**EL SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO**

El Señor **${grado\_ordenador\_gasto}**. **${nombre\_ordenador\_gasto}**, mayor de edad y vecino de esta ciudad identificado con la cédula de ciudadanía No. **${cedula\_ordenador\_gasto}** expedida en **${lugar\_ordenador\_gasto}**, SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO en su condición de Ordenador del Gasto del DISPENSARIO MEDICO DE MEDELLIN, NIT. 901541037-1, Cargo en el que fue Nombrado, mediante CIRCULAR 2024315014513913 del 09 de junio de 2024 y en la Orden Semanal No. 031 art. 070 del 02 de agosto de 2024, actuando en nombre y representación del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- EJERCITO –DISAN EJC-DMMED, con Nit: 901541037-1 y demás normas concordantes, reglamentarias y complementarias, y quien representa por la delegación conferida al MINISTERIO DE DEFENSA – DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO y que en el texto de este documento se denominará LA DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MÉDICO DE MEDELLÍN,

**CONSIDERANDO:**

Que de conformidad con lo expresado en el Contrato No. **${nro\_contrato****}-${unidad}**-**${anio\_contrato},** el contratista deberá aportar a la Entidad, LA DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO-DISPENSARIO MÉDICO DE MEDELLÍN, las garantías de Cumplimiento y sus amparos en los términos indicados a continuación y las solicitadas en el contrato.

Que una vez aportada la garantía, el ordenador del gasto cuenta con la obligación de revisar y validar la información en ella consignada.

En razón a las anteriores consideraciones,

**RESUELVE:**

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar la garantía aportada por el contratista, bajo los siguientes criterios:

|  |  |
| --- | --- |
| DATOS | GARANTÍAS |
| ENTIDAD CONTRATISTA: | ${nombre\_contratista} |
| CC N°. | ${cedula\_contratista} |
| OBJETO DEL CONTRATO: | ${objeto} |
| ASEGURADORA: | ${aseguradora} |
| NIT ASEGURADORA: | ${nit\_aseguradora} |
| PÓLIZA CUMPLIMIENTO NÚMERO Y VIGENCIA: | ${numero\_poliza} VIGENCIA DESDE ${fecha\_inicio\_poliza} – HASTA ${fecha\_fin\_poliza} |
| VALOR ASEGURADO: | POLIZA CUMPLIMIENTO $ ${precio\_poliza\_cumplimiento}  POLIZA DE CALIDAD $ ${precio\_poliza\_calidad} |
| ASEGURADORA: | ${aseguradorarespo} |
| NIT ASEGURADORA: | ${nit\_aseguradorarespo} |
| PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL NÚMERO Y VIGENCIA: | ${numero\_poliza\_responsabilidad} VIGENCIA DESDE ${fecha\_inicio\_poliza\_responsabilidad} – HASTA ${fecha\_fin\_poliza\_responsabilidad} |
| VALOR ASEGURADO: | POLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL $ ${valor\_poliza\_responsabilidad} |

ARTÍCULO SEGUNDO: Ordenar el archivo del presente acto dentro del expediente contractual correspondiente.

Dada en Medellín el día ${fecha\_en\_texto}

**${grado\_ordenador\_gasto}**. **${nombre\_ordenador\_gasto}**

Subdirector Administrativo y Financiero DMMED

Ordenador del Gasto

Elaboró:

${nomb\_jefe\_contratos} PS. Abg.${nomb\_asesor\_juridico}

JEFE DE CONTRATOS PS DMMED Asesor Jurídico