL | $ 5.000.000 | $ 4.999.785 | $ 4.999.785 | $ - | $ 4.999.785 |
| % DE EJECUCION POR PAGO CANCELADO | | 100,00% | % DE EJECUCION POR PAGO AUTORIZADO | | 100,00% |

| 7: PAGOS EFECTUADOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONCEPTO DE PAGO Y FECHA: | | | | VALOR PAGADO EN EL MES: | |
| | | FE-12 | | | $ 4.999.785 |
| | | TOTAL A PAGAR | | | $ 4.999.785 |

| VIGENCIA 2026 | | $ 5.000.000,00 | |
|---|---|---|---|
| VALOR CANCELADO | | | - |
| VALOR SALDO CONTRATO | | | $ 215,00 |
| VALOR EN AUTORIZACION | | | $ 4.999.785,00 |
| SUMAS IGUALES | | $ 5.000.000,00 | $ 5.000.000,00 |

**7.2. ACTAS DE RECIBO A SATISFACCION**

| ITEM | DESCRIPCION | ACTA | FECHA | ENTRADA DE ALMACEN | VALOR ENTREGADO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ACTA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO No 222-DMORI-2026 | 2026331031390686 | 13/10/2026 | N/A | 4.999.785,00 |
| | | | | VALOR TOTAL CANCELADO | $ 0,00 |
| | | | | PORCENTAJE EJECUCIÓN FISICA % | 100,00% |

**8. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

se recibe facturacion para ser paga por recurso 16. asi:

Se hace el tramite para pago por recurso 16 $ 4.999.785 CUATRO MILLONES NAVEGACIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE.

**8. AVANCE TOTAL DEL CONTRATO**

| EJECUCIÓN FINANCIERA | 100,00% | EJECUCIÓN FISICA | 100,00% |
|---|---|---|---|

**9. NOVEDADES Y/O INFORMACION DE IMPORTANCIA**

FOTOGRAFIA DEL BIEN CUANDO APLIQUE PARA CONTRATOS DE SUMINISTRO

**10. ANEXOS AL INFORME**

**DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA TRAMITE DE PAGO**

| PRIMER Y UNICO PAGO | DE MAS PAGOS |
|---|---|
| CERTIFICACIÓN BANCARIA < 30 DIAS | CERTIFICACIÓN DE APORTES |
| FORMULARIO RUT VIGENCIA ACTUAL | FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE |
| CERTIFICACIÓN DE APORTES | ENTRADA AL ALMACEN (SI APLICA) |
| FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE | CONCEPTO DE AUDITORIA (SI APLICA) Y OFICIO REMISORIO |
| ENTRADA AL ALMACEN (SI APLICA) | OFICIO Y AUTORIZACIÓN DEL GENERAL |
| COPIA CONTRATO, OR. DE COMPRA, ACEPTACIONES | ACTA DE RECIBO A SATISFACCÓN |
| COPIA POLIZAS Y APROBACION DE POLIZAS | COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL |
| CONCEPTO DE AUDITORIA (SI APLICA) Y OFICIO REMISORIO | |
| OFICIO Y AUTORIZACIÓN DEL GENERAL | |
| ACTA DE RECIBO A SATISFACCÓN | |
| COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL | |

**AS21. BERTA ISABEL SIERRA LÓPEZ**
**En calidad de supervisor contrato No. 222-DMORI-2026**

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO ORIENTE

**Radicado N° 2026331031390686: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-2.88**

**LUGAR Y FECHA:** Villavicencio 13/10/2026

**INTERVIENEN: AS21. BERTA ISABEL SIERRA LÓPEZ**
Supervisor del contrato 222-DMORI-2026

**ASUNTO:** TRATA ACTA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO **No 222-DMORI-2026**

| | |
|---|---|
| **FECHA FIRMA DEL CONTRATO:** | 19 DE JUNIO DE 2026 |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | "SUMINISTRO DE REVISTAS, EDICIÓN DE LIBROS, ESCRITOS Y TRABAJOS TIPOGRÁFICOS PARA EL DISPENSARIO MÉDICO DE ORIENTE Y SUS ESM CENTRALIZADOS" (IMPRESOS Y PUBLICACIONES)" |
| **CONTRATISTA:** | WILLIAM COBO JIMENEZ<br>Establecimiento de Comercio<br>COMERCIALIZADORA WILMAR<br>Matrícula No.: 56891 |
| **NIT:** | NIT. 17.327.267 de Villavicencio |
| **SUPERVISOR:** | AS21. BERTA ISABEL SIERRA LÓPEZ |
| **FECHA DE ACTA DE INICIO** | 24/06/2026 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | Por un valor total CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($5.000.000,00) |
| **VIGENCIA FUTURA** | N/A |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | El plazo de ejecución será a partir del previo perfeccionamiento del contrato (Articulo 41 Ley 80 de 1993) y cumplimiento de los requisitos de ejecución (Artículo 41 de la Ley 80 de 1993 modificado por el Artículo |



Este documento es propiedad del EJÉRCITO NACIONAL
No está autorizado su reproducción total o parcial

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO ORIENTE

| | |
|---|---|
| | 23 Ley 1150 de 2007), hasta el 30 de noviembre de 2026 y/o hasta agotar presupuesto asignado (Lo primero que ocurra). |
| **PRORROGA PLAZO EJECUCIÓN** | N/A |

| **BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **VALOR TOTAL CONTRATO** | CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($5.000.000,00) |
| **VALOR PAGADO AL CONTRATISTA** | $ 0 |
| **VALOR TRAMITADO A PAGO** | $ 4.999.785,00 |
| **SALDO DEL CONTRATO** | $ 215,00 |

En Villavicencio, El día 13 de octubre de 2026, la Señora AS21. BERTA ISABEL SIERRA LÓPEZ, en su calidad de supervisora efectúa el correspondiente recibo a satisfacción "SUMINISTRO DE REVISTAS, EDICIÓN DE LIBROS, ESCRITOS Y TRABAJOS TIPOGRÁFICOS PARA EL DISPENSARIO MÉDICO DE ORIENTE Y SUS ESM CENTRALIZADOS" (IMPRESOS Y PUBLICACIONES)"

A continuación, se describen las facturas de los servicios médicos prestados, así:

| Nro. | Código | Descripción | Cantidad | Precio unitario | Iva | Valor total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 82121507 | BITACORA REMSION DE URGENCIAS | 4 | $ 71.600,00 | $ 54.416,00 | $ 340.816,00 |
| 2 | 82121507 | CARNET DE SALUD INFANTIL | 200 | $ 1.300,00 | $ 49.400,00 | $ 309.400,00 |
| 3 | 82121507 | CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA VIH | 4 | $ 47.800,00 | $ 36.328,00 | $ 227.528,00 |
| 4 | 82121507 | CONTROL DE CURVA TERMICA | 2 | $ 68.900,00 | $ 26.182,00 | $ 163.982,00 |
| 5 | 82121507 | CONTROL DE ESTERILIZACION | 2 | $ 47.100,00 | $ 17.898,00 | $ 112.098,00 |
| 6 | 82121507 | CONTROL DE GLUCOMETRIAS | 1 | $ 53.000,00 | $ 10.070,00 | $ 63.070,00 |
| 7 | 82121507 | FORMATO AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO | 4 | $ 53.000,00 | $ 40.280,00 | $ 252.280,00 |



Este documento es propiedad del EJÉRCITO NACIONAL
No está autorizado su reproducción total o parcial

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
**COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES**
**EJÉRCITO NACIONAL**
**DISPENSARIO MEDICO ORIENTE**

| Nro. | Código | Descripción | Cantidad | Precio unitario | Iva | Valor total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 82121507 | FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DETENCION DE METABOLITOS DE DROS EN ORINA SUS PSICOACTIVAS | 1 | $ 47.800,00 | $ 9.082,00 | $ 56.882,00 |
| 9 | 82121507 | FORMATO CONTROL DE MEDICAMENTOS | 1 | $ 53.000,00 | $ 10.070,00 | $ 63.070,00 |
| 10 | 82121507 | FORMATO CONTROL SIGNOS VITALES | 1 | $ 53.000,00 | $ 10.070,00 | $ 63.070,00 |
| 11 | 82121507 | FORMATO HOJA DE GASTOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS | 4 | $ 47.700,00 | $ 36.252,00 | $ 227.052,00 |
| 12 | 82121507 | FORMATO HOJA DE RECUPERACION | 2 | $ 69.600,00 | $ 26.448,00 | $ 165.648,00 |
| 13 | 82121507 | FORMATO KARDEX SERV HOSP TAMAÑO CARTA | 2 | $ 131.100,00 | $ 49.818,00 | $ 312.018,00 |
| 14 | 82121507 | FORMATO ORDEN DE PROGRAMACION QUIRURGICA | 10 | $ 10.100,00 | $ 19.190,00 | $ 120.190,00 |
| 15 | 82121507 | FORMATO PARADA DE SEGURIDAD | 3 | $ 47.700,00 | $ 27.189,00 | $ 170.289,00 |
| 16 | 82121507 | FORMATO REGISTRO DE ANESTESIOLOGIA | 3 | $ 69.600,00 | $ 39.672,00 | $ 248.472,00 |
| 17 | 82121507 | FORMATO HOJA DE RECUENTO QUIRURGICO | 3 | $ 42.000,00 | $ 23.940,00 | $ 149.940,00 |
| 18 | 82121507 | MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO TRANSFUSIONAL | 1 | $ 107.600,00 | $ 20.444,00 | $ 128.044,00 |
| 19 | 82121507 | MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LEISHMANIASIS | 1 | $ 61.200,00 | $ 11.628,00 | $ 72.828,00 |
| 20 | 82121507 | MODELO CONSEN INFORM PARA TOMA DE MUESTRAS EXAMENES FFVFU EN EL LABORATORIO | 1 | $ 61.600,00 | $ 11.704,00 | $ 73.304,00 |
| 21 | 82121507 | PULSERA DE IDENTIFICACION POR COLORES ADHESIVA | 155 | $ 800,00 | $ 23.560,00 | $ 147.560,00 |
| 22 | 82121507 | RECETARIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL | 3 | $ 17.200,00 | $ 9.804,00 | $ 61.404,00 |
| 23 | 82121507 | ADHESIVOS DE SEGURIDAD TIPO SEÑALIZACION PREVENTIVA | 60 | $ 20.600,00 | $ 234.840,00 | $ 1.470.840,00 |
| | | | | | | **$ 4.999.785,00** |

TOTAL, A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA: $ 4.999.785,00

En constancia firma quien en ella interviene,

AS21. BERTA ISABEL SIERRA LÓPEZ
Supervisor Contrato N.º 222-DMORI-2026



Este documento es propiedad del EJÉRCITO NACIONAL
No está autorizado su reproducción total o parcial

DIAN

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
da202d8ef1af1eb879841d44273f55d34d75cda4170748ebcbbaf72b124c9294739ac9a3417a8e2be9244e4f3f81ee2f

**Número de Factura:** FE-12
**Fecha de Emisión:** 09/10/2026
**Fecha de Vencimiento:** 08/12/2026
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Crédito
**Medio de Pago:** Consiganción bancaria
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** COBO JIMENEZ WILLIAM
**Nombre Comercial:** COBO JIMENEZ WILLIAM
**Nit del Emisor:** 17327267
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** 01 - IVA
**Actividad Económica:** 1811

**País:** Colombia
**Departamento:** Meta
**Municipio / Ciudad:** Villavicencio
**Dirección:** CL 15 5 64 E CONJ PALMAS DE VALLARTA
**Teléfono / Móvil:** 3108593567
**Correo:** conmarluh2367@hotmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** DIRECCION GENERLA DE SANIDAD MILITAR DISPENSARIO MEDICO ORIENTE
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 901541154
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia
**Departamento:** Meta
**Municipio / Ciudad:** Villavicencio
**Dirección:** Km 7 Vía Puerto López Vereda Apiay - Villavicencio
**Teléfono / Móvil:** 3132975594
**Correo:** sifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | Precio unitario de venta |
| 1 | 82121507 | BITACORA REMSION DE URGENCIAS | 94 | 4,00 | $ 71.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 54.416,00 | 19.00 | | | $ 286.400,00 |
| 2 | 82121507 | CARNET DE SALUD INFANTIL | 94 | 200,00 | $ 1.300,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 49.400,00 | 19.00 | | | $ 260.000,00 |
| 3 | 82121507 | CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA VIH | 94 | 4,00 | $ 47.800,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 36.328,00 | 19.00 | | | $ 191.200,00 |
| 4 | 82121507 | CONTROL DE CURVA TERMICA | 94 | 2,00 | $ 68.900,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 26.182,00 | 19.00 | | | $ 137.800,00 |
| 5 | 82121507 | CONTROL DE ESTERILIZACION | 94 | 2,00 | $ 47.100,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 17.898,00 | 19.00 | | | $ 94.200,00 |
| 6 | 82121507 | CONTROL DE GLUCOMETRIAS | 94 | 1,00 | $ 53.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 10.070,00 | 19.00 | | | $ 53.000,00 |
| 7 | 82121507 | FORMATO AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO | 94 | 4,00 | $ 53.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 40.280,00 | 19.00 | | | $ 212.000,00 |
| 8 | 82121507 | FORMATO CONSENTIMINETO INFORMADO PARA LA DETENCION DE METABOLITOS DE DROS EN ORINA SUS PSICOACTIVAS | 94 | 1,00 | $ 47.800,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 9.082,00 | 19.00 | | | $ 47.800,00 |
| 9 | 82121507 | FORMATO CONTROL DE MEDICAMENTOS | 94 | 1,00 | $ 53.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 10.070,00 | 19.00 | | | $ 53.000,00 |
| 10 | 82121507 | FORMATO CONTROL SIGNOS VITALES | 94 | 1,00 | $ 53.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 10.070,00 | 19.00 | | | $ 53.000,00 |
| 11 | 82121507 | FORMATO HOJA DE GASTOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS | 94 | 4,00 | $ 47.700,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 36.252,00 | 19.00 | | | $ 190.800,00 |
| 12 | 82121507 | FORMATO HOJA DE RECUPERACION | 94 | 2,00 | $ 69.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 26.448,00 | 19.00 | | | $ 139.200,00 |
| 13 | 82121507 | FORMATO KARDEX SERV HOSP TAMAÑO CARTA | 94 | 2,00 | $ 131.100,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 49.818,00 | 19.00 | | | $ 262.200,00 |
| 14 | 82121507 | FORMATO ORDEN DE PROGRAMACION QUIRURGICA | 94 | 10,00 | $ 10.100,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 19.190,00 | 19.00 | | | $ 101.000,00 |
| 15 | 82121507 | FORMATO PARADA DE SEGURIDAD | 94 | 3,00 | $ 47.700,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 27.189,00 | 19.00 | | | $ 143.100,00 |
| 16 | 82121507 | FORMATO REGISTRO DE ANESTESIOLOGIA | 94 | 3,00 | $ 69.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 39.672,00 | 19.00 | | | $ 208.800,00 |
| 17 | 82121507 | FORMATO HOJA DE RECUENTO QUIRURGICO | 94 | 3,00 | $ 42.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 23.940,00 | 19.00 | | | $ 126.000,00 |
| 18 | 82121507 | MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO TRANSFUSIONAL | 94 | 1,00 | $ 107.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 20.444,00 | 19.00 | | | $ 107.600,00 |
| 19 | 82121507 | MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LEISHMANIASIS | 94 | 1,00 | $ 61.200,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 11.628,00 | 19.00 | | | $ 61.200,00 |
| 20 | 82121507 | MODELO CONSEN INFORM PARA TOMA DE MUESTRAS EXAMENES FFVFU EN EL LABORATORIO | 94 | 1,00 | $ 61.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 11.704,00 | 19.00 | | | $ 61.600,00 |
| 21 | 82121507 | PULSERA DE IDENTIFICACION POR COLORES ADHESIVA | 94 | 155,00 | $ 800,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 23.560,00 | 19.00 | | | $ 124.000,00 |
| 22 | 82121507 | RECETARIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL | 94 | 3,00 | $ 17.200,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 9.804,00 | 19.00 | | | $ 51.600,00 |
| 23 | 82121507 | ADHESIVOS DE SEGURIDAD TIPO SEÑALIZACION PREVENTIVA | 94 | 60,00 | $ 20.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 234.840,00 | 19.00 | | | $ 1.236.000,00 |

## Notas Finales

$#15-01-11-081;CTO222DMORI;carteradmorifacturacion@gmail.com$#

Linea de negocio:

## Datos Totales



**Documento generado el:**
09/10/2026 10:18:16
**Documento validado por la DIAN:**
09/10/2026 10:18:17
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 4201500 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 4201500 |
| IVA | 798285 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 798285 |
| **Total neto factura (=)** | 4999785 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 4999785 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 4.201.500,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 4.201.500,00 |
| IVA | 798.285,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 798.285,00 |
| **Total neto factura (=)** | 4.999.785,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 4.999.785,00 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764109334230 Rango desde: 12 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2026-11-04

Número Póliza: 4530888

# SEGURO DE CUMPLIMIENTO

Hola, WILLIAM

Este documento es la carátula de tu seguro y contiene la información del compromiso que SURA adquiere contigo.



## INFORMACIÓN DEL TOMADOR

| Nombre y apellidos o razón social | Tipo de identificación | Número de identificación |
|---|---|---|
| WILLIAM COBO JIMENEZ | CEDULA | 17327267 |
| **Dirección** | **Ciudad** | **Teléfono** |
| CR 33 # 34 A 87 | VILLAVICENCIO | 6653138 |

## INFORMACIÓN DEL GARANTIZADO

| Nombre y apellidos o razón social | Tipo de identificación | Número de identificación | Dirección | Ciudad | Teléfono |
|---|---|---|---|---|---|
| WILLIAM COBO JIMENEZ | CEDULA | 17327267 | CR 33 # 34 A 87 | VILLAVICENCIO | 6653138 |

## INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

| Nombre y apellidos o razón social | Tipo de identificación | Número de identificación |
|---|---|---|
| DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE - NACION - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL | NIT | 9015411545 |

## INFORMACIÓN BÁSICA DE LA PÓLIZA

| Número de documento | Operación | Oficina | Ciudad expedición | Fecha de expedición |
|---|---|---|---|---|
| 17317766 | POLIZA NUEVA | 026 | VILLAVICENCIO | 2026-06-23 |
| **Forma de pago** | **Número de riesgos vigentes** | **Referencia de pago** | **Producto** | **Moneda** |
| CONTADO | 1 | 01217317766 | SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (GARANTÍA ÚNICA) | PESO COLOMBIANO |

## COBERTURAS

| Nombre | Fecha inicial | Fecha vencimiento | Valor asegurado | Prima |
|---|---|---|---|---|
| CALIDAD DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS | 19-JUN-2026 | 30-MAY-2027 | $1.500.000,00 | $32.215 |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 19-JUN-2026 | 30-MAY-2027 | $1.500.000,00 | $32.215 |
| PAGO DE SALARIOS,PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES | 19-JUN-2026 | 30-NOV-2029 | $250.000,00 | $19.605 |

## VALORES A PAGAR

| Valor prima sin IVA | Valor IVA | Total a pagar | Valor asegurado | Total valor asegurado |
|---|---|---|---|---|
| $84.034 | $15.966 | $100.000 | $3.250.000,00 | $3.250.000,00 |

VALOR A PAGAR EN LETRAS : CIEN MIL PESOS M/L

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9

## VIGENCIAS MOVIMIENTO Y PÓLIZA

| Vigencia movimiento desde | Vigencia movimiento hasta | Número de días | Vigencia póliza desde | Vigencia póliza hasta |
|---|---|---|---|---|
| 19-JUN-2026 | 30-NOV-2029 | 1260 | 19-JUN-2026 | 30-NOV-2029 |

| Ramo | Producto | Oficina | Usuario |
|---|---|---|---|
| 012 | NDX | 026 | CUM001 |

## INTERMEDIARIO

| Nombres y apellidos o razón social | Código | Compañía | Categoría | % participación | Prima |
|---|---|---|---|---|---|
| DAYANA RUBIANO BARRETO | 11779 | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | INDEPENDIENTES | 100% | 84.034 |

## COASEGURO

| Tipo coaseguro | Número póliza líder | Documento compañía líder |
|---|---|---|
| DIRECTO | | |

## CONDICIONES GENERALES APLICABLES

| Nombre | Fecha a partir de la cual se utiliza | Tipo y número de la entidad | Tipo de documento | Ramo al cual pertenece | Identificación interna de la proforma | Canal de comercialización |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CLAUSULADO | 2017-01-01 | 13 - 18 | P | 05 | F-01-12-084 | D001 |
| NOTA TÉCNICA | 2017-06-25 | 13 - 18 | NT-P | 5 | N-01-012-011 | |

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS :

NRO. DE CONTRATO NO.222-DMORI-2026.
SUMINISTRO DE REVISTAS, EDICION DE LIBROS, ESCRITOS Y TRABAJOS TIPOGRAFICOS PARA EL DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE Y SUS ESM CENTRALIZADOS (IMPRESOS Y PUBLICACIONES

Seguros Generales Suramericana S.A NIT 890.903.407-9.Somos Grandes Contribuyentes. Por favor no efectuar retención sobre IVA. Las primas de seguros no están sujetas a retención en la fuente (Decreto reglamentario 2509/85 Art 17). Autorretenedores Resolución 009961 de 2010. Responsable de impuesto sobre las ventas régimen común agentes de retención. En virtud del numeral 28 del artículo 530 del Estatuto Tributario, el presente documento se encuentra exento del impuesto de timbre.

Este seguro terminará en el caso que el tomador, asegurado o beneficiario, sea incluido en listas vinculantes o restrictivas nacionales o internacionales, tales como Lista de Naciones Unidas (ONU), Lista de la Unión Europea, Lista OFAC (Oficina de Control de Activos Extranjeros) del Departamento del Tesoro de los EE.UU.; así mismo terminará en caso que sea sancionado por autoridades internacionales, tales como la OFAC o el Consejo de Seguridad de la ONU.

## INFORMACIÓN ADICIONAL

**LA PRESENTE PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA PROFORMA. F-01-12-084 LAS CUALES SE ADJUNTAN.**

**PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES CR 63 49 A 31 P 1 ED CAMACOL MEDELLIN SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9 RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN.**

Firma autorizada

Firma tomador

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9

aportes en línea

# Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 17327267 | | CDBO JIMENEZ WILLIAM | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL 15 N. 5 - 64 E | VILLAVICENCIO-META | 8400000 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-09 | 2026-09 | 725178716 | 9512560488 | I | 2026/10/16 | 2026/10/09 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $263,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $1,750,905 | $35,100 | | | $1,750,905 | $9,200 | | $0 | $0 | |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | **$0** | **$0** | | | **$1,750,905** | **$218,900** | | | **$1,750,905** | **$35,100** | | | **$1,750,905** | **$9,200** | | **$0** | **$0** | |
| Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META ( 1 Afiliados) | | | | | **$0** | **$0** | | | **$1,750,905** | **$218,900** | | | **$1,750,905** | **$35,100** | | | **$1,750,905** | **$9,200** | | **$0** | **$0** | |
| 1 | CC | 17327267 | COBO WILLIAM | | 0 | $0 | $0 | EPS005 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | CCF34 | 30 | $1,750,905 | $35,100 | 14-23 | 30 | $1,750,905 | $9,200 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | **$0** | **$0** | | | **$1,750,905** | **$218,900** | | | **$1,750,905** | **$35,100** | | | **$1,750,905** | **$9,200** | | **$0** | **$0** |



2026/10/08 07:01 PM

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 17327267 | | CDBO JIMENEZ WILLIAM | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL 15 N. 5 - 64 E | VILLAVICENCIO-META | 8400000 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-09 | 2026-09 | 725178716 | 9512560488 | I | 2026/10/16 | 2026/10/09 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $263,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | Fondo Solidaridad Pensional | Intereses de Mora Fondo Solidaridad | Fondo Subsistencia | Intereses de Mora Fondo Subsistencia | SALDOS E INCAPACIDADES | VAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $9,200 | $0 | | | | | $0 | |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 1423 | 860,011,153 | 6 | 1 | $9,200 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $35,100 | $0 | | | | | $0 | |
| COFREM | CCF34 | 892,000,146 | 3 | 1 | $35,100 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $0 | | | | | $0 | |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| TOTAL | | | | 1 | $263,200 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |

| OR A PAGAR |
| --- |
| $9,200 |
| $9,200 |
| $35,100 |
| $35,100 |
| $218,900 |
| $218,900 |
| $263,200 |

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
**COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES**
**EJÉRCITO NACIONAL**
**DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE**

## COMUNICACIÓN DE ACEPTACIÓN DE OFERTA

No 222-DMORI-2026

Villavicencio, 19 de junio de 2026

Señor
**WILLIAM COBO JIMENEZ**
CC **17.327.267 de Villavicencio**
Establecimiento de Comercio
**COMERCIALIZADORA WILMAR**
Matrícula No.: 56891
Dirección: CALLE 15 No 5 - 64
Contacto: 3124685666
Email: conmarluh@hotmail.com

**ASUNTO:** Comunicación de aceptación de oferta No 222-DMORI-2026 del 19 de junio de 2026, dentro de la Invitación Pública del proceso de mínima cuantía No 052-DMORI-2026 cuyo objeto es el **"SUMINISTRO DE REVISTAS, EDICIÓN DE LIBROS, ESCRITOS Y TRABAJOS TIPOGRÁFICOS PARA EL DISPENSARIO MÉDICO DE ORIENTE Y SUS ESM CENTRALIZADOS" (IMPRESOS Y PUBLICACIONES)"**

Mediante el presente documento el señor Mayor **JUAN SEBASTIAN SALAZAR ÑAÑEZ**, mayor de edad y domiciliado en el Cantón militar de Apiay-Meta, identificado con la Cedula de Ciudadanía No. C.C. No. 1.013.592.358 de Bogotá D.C., en calidad de Ordenador del Gasto y Subdirector Administrativo y Financiero del **DISPENSARIO MEDICO ORIENTE DMORI identificado con el NIT 901-541-154-5,** cargo para el cual fue asignado mediante Orden Semanal No. 028 del 12 de julio del 2026 expedida por la Dirección del Dispensario Médico Oriente, en calidad de competente contractual debidamente autorizado para contratar de acuerdo con la resolución delegación del Ministerio de la Defensa Nacional No. 4223 del 23 de junio de 2022, por la cual se delegan unas funciones y competencias relacionadas con la contratación de bienes y servicios con destino al Ministerio de Defensa Nacional, unas funciones de carácter administrativo y se dictan otras disposiciones; Resolución N°4130 del 16 de junio de 2022, "Por la cual se expide el Manual de Contratación y de Convenios" del Ministerio de Defensa Nacional y sus Unidades Ejecutoras; quien en consecuencia representa, por la delegación conferida, a LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, en adelante y para los efectos de la presente comunicación de aceptación de oferta se denominará EL CONTRATANTE, informa que para todos los fines y con las consecuencias jurídicas que de ello se desprende, que ACEPTA expresa e incondicionalmente la oferta presentada por la empresa que usted representa de conformidad con lo establecido en el numeral 5 del Art. 2 de la Ley 1150 de 2007, adicionado por el Art. 94 de la Ley 1474 del 2011, y los dispuesto en el Decreto 1082 de 2015, para lo cual deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

**1. DATOS DEL ORDENADOR DEL GASTO**

Señor Mayor JUAN SEBASTIAN SALAZAR ÑAÑEZ, mayor de edad, domiciliado en el Cantón militar de Apiay-Meta, identificado cédula N°. 1.013.592.358 de Bogotá D.C., quien actúa en su condición de Ordenador del Gasto y Subdirector Administrativo y Financiero del **DISPENSARIO MEDICO ORIENTE DMORI identificado con el NIT 901.541.154-5**

**2. DATOS DEL CONTRATISTA**

**COMERCIALIZADORA WILMAR,** identificada con Matrícula No.: 56891 ubicada en la CALLE 15 No 5 - 64, en la ciudad de Villavicencio, Correo Electrónico conmarluh@hotmail.com y Celular 3124685666, Representada Legalmente por el señor **WILLIAM COBO JIMENEZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° 17.327.267 de Villavicencio.

**3. OBJETO:**

**SUMINISTRO DE REVISTAS, EDICIÓN DE LIBROS, ESCRITOS Y TRABAJOS TIPOGRÁFICOS PARA EL DISPENSARIO MÉDICO DE ORIENTE Y SUS ESM CENTRALIZADOS" (IMPRESOS Y PUBLICACIONES).**

**4. CLASE DE CONTRATO:**

SUMINISTRO.

**5. PLAZO DE EJECUCIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN:**

El plazo de ejecución será a partir del previo perfeccionamiento del contrato (Articulo 41 Ley 80 de 1993) y cumplimiento de los requisitos de ejecución (Artículo 41 de la Ley 80 de 1993 modificado por el Artículo 23 Ley 1150 de 2007), hasta el 30 de noviembre de 2026 y/o hasta agotar presupuesto asignado (Lo primero que ocurra).

**LUGAR DE EJECUCIÓN:**

El lugar de ejecución será en la ciudad de Villavicencio-Meta.

**6. VIGENCIA:**

Desde la emisión de la aceptación de la oferta, el plazo de ejecución y seis (6) meses más después de vencido el plazo de ejecución o la expedición del acto administrativo que ordene la terminación anticipada del contrato, de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 164 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo para efectos de liquidación del contrato.

**7. VALOR DE LA ACEPTACIÓN DE LA OFERTA:**

El valor de la comunicación de aceptación de oferta es hasta por la suma de de CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($5.000.000,00) M/CTE IVA INCLUIDO, el Dispensario Médico de Oriente cuenta con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 25426 de fecha 2026-02-13, expedido por Oficial jefe de Presupuesto DMORI, de acuerdo con los precios unitarios, indicados a continuación.

| ITEM | DESCRIPCIÓN | | MEDIDA O CANTIDAD | | VALOR UNITARIO | IVA | VALOR UNITARIO + IVA = VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA | | | | | |
| 1 | AFICHES MEDIO PLIEGO | Elaborado en papel propalcote, tamaño medio pliego, Full color | Unidad | 1 | 29.000,00 | 5.510,00 | 34.510,00 |
| 2 | BITACORA REMISION DE URGENCIAS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Unidad (Resma 500 hojas) | 1 | 71.600,00 | 13.604,00 | 85.204,00 |
| 3 | BOLETA DE SALIDA DE PACIENTE | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Unidad (Resma 500 hojas) | 1 | 55.500,00 | 10.545,00 | 66.045,00 |
| 4 | CARNET ADULTO MAYOR | Elaborado en papel bond, 75 grs. Impresa a full color Tamaño carta, cartilla por 2 hojas. | Unidad | 1 | 3.600,00 | 684,00 | 4.284,00 |
| 5 | CARNET C Y D NIÑAS 0-36 MESES | Debe ser elaborado en cartulina tamaño carta impreso por ambas caras tinta verde | Unidad | 1 | 1.300,00 | 247,00 | 1.547,00 |
| 6 | CARNET C Y D NIÑAS 24 - 18 MESES | Debe ser elaborado en cartulina tamaño carta impreso por ambas caras tinta verde | Unidad | 1 | 1.300,00 | 247,00 | 1.547,00 |
| 7 | CARNET C Y D NIÑOS DE 3 AÑOS A 18 AÑOS | Debe ser elaborado en cartulina tamaño carta impreso por ambas caras tinta verde | Unidad | 1 | 1.300,00 | 247,00 | 1.547,00 |
| 8 | CARNET DE SALUD INFANTIL | Debe ser elaborado en cartulina tamaño carta impreso por ambas caras tinta verde | Unidad | 1 | 1.300,00 | 247,00 | 1.547,00 |
| 9 | CARNET DE SALUD MIS MEJORES AÑOS | Elaborado en papel bond, 75 grs. Impresa a full color Tamaño carta, cartilla por 2 hojas. | Unidad | 1 | 3.600,00 | 684,00 | 4.284,00 |
| 10 | CARNET PROGRAMA CONTROL RIESGO CARDIOVASCULAR | Debe ser elaborado en cartulina tamaño carta impreso por ambas caras tinta verde | Unidad | 1 | 1.300,00 | 247,00 | 1.547,00 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11 | CARNET PROGRAMA SALUD MATERNO PERINATAL | Debe ser elaborado en cartulina tamaño carta impreso por ambas caras tinta verde | Resmas de 500 hojas | 1 | 138.000,00 | 26.220,00 | 164.220,00 |
| 12 | CARNET PROGRAMA HIPERTENSION Y DIABETES | Elaborado en papel bond, 75 grs. Impresa a full color Tamaño carta, cartilla por 2 hojas, | Unidad | 1 | 3.600,00 | 684,00 | 4.284,00 |
| 13 | CERTIFICADO MÈDICO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Resma 500 hojas | 1 | 55.600,00 | 10.564,00 | 66.164,00 |
| 14 | CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO PARA FFV | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 41.300,00 | 7.847,00 | 49.147,00 |
| 15 | CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO PARA FFV MENOR DE EDAD | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 41.300,00 | 7.847,00 | 49.147,00 |
| 16 | CONSENTIMIENTO INF INTERRUPCIÒN VOLUNTARIA EMBARAZO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por las dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 | 55.600,00 | 10.564,00 | 66.164,00 |
| 17 | CONSENTIMIENTO INF PROCEDIMIENTOS ENFERMERÌA FROTIS DE FLUJO VAGINAL MENOR DE EDAD | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 40.400,00 | 7.676,00 | 48.076,00 |
| 18 | CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ODONTOPEDIATRIA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso ambas caras dos hojas | Resmas de 500 hojas | 1 | 102.600,00 | 19.494,00 | 122.094,00 |
| 19 | CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDODONCIA CARTA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso ambas caras dos hojas | Resmas de 500 hojas | 1 | 100.900,00 | 19.171,00 | 120.071,00 |
| 20 | CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 41.300,00 | 7.847,00 | 49.147,00 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA INFECCIONES RESPIRATORIAS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 41.300,00 | 7.847,00 | 49.147,00 |
| 22 | CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA MENOR DE EDAD Y/O ADULTO MAYOR QUE REQUIERE ACOMPAÑA | formato en papel bond, tamaño media carta, una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 35.800,00 | 6.802,00 | 42.602,00 |
| 23 | CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA VIH | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 47.800,00 | 9.082,00 | 56.882,00 |
| 24 | CONTROL DE CURVA TERMICA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 | 68.900,00 | 13.091,00 | 81.991,00 |
| 25 | CONTROL DE ESTERILIZACION | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 47.100,00 | 8.949,00 | 56.049,00 |
| 26 | CONTROL DE GLUCOMETRIAS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 53.000,00 | 10.070,00 | 63.070,00 |
| 27 | EDICION LIBROS /REVISTAS ESCRITOS / TRABAJOS TIPOGRÀFICOS | Elaborados en pasta dura tamaño carta enmarcados en letra dorada | Tomo máximo 200 hojas | 1 | 23.500,00 | 4.465,00 | 27.965,00 |
| 28 | ESCALA ABC INSTRUMENTAL PARA MIRA FUNCIONALIDAD ADULTO MAYOR | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 | 70.000,00 | 13.300,00 | 83.300,00 |
| 29 | ESCALA BARTHEL PARA VALORACION FUNCIONAL PARA EL ADULTO MAYOR | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 | 55.500,00 | 10.545,00 | 66.045,00 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | ESCALA YESAVEGE IDENTIFICACION GRADO DEPRESION ADULTO MAYOR | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 | 55.600,00 | 10.564,00 | 66.164,00 |
| 31 | FICHA EPIDEMIOLOGICA PROGRAMA SALUD ORAL | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño oficio impreso por las dos cara dos hojas | Resmas de 500 hojas | 1 | 100.900,00 | 19.171,00 | 120.071,00 |
| 32 | FOLLETO SALUD ORAL GESTANTE | Elaborado en papel propalcote, tamaño 1/8 Full color | Unidad | 1 | 2.900,00 | 551,00 | 3.451,00 |
| 33 | FOLLETO VARIOS: CAMPAÑA PROMOCION Y PREVENCION HABITOS SALUDABLES | Elaborado en papel propalcote, tamaño 1/8 Full color | Unidad | 1 | 2.900,00 | 551,00 | 3.451,00 |
| 34 | FOLLETO VARIOS: SALAS E.R.A | Elaborado en papel propalcote, tamaño 1/8 Full color | Unidad | 1 | 2.900,00 | 551,00 | 3.451,00 |
| 35 | FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DFECLARACION DE RIESGOS PARA POSIBLES COMPLICACIONES RELACIONADOS CON LA APLICACION DE ANESTESIA LOCAL | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 47.400,00 | 9.006,00 | 56.406,00 |
| 36 | FORMATO DE AUTORIZACIONES | Debe ser elaborado en papel químico tamaño media carta impreso una cara con copia y enumerados | Talonario x 50 hojas (original en blanco y azul la copia) | 1 | 13.600,00 | 2.584,00 | 16.184,00 |
| 37 | FORMATO ALTERACIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO NIÑA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso dos caras 7 hojas | Resmas de 500 hojas | 1 | 117.700,00 | 22.363,00 | 140.063,00 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 38 | FORMATO ALTERACIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO NIÑO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso dos caras 6 hojas | Resmas de 500 hojas | 1 | 109.200,00 | 20.748,00 | 129.948,00 |
| 39 | FORMATO ATENCIÓN INTEGRAL AL LACTANTE DE 2 MESES | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso ambas caras dos hojas | Resmas de 500 hojas | 1 | 100.800,00 | 19.152,00 | 119.952,00 |
| 40 | FORMATO ATENCION PLANIFICACION FAMILIAR | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por las dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 | 55.500,00 | 10.545,00 | 66.045,00 |
| 41 | FORMATO ATENCION PRIORITARIA (TRIAGE) | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 41.300,00 | 7.847,00 | 49.147,00 |
| 42 | FORMATO AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA 'PROCEDIMIENTO QUIRURGICO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 53.000,00 | 10.070,00 | 63.070,00 |
| 43 | FORMATO CARTA DENTAL PERIODICO CARTA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño oficio impreso por las dos cara dos hojas | Resmas de 500 hojas | 1 | 100.800,00 | 19.152,00 | 119.952,00 |
| 44 | FORMATO CERTIFICADO ODONTOLOGICO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 40.500,00 | 7.695,00 | 48.195,00 |
| 45 | FORMATO COMPROMISO CONTROL PRENATAL | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 40.500,00 | 7.695,00 | 48.195,00 |
| 46 | FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMEN PRUEBA DE EMBARAZO EN MENORES DE EDAD | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 41.000,00 | 7.790,00 | 48.790,00 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 47 | FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTOS DE CUIDADO EN ENFERMERÍA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por ambas caras dos hojas | Resmas de 500 hojas | 1 | 105.900,00 | 20.121,00 | 126.021,00 |
| 48 | FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA DETENCIÓN DE METABOLITOS DE DROGAS EN ORINA, SUST PSICOACTIVAS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 47.800,00 | 9.082,00 | 56.882,00 |
| 49 | FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PSICOLOGÌA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 | 40.500,00 | 7.695,00 | 48.195,00 |
| 50 | FORMATO CONTROL DE LIQUIDOS | Debe ser elaborado en papel Bond tamaño media carta. | Resmas de 500 hojas | 1 | 51.700,00 | 9.823,00 | 61.523,00 |
| 51 | FORMATO CONTROL DE MEDICAMENTOS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 53.000,00 | 10.070,00 | 63.070,00 |
| 52 | FORMATO DE CONTROL ESPECIAL DE SIGNOS VITALES | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 53.000,00 | 10.070,00 | 63.070,00 |
| 53 | FORMATO DE EVALUACION EXAMEN DE MAMA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño oficio impreso ambas caras | Resmas de 500 hojas | 1 | 55.500,00 | 10.545,00 | 66.045,00 |
| 54 | FORMATO DE INSTRUCCIONES PARA CIRUGÍA | debe ser elaborado en papel periódico tamaño 9 x 16 cm impreso por una cara talonario por 50 hojas | talonarios x 50 hojas | 1 | 7.200,00 | 1.368,00 | 8.568,00 |
| 55 | FORMATO DE OPTOMETRÌA | Debe ser elaborado en papel bond base media carta enumerado | Talonario x 50 hojas | 1 | 11.300,00 | 2.147,00 | 13.447,00 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 56 | FORMATO DE QUEJAS Y RECLAMOS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 | 40.500,00 | 7.695,00 | 48.195,00 |
| 57 | FORMATO DE RIESGO DE CAIDA EN EL ADULTO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 | 55.500,00 | 10.545,00 | 66.045,00 |
| 58 | FORMATO EVALUACION PSICOLOGICA OFICIO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 | 40.500,00 | 7.695,00 | 48.195,00 |
| 59 | FORMATO EXAMENES VARIOS TAMAÑO MEDIA CARTA | Debe ser elaborado en papel Bond tamaño media carta, original , talonarios por 50 formulas | talonarios x 50 hojas | 1 | 9.200,00 | 1.748,00 | 10.948,00 |
| 60 | FORMATO EXCUSA DEL SERVICIO TEMPORAL PERMANENTE | Debe ser elaborado en papel quimico, tamaño media carta, original y copia, numeradas | Talonarios cada uno de 50 formulas original y copia | 1 | 12.100,00 | 2.299,00 | 14.399,00 |
| 61 | FORMATO HISTORIA CLÍNICA DE APERTURA TAMAÑO CARTA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 | 40.500,00 | 7.695,00 | 48.195,00 |
| 62 | FORMATO HISTORIA CLINICA PERINATAL CARTA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 40.500,00 | 7.695,00 | 48.195,00 |
| 63 | FORMATO HISTORIA CLINICA PRENATAL | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 40.500,00 | 7.695,00 | 48.195,00 |
| 64 | FORMATO HOJA CONTROL NEUROLÓGICO ADULTO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 40.500,00 | 7.695,00 | 48.195,00 |
| 65 | FORMATO HOJA CONTROL NEUROLÓGICO PEDIATRICA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 40.500,00 | 7.695,00 | 48.195,00 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 66 | FORMATO HOJA DE EVOLUCIÓN DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por las dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 | 55.500,00 | 10.545,00 | 66.045,00 |
| 67 | FORMATO HOJA DE EVOLUCION MEDICA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por las dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 | 69.600,00 | 13.224,00 | 82.824,00 |
| 68 | FORMATO HOJA DE GASTOS PROCEDIMIENTOS QUIRÙRGICOS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 47.700,00 | 9.063,00 | 56.763,00 |
| 69 | FORMATO HOJA DE RECUPERACIÓN | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por las dos cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 69.600,00 | 13.224,00 | 82.824,00 |
| 70 | FORMATO KARDEX SERV. HOSP TAMAÑO CARTA | Debe ser elaborado en cartulina tamaño carta, impreso por ambas caras | Resmas de 500 hojas | 1 | 131.100,00 | 24.909,00 | 156.009,00 |
| 71 | FORMATO KARDEX DE LABORATORIO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 42.000,00 | 7.980,00 | 49.980,00 |
| 72 | FORMATO NOTAS DE ENFERMERÍA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por las dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 | 67.800,00 | 12.882,00 | 80.682,00 |
| 73 | FORMATO ORDEN DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA | Debe ser elaborado en papel Bond tamaño media carta, original , talonarios por 50 formulas | talonarios x 50 hojas | 1 | 10.100,00 | 1.919,00 | 12.019,00 |
| 74 | FORMATO PARADA DE SEGURIDAD | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta original impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 47.700,00 | 9.063,00 | 56.763,00 |
| 75 | FORMATO PROGRAMACION SALAS DE CIRUGIA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 | 47.700,00 | 9.063,00 | 56.763,00 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 76 | FORMATO REGISTRO DE ANESTESIOLOGÍA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por ambas caras | Resmas de 500 hojas | 1 | 69.600,00 | 13.224,00 | 82.824,00 |
| 77 | FORMATO REGISTRO DE SIGNOS VITALES PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LEISHMANIASIS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 42.000,00 | 7.980,00 | 49.980,00 |
| 78 | FORMATO REGISTRO PSICOLOGIA CARTA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 | 42.000,00 | 7.980,00 | 49.980,00 |
| 79 | FORMATO REPORTE DE MATERIAL UTILIZADO EN UNA SALA DE CIRUGÍA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por ambas caras debe ser enumeradas | Resmas de 500 hojas | 1 | 101.500,00 | 19.285,00 | 120.785,00 |
| 80 | FORMATO SERVICIO DE AUDIOLOGÍA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por ambas caras | Resmas de 500 hojas | 1 | 68.900,00 | 13.091,00 | 81.991,00 |
| 81 | FORMATO SERVICIO DE FISIOTERAPIA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 42.000,00 | 7.980,00 | 49.980,00 |
| 82 | FORMATO TOMA DE CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 | 42.000,00 | 7.980,00 | 49.980,00 |
| 83 | FORMATO-HOJA-DE RECUENTO QUIRÙRGICO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 | 42.000,00 | 7.980,00 | 49.980,00 |
| 84 | FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA | Debe ser elaborado en papel químico, tamaño 35 x 20 cms, original y copia, numeradas, perforadas, impreso por una cara | Talonario X 25 juegos (original en blanco, copia en azul) | 1 | 17.500,00 | 3.325,00 | 20.825,00 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 85 | FORMATOS ESCALA RIESGO BIOPSICOSOCIAL | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 42.000,00 | 7.980,00 | 49.980,00 |
| 86 | FORMATOS REGISTRO CONTROL DE ESTERILIZACIÓN QUÍMICO BIOLÓGICO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño oficio impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 52.100,00 | 9.899,00 | 61.999,00 |
| 87 | FORMATOS SECCIÓN DE ODONTOLOGÍA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 42.000,00 | 7.980,00 | 49.980,00 |
| 88 | FORMULA MEDICA | Debe ser elaborado en papel químico, tamaño media carta, original y copia, numeradas, talonarios por 50 formulas | talonarios por 50 formulas | 1 | 12.500,00 | 2.375,00 | 14.875,00 |
| 89 | HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 42.000,00 | 7.980,00 | 49.980,00 |
| 90 | HISTORIA CLINICA MEDICA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 42.000,00 | 7.980,00 | 49.980,00 |
| 91 | HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño oficio impreso por las dos cara dos hojas | Resmas de 500 hojas | 1 | 100.900,00 | 19.171,00 | 120.071,00 |
| 92 | HISTORIA CLINICA PSICOLOGIA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 | 42.000,00 | 7.980,00 | 49.980,00 |
| 93 | HISTORIA CLINICA URGENCIAS ODONTOLOGICA CARTA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 42.000,00 | 7.980,00 | 49.980,00 |
| 94 | HOJA DE SOLICITUD ESTUDIO DE ESPECIMENES QUIRÙRGICOS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 47.700,00 | 9.063,00 | 56.763,00 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 95 | INCAPACIDAD MEDICA | Debe ser elaborado en papel quimico, tamaño media carta, original y copia, numeradas | Talonarios cada uno de 50 juegos (original blanca, copia azul) | 1 | 12.300,00 | 2.337,00 | 14.637,00 |
| 96 | INFORMACIÒN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS | Debe ser elaborado en papel bond tamaño media carta original, impreso full color | Resmas de 500 hojas | 1 | 151.300,00 | 28.747,00 | 180.047,00 |
| 97 | LISTA DE CHEQUEO PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TRANSFUSION SANGUINEA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño oficio impreso por una cara y la parte III solo se diligencia cuando el paciente presenta reacción adversa transfusional R.A.T | Resmas de 500 hojas | 1 | 54.000,00 | 10.260,00 | 64.260,00 |
| 98 | MIMENTAL TEST PARA DETERIORO COGNITIVO EN ADULTO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 | 55.500,00 | 10.545,00 | 66.045,00 |
| 99 | MMPI II HOJAS DE RESPUESTA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 | 42.000,00 | 7.980,00 | 49.980,00 |
| 100 | MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO TRANSFUSIONAL | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por ambas caras dos hojas | Resmas de 500 hojas | 1 | 107.600,00 | 20.444,00 | 128.044,00 |
| 101 | MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO OXIGENO DOMICILIARIO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 | 42.000,00 | 7.980,00 | 49.980,00 |
| 102 | MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LEISHMANIASIS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 | 61.200,00 | 11.628,00 | 72.828,00 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 103 | MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOME DE MUESTRAS EXÁMENES F.F.V.F.U EN EL LABORATORIO CLÍNICO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por ambas caras | Resmas de 500 hojas | 1 | 61.600,00 | 11.704,00 | 73.304,00 |
| 104 | MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por ambas caras | Resmas de 500 hojas | | 60.500,00 | 11.495,00 | 71.995,00 |
| 105 | MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO SAHOS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | | 42.000,00 | 7.980,00 | 49.980,00 |
| 106 | MODELO CONSENTIMIENTO: INFORMADO PARA TERAPIA RESPIRATORIA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Resma 500 hojas | 1 | 67.800,00 | 12.882,00 | 80.682,00 |
| 107 | PENDONES | Elaborado en Banner con soporte para colgar, tamaño de 60X90 cms, impresión digital. | Unidad | 1 | 50.400,00 | 9.576,00 | 59.976,00 |
| 108 | PENDONES | Elaborado asi :1x2 metros Material: Banner 13 onzas exterior tintas: full policromía Tintas en material Tubos arriba y abajo y ojaletes en las cuatro esquinas Resolución.720 DPI 1 X 1 | Unidad | 1 | 85.700,00 | 16.283,00 | 101.983,00 |
| 109 | PORTA PENDON | Adaptable a cualquier tamaño, estructura metálica en bolsa plástica Referencia:1 Medidas 80 ancho X 180 de alto 1 X 17 | Unidad | 1 | 126.100,00 | 23.959,00 | 150.059,00 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 110 | PULSERA DE IDENTIFICACION POR COLORES ADHESIVA | Pulsera para identificación de pacientes adhesiva, colores (rojo, amarillo, azul, verde, lila, naranja), largo 22cm, ancho 3cm, con logo del DMORI e identificación (Nombre: HC: FN: Edad: Sexo: Dx: Servicio: F/Ingreso:) | Unidad | 1 | 800,00 | 152,00 | 952,00 |
| 111 | RECETARIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL | formato oficial elaborado por la secretaria de salud del Meta en papel químico original y dos copias tamaño media carta una cara | Unidad | 1 | 17.200,00 | 3.268,00 | 20.468,00 |
| 112 | SOLICITUD COPIA HISTORIA CLINICA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 42.000,00 | 7.980,00 | 49.980,00 |
| 113 | SOLICITUD EXAMEN LABORATORIO CLINICO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 | 42.000,00 | 7.980,00 | 49.980,00 |
| 114 | VALORACION PREANESTESIA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por ambas caras | Resmas de 500 hojas | 1 | 60.500,00 | 11.495,00 | 71.995,00 |
| 115 | VANER IMPRESO PARA PREVENCION | Elaborado en material plástico tamaño 80 x 120 full color | Unidad | 1 | 75.600,00 | 14.364,00 | 89.964,00 |
| 116 | VOLANTE | Elaborado e propalcote tamaño 8.5 X 5.5 cm Full color | Unidad | 1 | 1.500,00 | 285,00 | 1.785,00 |
| 117 | PLEGABLE DE DOS O TRES CUERPOS | Elaborado en papel propalcote 250 0 300 gramos, impresión 4x4 | Unidad | 1 | 2.400,00 | 456,00 | 2.856,00 |
| 118 | SELLO | Para impresión con tinta tamaño media carta | Unidad | 1 | 168.100,00 | 31.939,00 | 200.039,00 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 119 | BRAZALETE | Brazalete brigadista con Porta carnet ,cal 18 medidas 44x 18 Cms cierre velcro color naranja fluorescente | Unidad | 1 | 15.600,00 | 2.964,00 | 18.564,00 |
| 120 | SUMINISTRO DE ADHESIVOS DE SEGURIDAD TIPO SEÑALIZACIÓN PREVENTIVA, DISEÑADOS PARA CONTROL DE ESTACIONAMIENTO EN ÁREAS INSTITUCIONALES | Adhesivo de seguridad tipo P3, con textura satinada, impresión full color de alta calidad y alta adherencia. Diseñado para superficies lisas, con mensaje preventivo sobre restricción de estacionamiento. Incluye borde perimetral en color negro, fondo naranja de alta visibilidad y tipografía legible en color negro. Resistente a condiciones ambientales moderadas. Tamaño media carta. | Media carta | 1 | 20.600,00 | 3.914,00 | 24.514,00 |

**PARÁGRAFO PRIMERO:** El valor global de la presente aceptación de oferta se entiende firme y fijo, y por lo tanto no están sujetos a ninguna clase de reajuste. Igualmente, dentro de este precio, están incluidos los costos proyectados al plazo de ejecución de la presente comunicación de aceptación de oferta y la utilidad razonable que el CONTRATISTA pretende obtener, en consecuencia, no se aceptarán solicitudes de reajustes de precios, invocados con base en estas circunstancias.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Dentro del valor y precios unitarios establecidos en la comunicación de aceptación de oferta se entienden incluidos todos los costos, impuestos, tasas y contribuciones a que haya lugar, así como los costos directos e indirectos que impliquen la ejecución de la comunicación de aceptación de oferta.

**PARÁGRAFO TERCERO:** LA NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL –DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, realizará los pagos en la Cuenta de ahorros N° 84472880984 del BANCOLOMBIA, la cual ha sido acreditada por la empresa COMERCIALIZADORA WILMAR identificada con Matrícula No.: 56891 como de su propiedad.

## 8. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO:

**La DIRECCIÓN DE SANIDAD- DISPENSARIO MEDICO ORIENTE**, se obliga a pagar el 100% del valor del contrato, en pagos parciales a 60 (sesenta) días, al recibido a satisfacción de cada facturación presentada por el contratista, el cual la tramitará a la oficina de facturación y posteriormente será avalada por el supervisor para pago; previo cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) Acta de recibo a satisfacción parcial, expedida por el supervisor, y representante del contratista.
b) Situación de recursos por parte del ministerio de hacienda y crédito público dirección del tesoro nacional. (asignación cupo PAC).
c) Que se ejecuten los demás trámites administrativos correspondientes.
d) Verificación por parte del MDN- EJÉRCITO NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD-DISPENSARIO MEDICO ORIENTE del cumplimiento del contratista del pago de aportes parafiscales y los propios del SENA, ICBF y Cajas De Compensación Familiar.
e) Documento equivalente a factura según artículo 3 del Decreto 522 de 2003.
f) La publicación de las facturas o documentos equivalentes en el SECOP y otros relacionados con la ejecución.

**PARÁGRAFO PRIMERO**. Para efectos de facturación por servicios prestados, Este pago se considera de contado por lo que no se aceptará el cobro de financiación en este caso.
**PARÁGRAFO SEGUNDO**. En el evento de prórroga en la entrega del objeto del contrato, se postergará el pago.
**PARÁGRAFO TERCERO**: El MDN- EJÉRCITO NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD-DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, realizará los pagos en la cuenta.
**PARÁGRAFO CUARTO:** Los precios contenidos en la oferta entregada por el proponente no están sujetos a reajuste ni modificaciones durante la ejecución y/o adiciones que se le realicen en la etapa contractual.

## 9. CONDICIONES TÉCNICAS:

El CONTRATISTA se obliga al cumplimiento de las condiciones técnicas establecidas en el "Especificaciones técnicas de obligatorio cumplimiento" de la invitación pública del proceso de mínima cuantía N° MI-052-DMORI-2026 cuyo objeto es la "**SERVICIO DE RECARGA Y MANTENIMIENTO DE EXTINTORES PARA EL DMORI Y SUS ESM CENTRALIZADOS**". y las Especificaciones técnicas adicionales.

### 9.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

| ITEM | CODIGO SAP | DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA | MEDIDA | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1652224 | AFICHES MEDIO PLIEGO | Elaborado en papel propalcote, tamaño medio pliego, Full color | Unidad | 1 |
| 2 | 1273378 | BITACORA REMISION DE URGENCIAS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Unidad (Resma 500 hojas) | 1 |

| ITEM | CODIGO SAP | DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA | MEDIDA | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 1034429 | BOLETA DE SALIDA DE PACIENTE | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Unidad (Resma 500 hojas) | 1 |
| 4 | 1276984 | CARNET ADULTO MAYOR | Elaborado en papel bond, 75 grs. Impresa a full color Tamaño carta, cartilla por 2 hojas. | Unidad | 1 |
| 5 | 1712419 | CARNET C Y D NIÑAS 0-36 MESES | Debe ser elaborado en cartulina tamaño carta impreso por ambas caras tinta verde | Unidad | 1 |
| 6 | 1712425 | CARNET C Y D NIÑAS 24 - 18 MESES | Debe ser elaborado en cartulina tamaño carta impreso por ambas caras tinta verde | Unidad | 1 |
| 7 | 1712426 | CARNET C Y D NIÑOS DE 3 AÑOS A 18 AÑOS | Debe ser elaborado en cartulina tamaño carta impreso por ambas caras tinta verde | Unidad | 1 |
| 8 | 1274136 | CARNET DE SALUD INFANTIL | Debe ser elaborado en cartulina tamaño carta impreso por ambas caras tinta verde | Unidad | 1 |
| 9 | 1712427 | CARNET DE SALUD MIS MEJORES AÑOS | Elaborado en papel bond, 75 grs. Impresa a full color Tamaño carta, cartilla por 2 hojas, | Unidad | 1 |
| 10 | 1712428 | CARNET PROGRAMA CONTROL RIESGO CARDIOVASCULAR | Debe ser elaborado en cartulina tamaño carta impreso por ambas caras tinta verde | Unidad | 1 |
| 11 | 1712430 | CARNET PROGRAMA SALUD MATERNO PERINATAL | Debe ser elaborado en cartulina tamaño carta impreso por ambas caras tinta verde | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 12 | 1599177 | CARNET PROGRAMA HIPERTENSION Y DIABETES | Elaborado en papel bond, 75 grs. Impresa a full color Tamaño carta, cartilla por 2 hojas, | Unidad | 1 |
| 13 | 1598398 | CERTIFICADO MÈDICO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Resma 500 hojas | 1 |

| ITEM | CODIGO SAP | DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA | MEDIDA | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 1791054 | CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO PARA FFV | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 15 | 1791054 | CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO PARA FFV MENOR DE EDAD | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 16 | 1700615 | CONSENTIMIENTO INF INTERRUPCIÒN VOLUNTARIA EMBARAZO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por las dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 17 | 1791054 | CONSENTIMIENTO INF PROCEDIMIENTOS ENFERMERÌA FROTIS DE FLUJO VAGINAL MENOR DE EDAD | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 18 | 1791054 | CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ODONTOPEDIATRIA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso ambas caras dos hojas | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 19 | 1790994 | CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDODONCIA CARTA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso ambas caras dos hojas | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 20 | 1712436 | CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 21 | 1791054 | CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA INFECCIONES RESPIRATORIAS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |

| ITEM | CODIGO SAP | DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA | MEDIDA | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 22 | 1791054 | CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA MENOR DE EDAD Y/O ADULTO MAYOR QUE REQUIERE ACOMPAÑA | formato en papel bond, tamaño media carta, una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 23 | 1598400 | CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA VIH | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 24 | 1712449 | CONTROL DE CURVA TERMICA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 25 | 1712449 | CONTROL DE ESTERILIZACION | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 26 | 1712449 | CONTROL DE GLUCOMETRIAS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 27 | 1046654 | EDICION LIBROS /REVISTAS ESCRITOS / TRABAJOS TIPOGRÀFICOS | Elaborados en pasta dura tamaño carta enmarcados en letra dorada | Tomo máximo 200 hojas | 1 |
| 28 | 1143434 | ESCALA ABC INSTRUMENTAL PARA MIRA FUNCIONALIDAD ADULTO MAYOR | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 29 | CREAR | ESCALA BARTHEL PARA VALORACION FUNCIONAL PARA EL ADULTO MAYOR | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 30 | 1791937 | ESCALA YESAVEGE IDENTIFICACION GRADO DEPRESION ADULTO MAYOR | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 |

| ITEM | CODIGO SAP | DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA | MEDIDA | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 31 | 1312173 | FICHA EPIDEMIOLOGICA PROGRAMA SALUD ORAL | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño oficio impreso por las dos cara dos hojas | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 32 | 1274129 | FOLLETO SALUD ORAL GESTANTE | Elaborado en papel propalcote, tamaño 1/8 Full color | Unidad | 1 |
| 33 | 1274114 | FOLLETO VARIOS: CAMPAÑA PROMOCION Y PREVENCION HABITOS SALUDABLES | Elaborado en papel propalcote, tamaño 1/8 Full color | Unidad | 1 |
| 34 | 1274114 | FOLLETO VARIOS: SALAS E.R.A | Elaborado en papel propalcote, tamaño 1/8 Full color | Unidad | 1 |
| 35 | 1791054 | FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DFECLARACION DE RIESGOS PARA POSIBLES COMPLICACIONES RELACIONADOS CON LA APLICACION DE ANESTESIA LOCAL | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 36 | 1791054 | FORMATO DE AUTORIZACIONES | Debe ser elaborado en papel químico tamaño media carta impreso una cara con copia y enumerados | Talonario x 50 hojas (original en blanco y azul la copia) | 1 |
| 37 | 1791054 | FORMATO ALTERACIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO NIÑA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso dos caras 7 hojas | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 38 | 1791054 | FORMATO ALTERACIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO NIÑO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso dos caras 6 hojas | Resmas de 500 hojas | 1 |

| ITEM | CODIGO SAP | DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA | MEDIDA | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 39 | 1791054 | FORMATO ATENCIÓN INTEGRAL AL LACTANTE DE 2 MESES | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso ambas caras dos hojas | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 40 | 1791063 | FORMATO ATENCION PLANIFICACION FAMILIAR | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por las dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 41 | 1789455 | FORMATO ATENCION PRIORITARIA (TRIAGE) | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 42 | 1789441 | FORMATO AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA ´PROCEDIMIENTO QUIRURGICO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 43 | 1791060 | FORMATO CARTA DENTAL PERIODICO CARTA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño oficio impreso por las dos cara dos hojas | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 44 | 1143466 | FORMATO CERTIFICADO ODONTOLOGICO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 45 | 1143457 | FORMATO COMPROMISO CONTROL PRENATAL | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 46 | 1791054 | FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMEN PRUEBA DE EMBARAZO EN MENORES DE EDAD | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 47 | 1791054 | FORMATO CONSENTIMIENTO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta | Resmas de 500 hojas | 1 |

| ITEM | CODIGO SAP | DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA | MEDIDA | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| | | INFORMADO PARA ACTOS DE CUIDADO EN ENFERMERÍA | impreso por ambas caras dos hojas | | |
| 48 | 1791054 | FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA DETENCIÓN DE METABOLITOS DE DROGAS EN ORINA, SUST PSICOACTIVAS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 49 | 1789447 | FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PSICOLOGÌA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 |
| 50 | 1712444 | FORMATO CONTROL DE LIQUIDOS | Debe ser elaborado en papel Bond tamaño media carta, original con copia papel químico | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 51 | 1598408 | FORMATO CONTROL DE MEDICAMENTOS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 52 | 1361527 | FORMATO DE CONTROL ESPECIAL DE SIGNOS VITALES | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 53 | 1213084 | FORMATO DE EVALUACION EXAMEN DE MAMA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño oficio impreso ambas caras | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 54 | 1598341 | FORMATO DE INSTRUCCIONES PARA CIRUGÍA | debe ser elaborado en papel periódico tamaño 9 x 16 cm impreso por una cara talonario por 50 hojas | talonarios x 50 hojas | 1 |
| 55 | 1791054 | FORMATO DE OPTOMETRÌA | Debe ser elaborado en papel bond base media carta enumerado | Talonario x 50 hojas | 1 |

| ITEM | CODIGO SAP | DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA | MEDIDA | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 56 | 1712461 | FORMATO DE QUEJAS Y RECLAMOS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 |
| 57 | 1598413 | FORMATO DE RIESGO DE CAIDA EN EL ADULTO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 58 | 1371972 | FORMATO EVALUACION PSICOLOGICA OFICIO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 |
| 59 | 1791052 | FORMATO EXAMENES VARIOS TAMAÑO MEDIA CARTA | Debe ser elaborado en papel Bond tamaño media carta, original , talonarios por 50 formulas | talonarios x 50 hojas | 1 |
| 60 | 1791043 | FORMATO EXCUSA DEL SERVICIO TEMPORAL PERMANENTE | Debe ser elaborado en papel quimico, tamaño media carta, original y copia, numeradas | Talonarios cada uno de 50 formulas original y copia | 1 |
| 61 | 1791046 | FORMATO HISTORIA CLÍNICA DE APERTURA TAMAÑO CARTA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 |
| 62 | 1789456 | FORMATO HISTORIA CLINICA PERINATAL CARTA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 63 | 1598421 | FORMATO HISTORIA CLINICA PRENATAL | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 64 | 1712484 | FORMATO HOJA CONTROL NEUROLÓGICO ADULTO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 65 | 1712484 | FORMATO HOJA CONTROL NEUROLÓGICO PEDIATRICA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |

| ITEM | CODIGO SAP | DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA | MEDIDA | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 66 | 1598410 | FORMATO HOJA DE EVOLUCIÓN DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por las dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 67 | 1598410 | FORMATO HOJA DE EVOLUCION MEDICA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por las dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 68 | 1701665 | FORMATO HOJA DE GASTOS PROCEDIMIENTOS QUIRÙRGICOS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 69 | 1210997 | FORMATO HOJA DE RECUPERACIÓN | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por las dos cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 70 | 1789436 | FORMATO KARDEX SERV. HOSP TAMAÑO CARTA | Debe ser elaborado en cartulina tamaño carta, impreso por ambas caras | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 71 | 1789473 | FORMATO KARDEX DE LABORATORIO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 72 | 1371087 | FORMATO NOTAS DE ENFERMERÍA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por las dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 73 | 1598339 | FORMATO ORDEN DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA | Debe ser elaborado en papel Bond tamaño media carta, original , talonarios por 50 formulas | talonarios x 50 hojas | 1 |
| 74 | 1209818 | FORMATO PARADA DE SEGURIDAD | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta original impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 75 | 1598339 | FORMATO PROGRAMACION SALAS DE CIRUGIA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 |
| 76 | 1598344 | FORMATO REGISTRO DE ANESTESIOLOGÍA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por ambas caras | Resmas de 500 hojas | 1 |

| ITEM | CODIGO SAP | DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA | MEDIDA | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 77 | 1361527 | FORMATO REGISTRO DE SIGNOS VITALES PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LEISHMANIASIS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 78 | 1789471 | FORMATO REGISTRO PSICOLOGIA CARTA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 |
| 79 | 1074616 | FORMATO REPORTE DE MATERIAL UTILIZADO EN UNA SALA DE CIRUGÍA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por ambas caras debe ser enumeradas | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 80 | 1712490 | FORMATO SERVICIO DE AUDIOLOGÍA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por ambas caras | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 81 | 1789442 | FORMATO SERVICIO DE FISIOTERAPIA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 82 | 1791054 | FORMATO TOMA DE CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 |
| 83 | 1598339 | FORMATO-HOJA- DE RECUENTO QUIRÙRGICO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 |
| 84 | 1712462 | FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA | Debe ser elaborado en papel químico, tamaño 35 x 20 cms, original y copia, numeradas, perforadas, impreso por una cara | Talonario X 25 juegos (original en blanco, copia en azul) | 1 |
| 85 | 1790989 | FORMATOS ESCALA RIESGO BIOPSICOSOCIAL | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |

| ITEM | CODIGO SAP | DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA | MEDIDA | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 86 | 1312175 | FORMATOS REGISTRO CONTROL DE ESTERILIZACIÓN QUÍMICO BIOLÓGICO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño oficio impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 87 | 1791061 | FORMATOS SECCIÓN DE ODONTOLOGÍA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 88 | 1712474 | FORMULA MEDICA | Debe ser elaborado en papel químico, tamaño media carta, original y copia, numeradas, talonarios por 50 formulas | talonarios por 50 formulas | 1 |
| 89 | 1598417 | HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 90 | 1598418 | HISTORIA CLINICA MEDICA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 91 | 1712480 | HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño oficio impreso por las dos cara dos hojas | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 92 | 1712482 | HISTORIA CLINICA PSICOLOGIA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 |
| 93 | 1790997 | HISTORIA CLINICA URGENCIAS ODONTOLOGICA CARTA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 94 | 1210998 | HOJA DE SOLICITUD ESTUDIO DE ESPECIMENES QUIRÙRGICOS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 95 | 1712495 | INCAPACIDAD MEDICA | Debe ser elaborado en papel químico, tamaño media carta, original y copia, numeradas | Talonarios cada uno de 50 juegos (original | 1 |

| ITEM | CODIGO SAP | DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA | MEDIDA | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | blanca, copia azul) | |
| 96 | CREAR | INFORMACIÒN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS | Debe ser elaborado en papel bond tamaño media carta original, impreso full color | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 97 | 2501261 | LISTA DE CHEQUEO PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TRANSFUSION SANGUINEA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño oficio impreso por una cara y la parte III solo se diligencia cuando el paciente presenta reacción adversa transfusional R.A.T | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 98 | CREAR | MIMENTAL TEST PARA DETERIORO COGNITIVO EN ADULTO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 99 | 1037641 | MMPI II HOJAS DE RESPUESTA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 |
| 100 | 1658409 | MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO TRANSFUSIONAL | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por ambas caras dos hojas | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 101 | 1658409 | MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO OXIGENO DOMICILIARIO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 |
| 102 | 1658409 | MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LEISHMANIASIS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 103 | 1658409 | MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOME DE | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por ambas caras | Resmas de 500 hojas | 1 |

| ITEM | CODIGO SAP | DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA | MEDIDA | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| | | MUESTRAS EXÁMENES F.F.V.F.U EN EL LABORATORIO CLÍNICO | | | |
| 104 | 1658409 | MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por ambas caras | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 105 | 1658409 | MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO SAHOS | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resma 500 hojas | 1 |
| 106 | 1712456 | MODELO CONSENTIMIENTO: INFORMADO PARA TERAPIA RESPIRATORIA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por dos caras | Resma 500 hojas | 1 |
| 107 | 1266922 | PENDONES | Elaborado en Banner con soporte para colgar, tamaño de 60X90 cms, impresión digital. | Unidad | 1 |
| 108 | 1266922 | PENDONES | Elaborado asi :1x2 metros Material: Banner 13 onzas exterior tintas: full policromía Tintas en material Tubos arriba y abajo y ojaletes en las cuatro esquinas Resolución.720 DPI 1 X 1 | Unidad | 1 |
| 109 | 1266922 | PORTA PENDON | Adaptable a cualquier tamaño, estructura metálica en bolsa plástica Referencia:1 Medidas 80 ancho X 180 de alto 1 X 17 | Unidad | 1 |
| 110 | 2501083 | PULSERA DE IDENTIFICACION POR COLORES ADHESIVA | Pulsera para identificación de pacientes adhesiva, colores (rojo, amarillo, azul, verde, lila, naranja), largo 22cm, ancho 3cm, con logo del DMORI e | Unidad | 1 |

| ITEM | CODIGO SAP | DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA | MEDIDA | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | identificación (Nombre: HC: FN: Edad: Sexo: Dx: Servicio: F/Ingreso:) | | |
| 111 | 1598416 | RECETARIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL | formato oficial elaborado por la secretaria de salud del Meta en papel químico original y dos copias tamaño media carta una cara | Unidad | 1 |
| 112 | 1312171 | SOLICITUD COPIA HISTORIA CLINICA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 113 | 1273377 | SOLICITUD EXAMEN LABORATORIO CLINICO | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por una cara | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 114 | 1712532 | VALORACION PREANESTESIA | Debe ser elaborado en papel bond base 20 tamaño carta impreso por ambas caras | Resmas de 500 hojas | 1 |
| 115 | 1391501 | VANER IMPRESO PARA PREVENCION | Elaborado en material plástico tamaño 80 x 120 full color | Unidad | 1 |
| 116 | 1352100 | VOLANTE | Elaborado e propalcote tamaño 8.5 X 5.5 cm Full color | Unidad | 1 |
| 117 | 1281221 | PLEGABLE DE DOS O TRES CUERPOS | Elaborado en papel propalcote 250 0 300 gramos, impresión 4x4 | Unidad | 1 |
| 118 | 2582745 | SELLO | Para impresión con tinta tamaño media carta | Unidad | 1 |
| 119 | CREAR | BRAZALETE | Brazalete brigadista con Porta carnet ,cal 18 medidas 44x 18 Cms cierre velcro color naranja fluorescente | Unidad | 1 |
| 120 | 1732326 | SUMINISTRO DE ADHESIVOS DE SEGURIDAD TIPO SEÑALIZACIÓN PREVENTIVA, DISEÑADOS PARA CONTROL DE | Adhesivo de seguridad tipo P3, con textura satinada, impresión full color de alta calidad y alta adherencia. Diseñado para superficies lisas, con mensaje preventivo sobre restricción de estacionamiento. Incluye borde | Media carta | 1 |

| ITEM | CODIGO SAP | DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA | MEDIDA | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ESTACIONAMIENTO EN ÁREAS INSTITUCIONALES. | perimetral en color negro, fondo naranja de alta visibilidad y tipografía legible en color negro. Resistente a condiciones ambientales moderadas. Tamaño media carta. | | |

**ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO**

**COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO:** El proponente debe manifestar por escrito que se compromete a cumplir con los requisitos Técnicos Mínimos para todos los materiales, y las fechas de entrega convenidas.

**CONSTANCIA DE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO:** El proponente (persona jurídica o persona natural) deberá certificar que cuenta con establecimiento de comercio ubicado en el municipio de Villavicencio.

**COMPROMISO DE TIEMPOS DE RESPUESTA:** El oferente debe presentar con la oferta una carta firmada por el representante legal donde se comprometa a disponer de una persona para la coordinación de la ejecución del contrato y termino de respuesta a partir de que se informa al proveedor de un requerimiento no debe superar las 24 horas.

La información suministrada, se entiende bajo la gravedad del juramento y debe ser correlativa a la documentación aportada.

**NOTA:** Únicamente se podrá acreditar la experiencia requerida cuando el proponente haya desarrollado de manera directa las actividades que constituyen tal experiencia para el presente proceso de contratación.

**EXPERIENCIA EN EL MERCADO: Certificado de existencia y representación legal.** El oferente debe garantizar mediante certificado de existencia y representación legal vigente con fecha de expedición no mayor a 30 días Calendario, que la sociedad lleva más de tres (3) años de constituida y que su objeto social está dirigido a la prestación del servicio de **SUMINISTRO DE REVISTAS, EDICIÓN DE LIBROS, ESCRITOS Y TRABAJOS TIPOGRÁFICOS. (IMPRESOS Y PUBLICACIONES)**.

## 10. GARANTÍAS SOLICITADAS:

El CONTRATISTA, se obliga a constituir en una compañía de seguros o entidad bancaria o lo que aplique según el Decreto 1082 de 2015, legalmente constituida en Colombia una garantía única a favor de la **NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE**, NIT 901.541.154-5, según lo establecido en el artículo 7 de la Ley 1150 de 2007, la que será aprobada por el Ordenador del Gasto, indicando como vigencia inicial la de la suscripción del contrato, que cubra los siguientes amparos:

| Amparo | Vigencia | Valor Asegurado |
|---|---|---|
| **Cumplimiento general del contrato** y el pago de las multas y la cláusula penal pecuniaria que se le impongan | Durante el plazo ejecución hasta la liquidación del contrato. Cuando el contrato sea modificado en tiempo y/o valor, esta garantía deberá modificarse extendiendo su vigencia y/o su valor según sea el caso | Su cuantía será equivalente al **30%** del valor total del contrato |
| **Calidad del bien y/o servicio** | Cubrirá el plazo de ejecución del contrato y seis (6) meses más. Cuando el contrato sea modificado en tiempo y/o valor, esta garantía deberá modificarse extendiendo su vigencia y/o su valor según sea el caso. | Su cuantía será equivalente al **30%** del valor total del contrato |
| **pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales** | La cual permanecerá vigente por un tiempo igual al plazo de ejecución del contrato y tres (3) años más. Cuando el contrato sea modificado en tiempo y/o valor, esta garantía deberá modificarse extendiendo su vigencia y/o su valor según sea el caso. | Cinco por ciento (5%) del valor del contrato |

**PARÁGRAFO PRIMERO:** En la póliza o su equivalente deberá constar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y de la cláusula penal pecuniaria convenidas. En todo caso deberá reponer la garantía cuando el valor de esta se vea afectada por razón de siniestros, dentro de los tres (03) días calendarios siguientes a la ejecutoria del acto o sentencia que así lo declare.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** En la póliza, deberá constar expresamente que la aseguradora renuncia al beneficio de excusión. Si el CONTRATISTA, se negara a constituir la garantía única en los términos, cuantía y duración establecidos en esta Cláusula, LA NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, podrá aplicar las sanciones contractuales a que haya lugar.

**PARÁGRAFO TERCERO:** El contratista se obliga a mantener indemnes todos los amparos de la garantía única de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa las actuaciones del Contratista.

### 10.1. RESTABLECIMIENTO O AMPLIACIÓN DE LA GARANTÍA.

De acuerdo con lo estipulado en el art. 2.2.1.2.3.1.18 del Decreto 1082 de 2015, no obstante, cuando el CONTRATISTA incumpla su obligación de obtener, ampliar o adicionar la garantía deberá restablecerla a más tardar dentro de los cinco (5) días siguientes al requerimiento efectuado por el Ordenador del Gasto o Competente Contractual. En su defecto, la administración se reserva el derecho de solicitar unilateralmente al garante el restablecimiento de la garantía única establecida, aspecto que deberá ser previamente consignado en el contrato.
NOTA: El hecho de la constitución de estos amparos no exonera al contratista de las responsabilidades legales en relación con los riesgos asegurados. Dentro de los términos estipulados en el contrato, ninguno de los amparos otorgados podrá ser cancelado o modificado sin la autorización expresa de la Entidad contratante.
El CONTRATISTA deberá mantener vigente las garantías, amparos y pólizas a que se refiere esta cláusula y serán de su cargo el pago de todas las primas y demás erogaciones de constitución, mantenimiento y restablecimiento inmediato de su monto, cada vez que se disminuya o agote por razón de las sanciones que se impongan.
Si el CONTRATISTA se demora en modificar las garantías, éstas podrán variarse por la aseguradora o banco a petición del DISPENSARIO MEDICO ORIENTE y a cuenta del contratista quien por la firma del contrato que se le adjudique autoriza expresamente al Dispensario Médico Oriente para retener y descontar los valores respectivos de los saldos que hubiere a su favor, sin que por ello se entienda que la Dispensario Médico Oriente asume la responsabilidad de la ampliación de los amparos y pago de las primas, los cuales son responsabilidad del CONTRATISTA.

## 11. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

**CONTRATISTA:** El CONTRATISTA se obliga con el Dispensario Médico Oriente:
Además de las obligaciones inherentes a la naturaleza y esencia del presente contrato, el contratista se obliga a:

## OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

1. Suscribir el contrato en físico y en el SECOP II
2. Cumplir con las especificaciones técnicas de conformidad con el Estudio Previo de acuerdo al suministro a realizar.
3. Suscribir las modificaciones acordadas entre las partes, para efectos de garantizar la correcta ejecución y el cumplimiento idóneo y oportuno del objeto contratado.
4. No suministrar ninguna clase de información o detalle a terceros y mantener como documentación clasificada todos los aspectos relacionados con la comunicación de aceptación de oferta y que hayan sido catalogados dentro de esta categoría por parte de la Entidad.
5. Mantener la debida reserva respecto de los asuntos técnicos del DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE, conocidos por el CONTRATISTA durante el desarrollo de la comunicación de aceptación de oferta o con posterioridad a la misma.
6. Constituir las garantías solicitadas en la aceptación de la oferta.

7. Cumplir con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral, parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), lo cual deberá acreditar debidamente para suscripción del contrato y para hacer efectivo los pagos.
8. Cargar dentro de la plataforma SECOP los documentos que en calidad de contratista deba cargar en la ejecución del contrato.
9. Presentar dentro del plazo de ejecución del contrato en medio magnético y físico al supervisor del contrato la información técnica necesaria para la identificación de cada uno de los elementos incluidos en el acuerdo de voluntades, para lo que deberá diligenciar la plantilla de catalogación, cuando aplique.
10. Todas las demás en cumplimiento a las normas legales vigentes.

## OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA

11. Suscribir el contrato en físico y en el SECOP II
12. Cumplir con las especificaciones técnicas de conformidad con el Estudio Previo de acuerdo al suministro a realizar.
13. Suscribir las modificaciones acordadas entre las partes, para efectos de garantizar la correcta ejecución y el cumplimiento idóneo y oportuno del objeto contratado.
14. No suministrar ninguna clase de información o detalle a terceros y mantener como documentación clasificada todos los aspectos relacionados con la comunicación de aceptación de oferta y que hayan sido catalogados dentro de esta categoría por parte de la Entidad.
15. Mantener la debida reserva respecto de los asuntos técnicos del DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE, conocidos por el CONTRATISTA durante el desarrollo de la comunicación de aceptación de oferta o con posterioridad a la misma.
16. Constituir las garantías solicitadas en la aceptación de la oferta.
17. Cumplir con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral, parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), lo cual deberá acreditar debidamente para suscripción del contrato y para hacer efectivo los pagos.
18. Cargar dentro de la plataforma SECOP los documentos que en calidad de contratista deba cargar en la ejecución del contrato.
19. Presentar dentro del plazo de ejecución del contrato en medio magnético y físico al supervisor del contrato la información técnica necesaria para la identificación de cada uno de los elementos incluidos en el acuerdo de voluntades, para lo que deberá diligenciar la plantilla de catalogación, cuando aplique.
20. Todas las demás en cumplimiento a las normas legales vigentes.

## OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA

1. Proveer a su costo, todos los servicios necesarios para el cumplimiento de los objetivos y funcionalidades requeridas en el presente contrato.

2. Informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que se presente en el curso de la ejecución del mismo.
3. Entregar al supervisor del contrato el certificado de aportes parafiscales debidamente suscrito por el representante legal o Revisor Fiscal, cuando aplique.
4. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.
5. Responder en los plazos que el CONTRATANTE establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.
6. Entregar factura al supervisor del contrato, presentando al MDN- EJÉRCITO NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD- DISPENSARIO MEDICO ORIENTE en la sección de presupuesto las facturas a nombre de la Dirección General de Sanidad Militar – Dispensario Médico Oriente con NIT Nº 901541154-5 los cinco (5) primeros días del mes facturado, Radicar las facturas; anexando tres copias de la siguiente documentación:

    a. Original de la factura (3 copias)

NOTA: De conformidad con el Artículo 47 de la Ley 594 de 2000, los documentos de archivo, sean originales o copias deberán elaborarse en soportes de comprobada durabilidad y calidad, de acuerdo con las normas nacionales o internacionales que para el efecto sean acogidas por el Archivo General de la Nación. Para el efecto, el contratista deberá entregar la documentación en folios completos para sus respectivos pagos (No en medias hojas).

    b. Póliza y Aprobación de póliza
    c. Contrato (3 copias)
    d. Aportes parafiscales (3 copias)

Si el oferente maneja Operador tecnológico deberá allegar su facturación como se indica en la siguiente imagen:

C. **Con el fin de identificar y direccionar correctamente la factura para la respectiva aprobación o rechazo, el proveedor debe diligenciar en su factura electrónica de venta en la sección de "Notas Finales" u "observaciones", lo siguiente: código de identificación de la entidad a la cual le van a enviar la factura (PCI)[8], número del contrato, y correo del supervisor, debidamente separados por punto y coma (;) entre #$ al inicio y #$ final, sin espacios según la siguiente estructura:**

**#$15-01-11-XXX;numerocontrato;pedro.perez@xxxx#$**

**Ejemplo:**

**#$15-01-11-XXX; numerocontrato;pedro.perez@sanidadfuerzasmilitares.mil.co#$**

**#$15-01-11-XXX; numerocontrato;pedro.perez@armada.mil.co#$**

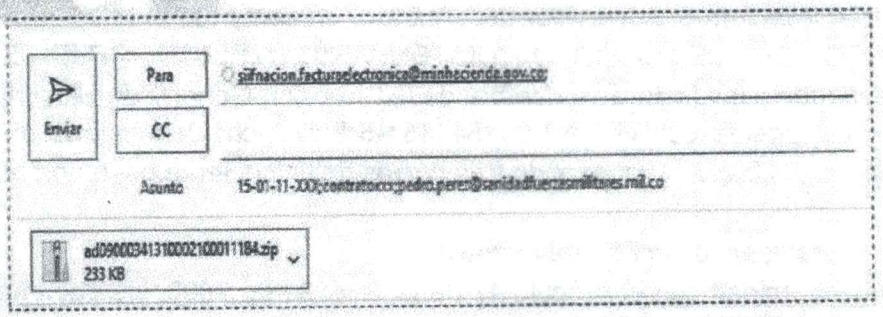
**#$15-01-11-XXX; numerocontrato;pedro.perez@buzónejército.mil.co#$**

**#$15-01-11-XXX;numerocontrato;pedro.perez@fac.mil.co#$**

**$#15-01-11-081;CTO000DMORI;carteradmorifacturacion@gmail.com$#**
**Para el caso coloca el número del contrato correspondiente ejemplo 000**

Si el oferente no maneja operador tecnológico deberá enviar su facturación de acuerdo a la siguiente imagen:

F. Enviar al buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el contenedor electrónico – Documento zip (PDF, XML), referenciando en el asunto de este correo el código de identificación (PCI) del Establecimiento de Sanidad Militar al cual pertenece el contrato o el servicio de urgencias, datos del contrato y correo del supervisor, debidamente separados por punto y coma (;), según el ejemplo:




Para enviar factura a factura de acuerdo a ejemplo

PARA; Siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
AUNTO; 15-01-11-081; CTO000DMORI;carteradmorifacturacion@gmail.com

**EL CONTRATISTA**: Además de las obligaciones inherentes a la naturaleza y esencia del presente contrato, EL CONTRATISTA se obliga con el Dispensario Médico Oriente a:

1. Suscribir el contrato ofrecido.
2. Acreditar que el objeto social y/o actividad mercantil principal de la sociedad se encuentre directamente relacionada con el objeto del contrato.
3. Acreditar la suficiencia de la capacidad legal del representante legal para la presentación de la propuesta y para la suscripción del contrato.
4. Se obliga a suministrar los elementos objeto de este contrato, con el respaldo de marcas reconocidas en el país.
5. Suministrar oportunamente todos los informes que requiera el supervisor, necesarios para cumplir con los programas, plazos y especificaciones técnicas del objeto contratado.
6. Dar cumplimiento a los requerimientos exigidos por el supervisor y los documentos del contrato.
7. El contratista se obliga a efectuar las entregas de los insumos o elementos en el **ALMACÉN DEL DISPENSARIO MÉDICO ORIENTE** con un representante de su entidad sin ningún costo adicional para la entidad.
8. Constituir las pólizas y garantías de acuerdo a los requerimientos y en los términos fijados.
9. Acreditar que ha dado cumplimiento y se encuentra a paz y salvo frente a las obligaciones con el Sistema Integral de Seguridad Social salud, riesgos profesionales, pensiones y

aportes parafiscales y a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje).

10. Asistir a las citaciones de la Dirección de la Entidad en forma verbal o por escrito. El retardo o la mora en el cumplimiento se entenderá cuando la administración o la interventoría haya señalado plazos fijos, ciertos y determinados para cumplir aún sin requerir solicitud escrita.
11. El contratista deberá cumplir en su integridad con la totalidad de las obligaciones laborales con sus trabajadores o terceros que de una manera u otra incida para la ejecución del objeto del contrato.
12. Cumplir con las especificaciones técnicas de la Invitación y de su oferta, en los términos allí previstos.
13. No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios del MDN- EJÉRCITO NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD- DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE o participantes directas o indirectamente en cualquier momento u oportunidad, antes, durante o después de la suscripción del presente contrato.
14. Entregar documentación pertinente al objeto del contrato.
15. Certificar una cuenta de ahorros o corriente para efectos del pago del contrato.
16. Cumplir con el suministro objeto del presente contrato de conformidad con las solicitudes que le formule el MDN- EJÉRCITO NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD- DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE a través del supervisor del contrato.
17. Deberá dar cumplimiento a las obligaciones determinadas en los documentos precontractuales al igual que las ofertadas en su correspondiente ofrecimiento.
18. Cumplir con el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad. Por lo tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación, ni vínculo laboral alguno del CONTRATISTA con el MDN- EJÉRCITO NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD- DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE.
19. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales y en general se obliga a cumplir con lo establecido en la Ley 80 de 1993 y Ley 1150 de 2007.
20. Responder por sus actuaciones y omisiones derivados de la celebración del presente contrato, y de la ejecución del mismo, de conformidad con lo establecido en la ley 80 de 1993.
21. Aceptar la tasación y descuento de penas parciales frente al incumplimiento de obligaciones administrativas.
22. Todas las demás en cumplimiento a las normas legales vigentes.

**DISPENSARIO MEDICO ORIENTE:** El Dispensario Médico Oriente se obliga para con el CONTRATISTA:

1. Cumplir las obligaciones inherentes a la naturaleza del contrato y las derivadas de las disposiciones legales vigentes que regulan su actividad.

2. Recibir a satisfacción el objeto contratado, cuando estos cumplan con las condiciones establecidas en el presente estudio y en el respectivo contrato.
3. Pagar al CONTRATISTA en la forma pactada en el respectivo contrato y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto.
4. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que se requieran para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del presente contrato.
5. Velar por el cumplimiento de todas las cláusulas contractuales.
6. Exigir al CONTRATISTA la ejecución idónea y oportuna del objeto del contrato,
7. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar.
8. Exigir la calidad de los bienes requeridos para el cumplimiento del objeto del contrato.
9. Corregir los desajustes que pudieran presentarse y acordar los mecanismos y procedimientos pertinentes y solucionar eficazmente las diferencias o situaciones litigiosas que llegaren a presentarse.
10. Resolver las peticiones presentadas por el proponente interesado en el proceso en los términos consagrados por la ley.
11. Cumplir y hacer cumplir las condiciones pactadas en el contrato y en los documentos que de él forman parte.
12. Ejercer la supervisión mediante la interventoría contratada para llevar el control general del contrato.
13. Formular las sugerencias por escrito sobre los asuntos que estime convenientes en el desarrollo del contrato, sin perjuicio de la autonomía propia del contratista
14. Cumplir con las condiciones establecidas en la ley, los estudios previos y la invitación pública.
15. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y obstáculos que puedan presentarse y en general se obliga a cumplir con lo establecido en la Ley 80 de 1993 y Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011.
16. Responder por sus actuaciones y omisiones derivadas de la celebración del contrato y de la ejecución de este, de conformidad con lo establecido en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011 y Decretos reglamentarios.
17. Mantener actualizado su domicilio durante la vigencia del contrato y presentarse al CONTRATANTE en el momento en que sea requerido por el mismo para la suscripción de la correspondiente Acta de Liquidación, en caso de que el mismo no se presente dentro del término establecido para la liquidación, la entidad procederá a efectuar la terminación unilateral.
18. Dar cumplimiento al objeto del presente contrato, dentro del plazo establecido. Así mismo, deberá acatar la totalidad de las obligaciones contenidas en el respectivo contrato.
19. Durante la ejecución del contrato deberá cumplir con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral, parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, SENA e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), teniendo en cuenta que el pago de estas obligaciones deberá acreditarse para iniciar la ejecución y para hacer efectivo los pagos (en los casos que aplique, de acuerdo con lo contenido en la Ley 1607 de 2012 y Decreto 1828 de 2013 modificado por el Decreto 014 de 2014).
20. Acatar la Constitución, la Ley y demás normas pertinentes.

21. Desarrollar el objeto contractual de una forma oportuna, esto es dentro de los plazos pactados, el cual debe ser recibido a satisfacción por el supervisor del contrato.
22. Soportar la ejecución del contrato a través de facturas de acuerdo con los servicios prestados.
23. Poner en conocimiento del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-EJÉRCITO NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO cualquier situación irregular que se presente o que requiera de su participación.
24. Constituir y aportar las garantías exigidas en el contrato, dentro del plazo establecido por el MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-EJÉRCITO NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO.
25. Allegar Certificación bancaria original expedida dentro de los últimos treinta (30) días calendario anteriores a la expedición del contrato, dentro del plazo establecido por APOYO LOGÍSTICO.
26. Responder, sin perjuicio de la respectiva garantía, por la calidad de los servicios que se requieren.
27. Cumplir con las condiciones técnicas, jurídicas, económicas, financieras y comerciales presentadas en la propuesta.
28. Mantener en forma permanente altos niveles de eficiencia en la atención de sus obligaciones.
29. Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato le imparta APOYO LOGÍSTICO, a través de los funcionarios que ejercen el control de la ejecución.
30. Salvaguardar la información confidencial que obtengan en desarrollo de sus actividades.
31. Dar estricto cumplimiento a los términos pactados en el contrato y por ningún motivo abandonar la ejecución de este.
32. Suscribir las modificaciones acordadas entre las partes, para efectos de garantizar la ejecución y el cumplimiento idóneo y oportuno del objeto contratado.
33. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de obligarlos a hacer u omitir algún acto o hecho, debiendo informar inmediatamente a APOYO LOGÍSTICO, a través del funcionario responsable del control de ejecución acerca de la ocurrencia de tales peticiones o amenazas y a las demás autoridades competentes para que se adopten las medidas y correctivos que fueren necesarios.
34. Dar cumplimiento a los requisitos para el perfeccionamiento y ejecución del contrato.
35. Cancelar todos los derechos e impuestos que se derivan con ocasión del contrato, establecidos o que se establezcan en el país, de acuerdo con las leyes colombianas.

## 12. SUPERVISOR

La supervisión del presente contrato se llevará acabo de acuerdo con el nombramiento realizado mediante resolución N° 058 de fecha 04 de MARZO de 2026, estará a cargo de la señora: AS21. BERTA ISABEL SIERRA LOPEZ, Técnico en apoyo en seguridad y salud en el trabajo, en el Dispensario Médico Oriente.

Quien deberá supervisar el desarrollo y ejecución del contrato, ejercerá las actividades de supervisión y control de la ejecución del contrato que le corresponden directamente, y tendrá las siguientes facultades básicas:

Exigir al CONTRATISTA, la información que consideren necesaria para verificar la correcta ejecución del presente contrato. El CONTRATISTA, está obligado a suministrar la información solicitada

inmediatamente, a no ser que, se convenga un plazo cuando la naturaleza de la información exigida así lo requiera.

1. Verificar directamente que el CONTRATISTA cumpla las condiciones de ejecución del presente contrato, según los términos en los que se ha convenido, y requerir al CONTRATISTA para que corrija los incumplimientos.
2. Aprobar o improbar, en los términos y con los efectos previstos en este contrato, el cumplimiento de las obligaciones desarrolladas, verificar mediante visitas o mediante el examen de los documentos que LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, considere pertinentes, las condiciones de ejecución del contrato, y verificar que su resultado se ajuste a los términos del presente contrato.
3. Verificar el cumplimiento de los programas de higiene y seguridad industrial y de capacitación del personal al servicio del CONTRATISTA (si aplica).
4. En caso de terminación anticipada del contrato por mutuo acuerdo de las partes, adelantar las labores pertinentes para determinar el valor de las compensaciones mutuas.
5. En general, vigilar y controlar que el CONTRATISTA cumpla con sus obligaciones para el normal desarrollo y ejecución del presente contrato.

**TENDRÁ LAS SIGUIENTES FACULTADES EN PARTICULAR:**

- Suscribir las Actas de Recibo Parcial y/o Total, respecto a la ejecución y cumplimiento del objeto del presente contrato.
- Rendir informes periódicos mensuales y cuando lo considere necesario, al que LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE – Ordenador del Gasto, sobre el avance y ejecución del contrato.
- Verificar la correcta ejecución y cumplimiento del contrato.
- Exigir el cumplimiento del contrato en todas y cada una de sus partes.
- Atender y resolver en coordinación con LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, todas las consultas sobre omisiones, errores, discrepancias o aclaraciones y complemento en las especificaciones técnicas.
- Deberá verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones Parafiscales, de conformidad con lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, y en el Artículo 1 de la Ley 828 de 2003.
- Las demás atribuciones que se contemplen en la ley y los documentos del contrato y las demás funciones de acuerdo con la resolución N° 4130 del 16 de junio de 2022, "Por la cual se expide el Manual de Contratación y de Convenios" del Ministerio de Defensa Nacional y sus Unidades Ejecutoras.

**13. INDEMNIDAD:**

El CONTRATISTA, se compromete a mantener indemne a LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, de cualquier daño o perjuicio originado en reclamación, demanda o acción legal proveniente de terceros, que se derive de la acción u omisión del CONTRATISTA, sus subcontratistas o dependientes a su cargo durante la ejecución del contrato; de conformidad con lo establecido en el artículo en el decreto 1082 de 2015.

**14. CADUCIDAD ADMINISTRATIVA:**

Son Causales de Caducidad Administrativa del presente contrato, incurrir por parte del CONTRATISTA en incumplimiento que afecte de manera grave y directa la ejecución del contrato, que pueda conducir a su paralización, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 de la ley 80 de 1993, o en cualquiera de las conductas contempladas en los artículos 2 y 3 del decreto 1875 de 1992, en el artículo 25 de la ley 40 de 1993, y en el artículo 90 de la ley 418 de 1997, la declaración de caducidad administrativa del contrato, se hará mediante resolución motivada por parte del ORDENADOR DEL GASTO, en la que se expresará la causa o causas que dieron lugar a ella, se determinará la cláusula penal pecuniaria, se ordenará hacer efectivas las multas, si no se hubieren decretado antes. La resolución, se notificará conforme con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, contra la misma procede el Recurso de Reposición, términos establecidos para tal fin. Ejecutoriada la resolución que decrete la caducidad administrativa, el presente contrato quedará definitivamente terminado, y, en consecuencia, el CONTRATISTA no tendrá derecho a reclamar indemnización alguna. Igualmente, se procederá a su liquidación, y el CONTRATISTA devolverá a LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, los dineros que hubiere recibido por concepto del presente contrato, previa deducción del valor de los BIENES Y/O SERVICIOS entregados por aquel, y recibidos a entera satisfacción por parte del LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE. Previo cumplimiento del artículo 86 de la ley 1474 de 2011.

**15. FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO:**

El CONTRATISTA, no será responsable, ni se considera que ha incurrido en incumplimiento de sus obligaciones, si se presentare durante la ejecución del presente contrato, circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito, de conformidad con las definiciones contenidas en el Artículo 1 de la Ley 95 de 1890. EL CONTRATISTA, se obliga a notificar por escrito a LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, las circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito, acompañando la exposición de los motivos correspondientes, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ocurrencia de las posibles causas que constituyeron la fuerza mayor o caso fortuito. Así mismo, el CONTRATISTA, acompañará a la mencionada notificación todos los documentos de soporte, debidamente legalizados que acrediten o justifiquen la fuerza mayor o el caso fortuito, manifestando el tiempo dentro del cual cumplirá su obligación. En caso de persistencia de la causal o causales de fuerza mayor o caso fortuito, el CONTRATISTA informará por escrito a LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, dicha circunstancia o circunstancias, cada quince (15) días calendario, hasta por un término máximo de sesenta (60) días calendario; vencidos los cuales, LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, podrá dar por terminado el contrato, mediante Acto Administrativo, el cual será notificado al CONTRATISTA, sin que haya lugar a sanción alguna para éste. Cuando las circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobadas no excedieren de sesenta (60) días, se levantará un Acta suscrita por las partes contratantes, con el fin de suspender los términos del contrato, y desaparecida la causal de fuerza mayor o caso fortuito se reiniciará la ejecución del contrato, mediante Acta suscrita entre las partes. Evento en el cual, el CONTRATISTA se obliga a prorrogar igualmente la vigencia de la Garantía Única que ampara el contrato.

**16. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:**

Conforme lo establecido en el Artículo 68 de la Ley 80 de 1993, las partes se comprometen a utilizar los Mecanismos de Solución previstos en la mencionada Ley, esto es, Conciliación, Amigable Composición y Transacción.

**17. INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS:**

Con la finalidad de sancionar al CONTRATISTA, por el hecho de declararse la Caducidad Administrativa o el incumplimiento total o parcial del contrato, las partes convienen a título de pena pecuniaria, la obligación del CONTRATISTA de pagar la suma equivalente al treinta por ciento (30%) del valor del contrato. El pago de esta suma se exigirá mediante Acto Administrativo, previo cumplimiento del artículo 86 de la Ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes. Dicha suma se considera como pago a título de pena, en consecuencia, LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, podrá reclamar del CONTRATISTA la indemnización de los perjuicios causados.

**PARÁGRAFO PRIMERO. PAGO DE MULTAS:** El pago de las multas a que se refiere esta Cláusula, podrá exigirse por la vía ejecutiva. Si dicho pago no se hubiere efectuado durante el término de duración del contrato, podrá descontarse de los saldos pendientes a favor del CONTRATISTA, y se tendrá en cuenta al momento de su liquidación. Para tal efecto, el CONTRATISTA, autoriza a LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, para efectuar los descuentos correspondientes.

**PARAGRAFO SEGUNDO: DEBIDO PROCESO:** Durante la ejecución la presente comunicación de aceptación de oferta, LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE podrá hacer uso de las acciones sancionatorias previstas en la presente comunicación de aceptación de oferta, las cuales se adelantarán respetando el derecho al debido proceso consagrado en el artículo 29 de la Constitución Política y en cumplimiento del procedimiento regulado en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011.

En todo caso, LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, en el proceso sancionatorio que se adelante, brindará todas las garantías constitucionales y legales al CONTRATISTA para que ejercite su derecho a la defensa en audiencia y tenga la oportunidad de exponer las razones y/o motivos sobre los hechos generadores de la afectación de la ejecución contractual. En ningún caso procederá la imposición de sanción sin haberse brindado la oportunidad al contratista de explicar las causas que impiden la ejecución normal y oportuna la presente comunicación de aceptación de oferta.

**18. MODIFICACIÓN:**

El CONTRATISTA, podrá solicitar modificaciones al contenido del presente contrato, previa solicitud debidamente motivada y presentada por escrito, en un término superior a quince (15) días calendario previo al término estipulado para la ejecución del objeto del presente contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO: LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, no tendrá en cuenta ninguna solicitud de modificación al presente contrato, si ésta es presentada en un término inferior a quince (15) días calendario, previos al término para la ejecución del objeto contractual, sin perjuicio que a consideración de la entidad la solicitud de modificación sea procedente.

**19. CESIONES Y SUBCONTRATOS**:

El CONTRATISTA, no podrá ceder el presente contrato a persona alguna natural o jurídica, nacional o extranjera, sin previa autorización escrita por parte de LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, pudiendo éste reservarse las razones que tenga para negar dicha autorización. Si la persona a la cual se le va a ceder el contrato es extranjera debe renunciar a la reclamación diplomática. La celebración de subcontratos no relevará al CONTRATISTA de las responsabilidades que asume en virtud del presente contrato. LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, no adquirirá relación alguna con los subcontratistas.

**20. CESIÓN DE DERECHOS PATRIMONIALES:**

En caso que el CONTRATISTA decida efectuar una cesión y/o pignoración de derechos económicos, deberá solicitar su aceptación y notificación por parte de LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, la cual dependerá igualmente del porcentaje de ejecución y el complimiento del contrato; para lo cual deberá anexar como mínimo los siguientes documentos: 1) Contrato de cesión y/o pignoración de derechos económicos del contrato objeto de la cesión, firmado por el cesionario y el cedente donde se relacione en forma explícita, lo siguiente: a) valor de la cesión b) especificar si la cesión obedece al contrato principal y/o contratos adicionales. c) Aceptación por parte del cesionario de los descuentos de ley cuando apliquen. 2) Acta de la junta de socios o documento consorcial, en donde se autorice la representación legal de la figura correspondiente para efectuar la cesión. 3) Certificado de Existencia y Representación Legal del cesionario y el cedente cuando se trate de persona jurídica y/o Certificado de Inscripción cuando se trate de persona natural, expedido por la Cámara de Comercio del domicilio correspondiente. 4) Certificación Bancaria, con número de cuenta y beneficiario donde se deben consignar los valores cedidos. 5) Declaración bajo juramento del cesionario en el cual se exprese el cumplimiento de lo previsto en el Decreto 4705 de 2008, en concordancia con el Decreto 1981 de 1988.

**21. DOCUMENTOS:**

Forman parte integral de este contrato y se anexan al mismo, entre otros, el certificado de disponibilidad presupuestal, registro presupuestal, la invitación pública, la oferta del CONTRATISTA y demás documentación que se desprendan del mismo.

**22. REQUISITOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO:**

Para el perfeccionamiento de este contrato, se requiere:

1. El acuerdo de las partes en relación con el objeto del contrato.
2. Elevar a escrito el presente contrato.

Para la ejecución se requiere:

1. Expedición del Certificado de Registro Presupuestal
2. Aprobación de la garantía de cumplimiento por parte del DMORI

**23. DERECHOS E IMPUESTOS:**

Queda entendido que, todos los derechos e impuestos que deban pagarse por razón o con ocasión de este contrato, establecidos o que se establezcan en el país, o de acuerdo con las leyes colombianas, serán a cargo del CONTRATISTA.

**24. AVISOS Y NOTIFICACIONES:**

Todas las comunicaciones que se requieran en desarrollo del presente contrato se presentarán por escrito, directamente o por correo, así: Las que deba realizar EL CONTRATANTE a la empresa

**COMERCIALIZADORA WILMAR**, identificada con , representada legalmente por el señor **WILLIAM COBO JIMENEZ** identificada con CC N° **17.327.267 de Villavicencio**, email: conmarluh@hotmail.com, Las que deba realizar el CONTRATISTA, se remitirán a las instalaciones de LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, ubicada en el Km 7 Vía Puerto López.

**25. OTRAS OBLIGACIONES:**

El CONTRATISTA, deberá cumplir con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral, Parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), por lo cual, el incumplimiento será causal para que LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, imponga multas sucesivas, hasta tanto éste dé cumplimiento, previa verificación de la mora mediante liquidación efectuada por la respectiva Entidad Administradora, de conformidad con lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, y en el Parágrafo 2 del Artículo 1 de la Ley 828 de 2003.

**26. SUJECIÓN DE LOS PAGOS A LAS APROPIACIONES PRESUPUESTALES:**

Los pagos que, de conformidad con este contrato, deba efectuar LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, hasta por valor de CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($5.000.000,00) M/CTE IVA INCLUIDO, el Dispensario Médico de Oriente cuenta con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 25426 de fecha 2026-02-13, expedido por Oficial jefe de Presupuesto DMORI, de acuerdo con los precios unitarios, indicados a continuación:

**SUJECIÓN A LA LEY COLOMBIANA:**

Cualquier efecto que dé lugar al incumplimiento de este contrato, se someterá a la Ley Colombiana, y a las Autoridades Legales establecidas.

**27. DECLARACIÓN EXPRESA:**

El CONTRATISTA, declara bajo juramento, que:

1. No se halla incurso en ninguna de las Causales de Inhabilidad o de Incompatibilidad, contempladas en el Artículo 127 de la Constitución Política, y en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993.
2. No se encuentra incurso en Proceso de Concordato o Acuerdo de Recuperación o Concurso Liquidatario, según el contenido de la Ley 222 de 1995, y la Ley 550 de 1999.
3. Se encuentra a paz y salvo por concepto de Aportes Parafiscales, y de Seguridad Social, de que trata la Ley 789 de 2003, y la Ley 828 de 2004.

**28. LIQUIDACIÓN:**

Para dar cumplimiento a lo consagrado en los Artículos 11 de la Ley 1150 de 2007, las partes aquí contratantes, acuerdan el siguiente procedimiento:

1. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la expiración del términos de ejecución del contrato, o de la ejecutoria del Acto Administrativo que haya ordenado la terminación del contrato, o de la suscripción del Acuerdo de Terminación del mismo, LA NACIÓN -MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, por intermedio del Supervisor del Contrato, convocará al CONTRATISTA, mediante citación escrita, para que se presente dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la citación, en el lugar, fecha y hora que allí se señale, con el fin de proceder de común acuerdo a liquidar el contrato; para tal efecto, el CONTRATISTA, deberá presentar definidos todos los aspectos que considere deben ser tenidos en cuenta dentro del

Acta de Liquidación. En la misma forma, deberá proceder LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE. Si el CONTRATISTA no compareciere a la citación y no justifica su inasistencia, se entenderá que no tiene interés en liquidar de común acuerdo el contrato, que está renunciando a dicha etapa, y en consecuencia LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, procederá a liquidarlo unilateral

2. Una vez conocidos por las partes los aspectos que cada una considera deben ser incorporados en el Acta de Liquidación del contrato, procederán a estudiarlos y discutirlos dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes. Si del estudio y discusión surgieren discrepancias entre las partes, que ameriten por parte de LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, realizar consultas, pruebas o comprobaciones de carácter técnico o de cualquiera otra naturaleza, dicho término se adicionará en quince (15) días hábiles.
3. Efectuadas las consultas, pruebas o comprobaciones, LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, convocará al CONTRATISTA, y se las dará a conocer, con el fin que sean discutidas entre las partes, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes.
4. Vencido el término anterior, si aún subsistieren discrepancias entre las partes contratantes, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, levantarán y suscribirán un Acta, donde consten los acuerdos a que hayan llegado, y los desacuerdos existentes. En el evento de no existir discrepancias, dentro del mismo término procederán a elaborar y suscribir el Acta de Liquidación del contrato.
5. Cuando lo consignado por las partes; ya sea en el documento de liquidación del contrato o en el Acta que contiene los desacuerdos existentes entre las mismas, deba ser sometido a la aprobación y firma de otras instancias adicionales, diferentes a aquellas a las cuales pertenecen los funcionarios de LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, que intervinieron en la discusión y estudio de la liquidación del contrato, el término previsto en el Literal anterior se aumentará en veinticinco (25) días hábiles y los documentos que hayan suscrito las partes en los aspectos que comprometan a LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, en obligaciones y responsabilidades, se entenderán como provisionales; solamente tendrán el carácter de definitivos y obligatorios cuando hayan sido aprobados y suscritos por las instancias adicionales aquí referidas.

**29. FACULTADES EXCEPCIONALES:**

El presente contrato incluye las cláusulas excepcionales como son: caducidad, terminación, interpretación y modificación unilateral de conformidad con lo establecido en los artículos 15, 16, 17 y 18 de la Ley 80 de 1993.

**30. RESERVA DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA EN CUMPLIMIENTO DE LA PRESENTE ACEPTACION DE CONTRATO:**

EL CONTRATISTA se obliga para con LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, a no suministrar ninguna clase de información o detalle a terceros y a mantener como documentación clasificada todos los aspectos relacionados con el presente contrato, así como de los asuntos técnicos e instalaciones de las Fuerzas Militares de la República de Colombia, conocidos por el CONTRATISTA durante el desarrollo de este contrato o con posterioridad al mismo.

**31. DEMÁS ESTIPULACIONES:**

Hacen parte integral de la presente aceptación lo señalado en la invitación pública y en el estudio previo del proceso de mínima cuantía N° 045-DMORI-2026 en los principios que regla la contratación estatal.

De conformidad con lo establecido en el artículo 94 de la Ley 1474 de 2011, para todos los efectos la presente comunicación de aceptación de oferta, junto con la oferta constituyen el contrato y una vez sea recibida personalmente por el CONTRATISTA se procederá al registro presupuestal.

PARAGRAFO: Para todos los efectos legales derivados de la celebración, terminación y liquidación del contrato, se entenderá que el domicilio contractual será la ciudad de Villavicencio, Km 7 Vía Puerto López, esto aplica para la adquisición de BIENES Y/O SERVICIO.

**EL DISPENSARIO MEDICO ORIENTE**

La presente Aceptación de Oferta, se entiende revisado y aceptado por las partes a través de la Plataforma SECOP II.