
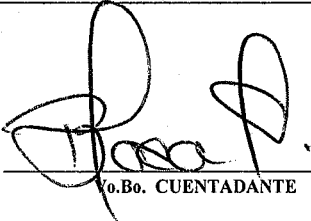
 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-092 VERSIÓN: 1 FECHA: 2019-01-25</div>	
1. INFORMACIÓN			
COMPROBANTE N°	6135	FECHA	03/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	REINTEGRO IMPUESTOS		
VALOR:	\$704.255,00		
A SUMA DE:	SETECIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	VALOR CONSIGNADO EN LA CUENTA CORRIENTE No. 008400747591 A NOMBRE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA REINTEGRO DE IMPUESTOS (RETENCIONES) GENERADAS EN EL MES DE MARZO DE 2024 EN LA CAJA MENOR DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.		
 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bo. CUENTADANTE	



DAVIVIENDA

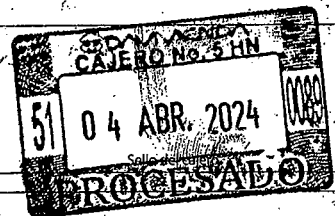


FORMATO DE CONVENIOS
EMPRESARIALES

(92)02500576707190

DATOS DEL CONVENIO

Nombre del convenio Sura. Sura Oriente		Código convenio / Macuenta 000100747591	
Referencia 1		Referencia 2	
No. factura	Valor	No. factura	Valor



FORMA DE PAGO RECAUDO / PLANILLA

☒ Efectivo ☐ Cheque

CARGO A CUENTA O TARJETA DE CRÉDITO

☐ Cuenta de Ahorro ☐ Cuenta Corriente ☐ Tarjeta de Crédito

No. de cuotas

RELACIÓN DE CHEQUES LOCALES

Código banco	No. Cheque	No. cuenta del cheque	Valor

Total efectivo / Cargo a cuenta o Tarjeta	\$ 704.255
No. cheques	
Total cheque	\$ 704.255
Total	\$ 704.255

COBRO POR VENTANILLA

Nombre del beneficiario	Identificación del beneficiario	Valor a cobrar
		\$

PAGO DE PLANILLA

☒ Planilla asistida ☐ Pin único

Número planilla / Pin único

Periodo liquidado (AAAA/MM)

DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCIÓN

Nombre y apellido	teléfono	Ciudad
Sura. Sura Oriente	3282828	Bogotá
Documento identidad: 0CC 0CE 0TI 0NIT	No. documento	9009590517

Firma de quien realiza la transacción

Huella

El Banco Davivienda S.A. actúa bajo la exclusiva responsabilidad de Fiduciaria Davivienda S.A. y Corredores Davivienda S.A., por lo tanto no asume obligación alguna relacionada con la ejecución de los negocios celebrados en su nombre. Los cheques depositados en esta consignación serán objeto de valor posterior y no serán efectivos sino hasta cuando el Banco librado acepte su pago, el cliente acepta desde ahora ajustes en sus saldos a que hubiere lugar. Los pagos con cargo a tarjeta de crédito están sujetos a previa contratación y autorización de la empresa recaudadora. Comprobante válido con el sello

- CLIENTE -

BANCO DAVIVIENDA
Recaudo Empresarial
Fecha: 04/04/2024 Hora: 10:55:58
Jornada: Normal
Oficina: 0089
Terminal: C10089W105
Usuario: ITH

DATOS DEL CONVENIO

Nombre del Convenio:
SOBRED INTE DE SERV DE SALUD CEN
Cuenta Convenio: *****7591
Código Convenio: 01154954
No. Referencia 1: 9009590517
No. Referencia 2:

Forma de Pago: Efectivo
Vr. Total: \$704.255.00
Costo transacción: \$0.00
No. Transacción: 492000
Quien realiza la transacción
Tipo Id: NIT
Número Id: 9009590517
Transacción exitosa en línea
Por favor verifique que la
información impresa es correcta.

RECIBO DE CAJA

SANDRA MARINA MORENO JIMENEZ

Número : 000000000514343

CONSECUTIVO 000000000514343 ESTADO Confirmado
FECHA DEL RECIBO 5/04/2024 10:56:40 a. m. VALOR \$ 704.255,00
TERCERO 900959051 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CENTRO DE COSTO

DETALLE REINTEGRO DE IMPUESTOS MES DE MARZO 2024 - IMPUESTOS GENERADOS EN EL MES DE MARZO 2024 EN LA CAJA MENOR DE LA SUBRED INTEGRADADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE - CONSIGNACION REALIZADA EL 04 DE ABRIL DE 2024

VALOR EN LETRAS SETECIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

RECAUDO NRO

USUARIO CREA SANDRA MARINA MORENO JIMENEZ




FORMAS DE PAGO							
vr Efectivo :	\$ 704.255,00	vr Cheque :	\$ 0,00	vr Consign. :	\$ 0,00	vr Tarjeta :	\$ 0,00
		Consig.Nro :		Tipo :		Valor :	
		Tarjeta.Nro :		vr.Com:		Valor :	
DETALLE DEL MOVIMIENTO							
CONCEPTO		TERCERO	CEN.COSTO	CUENTA	DEBITO	CREDITO	
	BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS CTA N° 008400747591	900959051		111006001	\$ 704.255,00	\$ 0,00	
88	REINTEGRO CAJA MENOR - COMPRAS	900959051		240101003	\$ 0,00	\$ 704.255,00	
FACTURAS AFECTADAS							
NUMERO DE FACTURA		VALOR ABONADO		NUMERO DE FACTURA		VALOR ABONADO	
		Cheque :		Fecha :		Valor :	
RECAUDO GENERADO							
CONSECUTIVO	FECHA	RUBRO	NOMBRE	RECURSO	VALOR		

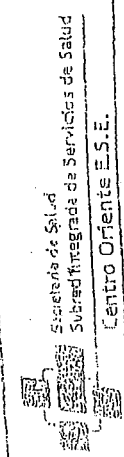
Firma y Sello

Nombre reporte : TSRPReciboCaja

Usuario Id. :79040732

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS</div> <div>FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-092</div> <div>VERSIÓN: 1</div> <div>FECHA: 2019-01-25</div>	
1. INFORMACIÓN			
COMPROBANTE N°	6136	FECHA	04/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	\$59.000,00		
LA SUMA DE:	CINCUENTA Y NUEVE MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A PEDRO P MUNEVAR B NIT 79.261.047 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO, AUTORIZADO POR JUAN FELIPE FUENTES SARMIENTO, LÍDER GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO.		
 <div>Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO</div>		 <div>Vo.Bø. CUENTADANTE</div>	



Sistema de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

CÓDIGO: AP-RF-FI-001
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-05-09

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO PLANTILLA DE AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTES POR CAJA MENOR

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				TAXI	VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO		
1	28-2-24	CPS PASSEVERANO	CPS SAMPON	MANUTENIMIENTO	X					2950
2	28-2-24	CPS SAMPON	CPS PASSEVERANO	MANUTENIMIENTO	X					2950
3	29-2-24	CPS PASSEVERANO	JORGE ELIECEN	MANUTENIMIENTO	X					2950
4	29-2-24	JORGE ELIECEN	CPS PASSEVERANO	MANUTENIMIENTO	X					2950
5	4-3-24	CPS PASSEVERANO	JORGE ELIECEN	MANUTENIMIENTO	X					2950
6	4-3-24	JORGE ELIECEN	CPS PASSEVERANO	MANUTENIMIENTO	X					2950
7	6-3-24	CPS PASSEVERANO	SANTA CLARA	MANUTENIMIENTO	X					2950
8	6-3-24	SANTA CLARA	AJONCE ELIECEN	MANUTENIMIENTO	X					2950
9	6-3-24	JORGE ELIECEN	CPS PASSEVERANO	MANUTENIMIENTO	X					2950
10	12-3-24	CPS PASSEVERANO	SANTA CLARA	MANUTENIMIENTO	X					2950
TOTAL										59000

Pago Pago Muestra B Recivi la suma de \$59000

Diana Sandoval

Vo.Bo. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

22-3-24

Nombre Funcionario y/o Contratista

79261047-01

7ADN03

S11230001

Juan Felipe Fuentes Sandoval

Asesor

A11230220-1019077311

Vo.Bo. DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO(A)



Ministerio de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO PLANTILLA DE AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTES POR CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RR-FI-001
VERSION: 01
FECHA: 2017-05-09

Nº.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				TAXI	VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TN	COLECTIVO		
1	12-3-24	SNATA CLAN	Jorge Eliécer	Mantenimiento	X					2,950
2	12-3-24	Jorge Eliécer	CPS Penseven	Mantenimiento	X					2,950
3	14-3-24	CPS Penseven	SNATA CLAN	Mantenimiento	X					2,950
4	14-3-24	SNATA CLAN	CPS Penseven	Mantenimiento	X					2,950
5	18-3-24	CPS Penseven	SN B/115	Mantenimiento	X					2,950
6	18-3-24	SN B/115	CPS Penseven	Mantenimiento	X					2,950
7	20-3-24	CPS Pense	Jorge Eliécer	Mantenimiento	X					2,950
8	20-3-24	Jorge Eliécer	CPS Pense	Mantenimiento	X					2,950
9	22-3-24	CPS Penseven	SNATA CLAN	Mantenimiento	X					2,950
10	22-3-24	SNATA CLAN	CPS Penseven	Mantenimiento	X					2,950
TOTAL										29,500

Pedro Pardo Mena Berni

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

C.C. 79264047 BTA


Dora Sandoval


Yo Bo. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E


Yo Bo. DIRECTOR ADMINISTRATIVO (A)


Juan Felipe Fuentes Samiento
Arquitecto

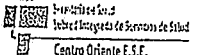
A11202020-1019077311

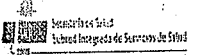
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Acopio y Residuos Ordinarios	Unidad	CAP Perseverancia
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Requerimiento varias tareas		Acopio Residuos Ordinarios: Pintar cuarto. Vigencias: Fijar cámara al techo. Cambio de lámparas de incrustación. Sede 34: Of. Desarrollo Institucional: Instalar pulcra a puerta. Of. Comunicaciones: Arreglo muro puerta e instalar vigencias. CASA 2: Instalar muni-	
Fecha de solicitud	28-02-24	Fecha de mantenimiento	28-02-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
Jose Carmona		7 horas	
Fecha de recibido	28-02-24	Nombre del tecnico	
Nombre de quien recibe		Pedro Munera	
Materiales utilizados			
2 galones pintura blanca, 2 lámparas incrustación led T8, 1 muni-cisterna, 1 pulcra.			
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si / No	ajus cisternas. Opinión contratación. Ir de CAP Perseverancia a CAP Semper	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si / No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si / No		

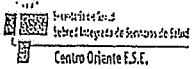
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad	CAP Semper
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Requerimiento ir de CAP Perseverancia a CAP Semper por muni-cisterna para baño cisterna CASA 2.		Ir a CAP Semper por muni-cisterna para baño cisterna casa 2. De CAP Semper a Perseverancia	
Fecha de solicitud	28-02-24	Fecha de mantenimiento	28-02-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
Jose Carmona		1 hora	
Fecha de recibido	28-02-24	Nombre del tecnico	
Nombre de quien recibe		Pedro Munera	
Materiales utilizados			
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si / No		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si / No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si / No		

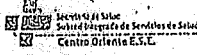
 Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio Urgencias		Unidad CAP Perseverancia			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad Requerimiento varios labores			Descripción del mantenimiento Urgencias: Conversión de lámparas y cambio de tubos T18 led. Cocina 2º Piso: Cambio de tubos T18 led. Consulto externo: Conversión de lámpara de incrustación a lámparas de sobreponer. Cambio de lámparas, hacer circuito nuevo e instalar ambleta.		
Fecha de solicitud 29-02-2024		Fecha de mantenimiento 29-02-2024			
Nombre de quien solicita Jefe Carmen		Tiempo empleado 7 horas			
Fecha de recibido 29-02-2024		Nombre del tecnico Pedro Rueda			
Nombre de quien recibe (Firma)			Materiales utilizados 4 tubos T18 led, 2 tubos de cocina, 2 lámparas sobreponer, 1 interruptor doble		
Niveles de satisfacción			Observaciones Odontología: Cambio de interruptor doble De Perseverancia a Jorge Elicer		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

 Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad Jorge Elicer			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad Requerimiento ir por orden de Carlos Osorio a Jorge Elicer por interruptor doble para consultorio Odontología.			Descripción del mantenimiento Ir a Jorge Elicer por orden de Carlos Osorio por interruptor doble para Consultorio Odontología.		
Fecha de solicitud 29-02-24		Fecha de mantenimiento 29-02-24			
Nombre de quien solicita Carlos Osorio		Tiempo empleado 1 hora			
Fecha de recibido 29-02-24		Nombre del tecnico Pedro Rueda			
Nombre de quien recibe (Firma)			Materiales utilizados		
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

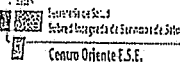
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Oficina Jurídica	Unidad	CAP Perseverancia		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Requerimiento varios labores			Of. Jurídica: Arreglo de archivador puertas. Áreas No críticas: Resacas y enchufes por muro. Lijar techos y muros y pintar. Limpieza áreas. #Sótano a Hospitalización: Subir balas de oxígeno, cambio en áreas. De Perseverancia a Jorge Eliecer		
Fecha de solicitud	4-03-24	Fecha de mantenimiento	4-03-24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado		7 horas	
Jefe Carmona		Nombre del técnico		Pedro Munera	
Fecha de recibido	4-03-24	Materiales utilizados			
Nombre de quien recibe		2 Kg pegacose, 1 Kg cemento gris, 1/2			
Cominno		pliego Lija 120, 2 galones pintura blanca			
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si /	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si /	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si /	No			

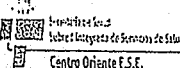
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad	Jorge Eliecer		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Requerimiento is por orden de Carlos Dorado a Jorge Eliecer Gaston por baldosa de 20x20 para áreas no críticas.			Ir por baldosa de 20x20 para áreas no críticas. De Jorge Eliecer a CAP Perseverancia		
Fecha de solicitud	4-03-24	Fecha de mantenimiento	4-03-24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado		1 hora	
Gustavo E. Borro		Nombre del técnico		Pedro Munera	
Fecha de recibido	4-03-24	Materiales utilizados			
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si /	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si /	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si /	No			

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	CASA 2	Unidad	CAP Perseverancia		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento			
Requerimiento varios labores		CASA 2: Cambio arbol de entrada sistema, instalar acople. Of. Cartera: Arreglo de sillas oficina, cambio de rueda a 4 sillas. CASA 1: Instalar guarda trapeos, Sede 34: Retirar aviso de entrada. Perse Pasillo consulta externa cambio lamparas			
Fecha de solicitud	6-03-24	Fecha de mantenimiento	6-03-24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado		7 horas	
Jefe Cacerenza		Nombre del tecnico		Pedro Munera	
Fecha de recibido	6-03-24	Materiales utilizados			
Nombre de quien recibe		1 arbol entrada, 1 acople sistema, 10 ruedas silla oficina, 1 lampara led 18w			
Niveles de satisfaccion		Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si /	No	Aren no critica: Embagillar muro.		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si /	No	De CAP Perseverancia a Santa Clara		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si /	No			

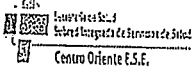
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Santa Clara	Unidad	CAP Perseverancia		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento			
Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Santa Clara por orden de Carlos Osorio a recoger arbol de entrada de Santa Clara a Jorge Elicer recoger lamparas T18 w de incrustación.		Ir a Santa Clara a recoger arbol de entrada, de ahí ir a Jorge Elicer por lamparas T18 w led de incrustación, ir a CAP Perseverancia			
Fecha de solicitud	6-03-24	Fecha de mantenimiento	6-03-24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado		2 horas	
Carlos Osorio		Nombre del tecnico		Pedro Munera	
Fecha de recibido	6-03-24	Materiales utilizados			
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion		Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si /	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si /	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si /	No			

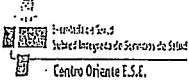
14 10

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Área no crítica		Unidad	CAP Perseverancia	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Requerimiento varias labores			Área no crítica: Hacer circuito eléctrico nuevo, instalar lámpara e instalar dispensador de jabón y papel. Arreglo fíler e instalar repisa. Vigencia: Hacer fíler en acrílico para cloroboyas. Arreglo de driles, barillas, vigencias		
Fecha de solicitud	12-03-24		Fecha de mantenimiento	12-03-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	6 horas	
Jefe Camacho			Nombre del técnico	Pedro Pluvier	
Fecha de recibido	12-03-24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe			2 mt cable 12, 1 lámpara led 18w. 1,60 mt lánm acrílico.		
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?			De Perseverancia a Santa Clara.		
Si / No					
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?					
Si / No					
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?					
Si / No					

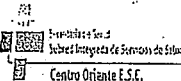
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio			Unidad	Santa Clara	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Requerimiento de CAP Perseverancia - Ir a Santa Clara por chapa de an a Santa Clara, ir por chapa de seguridad para oficina jurídica. De Santa Clara a Jorge Eliecer, ir por esayola, y pegacore. De ahí, volver a CAP Perseverancia					
Fecha de solicitud	12-03-24		Fecha de mantenimiento	12-03-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	2 horas	
Carlos Osorio			Nombre del técnico	Pedro Pluvier	
Fecha de recibido	12-03-24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?					
Si / No					
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?					
Si / No					
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?					
Si / No					

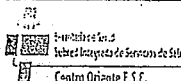
12 10

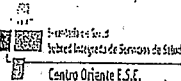
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Terraza.	Unidad	Casa 2		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Requerimientos varios arreglos			Terraza: Tanque aéreo limpiar, hacer tapa y colocar tejas. Sede 34: Tanquear plantas prender y limpiar CAP Perseverancia: Tanquear planta prender y limpiar. Escaleras: Arreglo eléctrico conmutable y lámparas.		
Fecha de solicitud	14-03-24	Fecha de mantenimiento	14-03-24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado		1 día	
Jefe Gerencia		Nombre del tecnico		Pablo Muñoz	
Fecha de recibido	14-03-24	Materiales utilizados			
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si /	No	Sede 34: Oficina Subgerencia: Abrir puerta.		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si /	No	De CAP Perseverancia a Santa Clara		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si /	No			

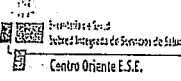
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad	Santa Clara		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Requerimiento ir por chupa por orden de Carlos Osorio para Of. Subgerencia De Santa Clara a CAP Perseverancia			Ir por chupa para Oficina de Subgerencia De Santa Clara a CAP Perseverancia		
Fecha de solicitud	14-03-24	Fecha de mantenimiento	14-03-24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado		1 hora	
Carlos Osorio		Nombre del tecnico		Pablo Muñoz	
Fecha de recibido	14-03-24	Materiales utilizados			
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si /	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si /	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si /	No			


22


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Hospitalización		Unidad	CAP Perseverancia	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Requerimiento varias labores			Hospitalización: Subir balas de oxígeno del sótano, y cambio a los servicios		
			Arreglo de armadura y cadenas, resanar muros. Of. Jurídica: Conversión de		
			lámparas e instalación de lámparas.		
			Of. Estadística: Conversión e instalación lámparas		
Fecha de solicitud	18-03-24		Fecha de mantenimiento	18-03-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	7 horas	
Jefe Armentu			Nombre del tecnico	Pedro Plunier	
Fecha de recibido	18-03-24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe			5 tubos T8 led, 1 lám. n. acrílico de 1,20 x 40.		
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si /	No	Arreglo de espacio. Urgencias:		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si /	No	Instalar acrílico en ventanas, 1 tabla de 1mt x 60.		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si /	No	De CAP Perseverancia a Hospital San Blas		

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio			Unidad	Hospital San Blas	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Requerimiento ir a San Blas por cable para oficina jurídica, instalaciones nuevas para lámparas, por orden de Carlos Osorio.			Ir por cable para Oficina Jurídica instalaciones nuevas para lámparas.		
			De San Blas a CAP Perseverancia		
Fecha de solicitud	18-03-24		Fecha de mantenimiento	18-03-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	1 hora	
Carlos Osorio			Nombre del tecnico	Pedro Plunier	
Fecha de recibido	18-03-24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si /	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si /	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si /	No			

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		. VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad <u>Jorge Eliécer</u>			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
<u>Requerimiento ir a Jorge Eliécer por baldosin para baño Urgencias. Por orden de Carlos Osorio.</u>			<u>Ir por baldosin para Baño Urgencias. De Jorge Eliécer a CAP Perseverancia.</u>		
Fecha de solicitud		<u>20-03-24</u>	Fecha de mantenimiento		<u>20-03-24</u>
Nombre de quien solicita		<u>Carlos Osorio</u>	Tiempo empleado		<u>1 hora</u>
Fecha de recibido		<u>20-03-24</u>	Nombre del tecnico		<u>Pedro Munera</u>
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion		Materiales utilizados			
		Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?		Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?		Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		. VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad <u>CAP Perseverancia</u>			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
<u>Requerimiento varias labors</u>			<u>Baño Urgencias: Pegar en muro, instalar baldosin, instalar lavamanos, resumar muros; arreglar filos y emboquillar Urgencias Observación: Instalar guardian baño: Resumar muros. Area Trabajo limpio: Resumar muros</u>		
Fecha de solicitud		<u>20-03-24</u>	Fecha de mantenimiento		<u>20-03-24</u>
Nombre de quien solicita		<u>Zeke Carmona</u>	Tiempo empleado		<u>7 horas</u>
Fecha de recibido		<u>20-03-24</u>	Nombre del tecnico		<u>Pedro Munera</u>
Nombre de quien recibe		Materiales utilizados			
<u>(Carmona)</u>		<u>Baldosin, pegacore, estuco, esengol</u>			
Niveles de satisfaccion		Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<u>De CAP Perseverancia a Jorge Eliécer</u>	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?		Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?		Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		

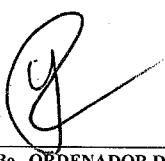
 Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad		CAP Perseverancia	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Requerimiento varias labores.			Sótano: Arreglo sillas toner, ayudar a activos fijos a subir bajos al edificio. Arreglo cuarto, instalar lampara y ordenar bajos de activos fijos. Aseo general. CASA 1. Contabilidad: Arreglo cajonera, cambio de correderas y arreglo de cajones.		
Fecha de solicitud		22-03-24		Fecha de mantenimiento	
Nombre de quien solicita		Jose Carmona		Tiempo empleado	
Fecha de recibido		22-03-24		Nombre del tecnico	
Nombre de quien recibe		Oscar Meneses		Materiales utilizados	
Niveles de satisfaccion				1 Lampara 16 incandescencia, 2 correderas	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?			Observaciones		
Si / No			De CAP Perseverancia a Santa Clara		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?					
Si / No					
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?					
Si / No					

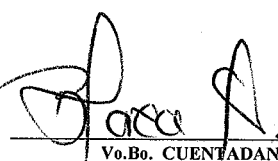
 Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad		Santa Clara	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Requerimiento de CAP Perseverancia - ir por lomas para recoger escombros a Santa Clara.			Recojer lomas para ir a recoger escombros en CAP Perseverancia - De Santa Clara a CAP Perseverancia -		
Fecha de solicitud		22-03-24		Fecha de mantenimiento	
Nombre de quien solicita		Carlos O. Soriano		Tiempo empleado	
Fecha de recibido		22-03-24		Nombre del tecnico	
Nombre de quien recibe				Materiales utilizados	
Niveles de satisfaccion				Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?					
Si / No					
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?					
Si / No					
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?					
Si / No					

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6137	FECHA	05/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MEDICAMENTOS		
VALOR:	\$894.800,00		
LA SUMA DE:	OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS M.CTE.		

CONCEPTO:	FACTURA No. FE115 MEDISPRO SAS NIT 901.575.074-0 MEDICAMENTO VALGANCICLOVIR 50 MG/ML (5%) POLVO SUSPENSIÓN ORAL), SE REQUIERE ESTE MEDICAMENTO PARA PACIENTE NEONATO DEL HOSPITAL LA VICTORIA, SOLICITADO POR ALEXIS ORJUELA ANGULO, SERVICIO FARMACÉUTICO HOSPITAL SANTA CLARA.
-----------	--


Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bo. CUENTADANTE

1240

*



MEDISPRO

MEDISPRO S.A.S.

NIT 901.575.074-0



Carrera 91 No 19 A - 29
(1) 3028355838
Bogotá - Colombia
medisprosas@gmail.com

Factura electrónica de venta

Nº: FE 115

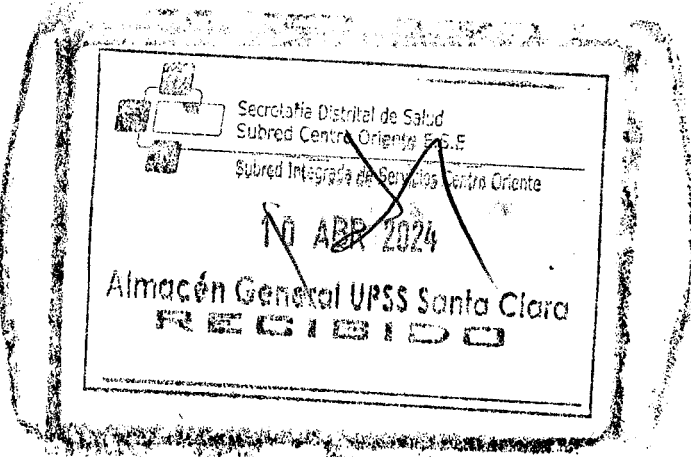
Fecha y hora Factura

Cliente: Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE
Nit: 900.959.051-7
Teléfono: (601) 0000000 - Ext. 000
Dirección: Diagonal 34 No 5 - 43
Ciudad: Bogotá - Colombia
Correo: cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co

Generación 05/04/2024, 19:39
Expedición 05/04/2024, 19:39
Vencimiento 05/04/2024
Vendedor MEDISPRO S.A.S
Centro de costo 0
Cotización

Ítem	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Vr. Bruto	Vr. Total
1	ME1743-CHR	Valganciclovir 50mg/ml (5%) Polvo suspensión oral - Frasco x 12 gr - (VALIXA) - CHEPLAPHARM ARZNEIMI INVIMA 2009M-0009424 // LOTE: N0208B01 // FV: 30-08-2024	1.00	894,800.00	0 %	894,800.00	894,800.00

1033695167
CANCELADO EFETIVO



Total items: 1

Valor en Letras:
Ochocientos noventa y cuatro mil ochocientos pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo

\$	894,800.00	Total Bruto	894,800.00
		IVA 0%	0.00
		Total a Pagar	894,800.00

Observaciones:
COMPRA POR CAJA MENOR



Medispro SAS: todo lo que necesitas en un solo lugar
¡¡Muchas gracias por su compra!!

05 ABR 2024

Orden de compra: -

SALIDA DE ALMACEN
HORA: 17:17
FIRMA: JUAN T

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18764064760042 aprobado en 20240131 prefiijo FE desde el número 73 al 300 Vigencia: 12 Meses
Responsable de IVA - Actividad Económica 4645 Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador Tarifa
CUFE:
6c92206f61f7ed8153dba81acaadaa26510a517d1ef66d873e7741c51c32358b8a955294bd397a11632cc46170b330d3

Elaborado por Juan T

Firma recibido 1033695167

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8, Nombre Software: Siigo Nube, Firma electrónica: ver en el XML



MEDISPRO
INSUMOS-MANTENIMIENTO-EQUIPOS

CORRESPONDENCIA EXTERNA

Código:
M-FO-CE-003

Versión:
1.0

Fecha Vigencia:
15-03-2022

CE-003-2024

Bogotá D.C., 11 de abril de 2024

Señores:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Atn.: Caja menor
NIT:
Dirección:
Teléfono:
Bogotá D.C.

ASUNTO: CARTA DE AUTORIZACION

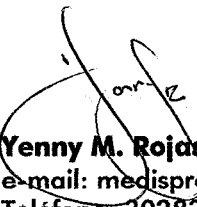
Estimado cliente:

Con un cordial saludo nos permitimos autorizar al señor OMAR FABIAN GARCIA GOMEZ, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.032.363.733 de Bogotá, para que retire de sus instalaciones, los dineros correspondientes a pagos por caja mejor, realizados a MEDISPRO SAS, con NIT No. 901.5750.074-0

Agradecemos su colaboración

Sin otro particular,

Cordialmente


Yenny M. Rojas Muñoz
e-mail: medisprosas@gmail.com
Teléfono: 3028355838

Página 1 de 1

TODO LO QUE NECESITAS, EN UN SOLO LUGAR

medisprosas@gmail.com
Nit: 901.575.074-0
3028355838

RE: SOLICITUD EXISTENCIA MEDICAMENTOS

compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>

Lun 01/04/2024 12:04

Para: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>; Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>

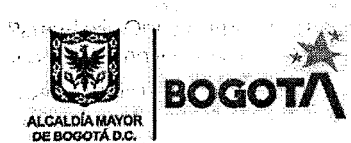
Cordial saludo,

Revisado los contratos actualmente suscritos no se identifican estos medicamentos como contratados.

RE: SOLICITUD EXISTENCIA MEDICAMENTOS

compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>

Lun 01/04/2024 12:04



Patricia Ballesteros Silva

Cargo: Profesional Universitario
Dirección de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

@subredcentrooriente @subred_centrooriente
@SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co

Miguel Angel Cortes Tovar
<almacen100@subredcentrooriente.gov.co>

Revisado los contratos actualmente suscritos no se identifican estos medicamentos como contratados.

De: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: lunes, 1 de abril de 2024 11:56 a. m.

Para: Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: SOLICITUD EXISTENCIA MEDICAMENTOS

Buenas tardes solicito su amable colaboración en el sentido de revisar para de terminar existencias de los productos a continuación y que se requieren como compra de caja menor

1. POLIHEXANIDA 0,1% COMPUESTO FRASCO POR 350ML (PRONTOSAN)
2. -FLUORESCEINA SODICA 2% SOLUCION INYECTABLE OFTALMICA
3. -VALGANCICLOVIR 50 MG/ML POLVO PARA SOLUCION ORAL

ALEXIS ORJUELA ANGULO

Químico Farmacéutico
Supervisor Contratos Medicamentos
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

RE: SOLICITUD EXISTENCIA MEDICAMENTOS

Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>

Lun 01/04/2024 12:15

Para: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>

Dr. Alexis, buenas tardes, cordial saludo.

De acuerdo con su solicitud, comedidamente me permito informar, que revisado el Kardex de existencias de inventario del almacén principal, sub almacenes y servicios farmacéutico, con contamos con existencias de los respectivos medicamentos.

1. POLIHEXANIDA 0,1% COMPUESTO FRASCO POR 350ML (PRONTOSAN)
2. -FLUORESCEINA SODICA 2% SOLUCION INYECTABLE OFTALMICA
3. -VALGANCICLOVIR 50 MG/ML POLVO PARA SOLUCION ORAL

Cordialmente,

Miguel Angel Cortes Tovar
Profesional Universitario
Almacén Unidad Santa Clara

De: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: lunes, 1 de abril de 2024 11:56 a. m.

Para: Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: SOLICITUD EXISTENCIA MEDICAMENTOS

Buenas tardes solicito su amable colaboración en el sentido de revisar para de terminar existencias de los productos a continuación y que se requieren como compra de caja menor

1. POLIHEXANIDA 0,1% COMPUESTO FRASCO POR 350ML (PRONTOSAN)
2. -FLUORESCEINA SODICA 2% SOLUCION INYECTABLE OFTALMICA
3. -VALGANCICLOVIR 50 MG/ML POLVO PARA SOLUCION ORAL

ALEXIS ORJUELA ANGULO

Químico Farmacéutico
Supervisor Contratos Medicamentos
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

24

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario14985554802

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)90157507406. DV012. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá14. Buzón electrónico32

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona jurídica125. Tipo de documento26. Número de Identificación27. Fecha expedición

Lugar de expedición28. País29. Departamento30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido32. Segundo apellido33. Primer nombre34. Otros nombres

35. Razón socialMEDISPRO S.A.S36. Nombre comercialMEDISPRO S.A.S37. SiglaMEDISPRO S.A.S

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA16939. DepartamentoBogotá D.C.1140. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.001

41. Dirección principalCR 91 19 A 29 IN 3 AP 30842. Correo electrónicomedisprosas@gmail.com43. Código postal11093144. Teléfono1302835583845. Teléfono 23112709747

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal46. Código47. Fecha inicio actividad48. Código49. Fecha inicio actividad50. Código12Otras actividades51. Código52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1234567891011121314151617181920212223242526

53. Código10424810- Obligado aduanero42- Obligado a llevar contabilidad48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código222311121314151617181920

55. Forma356. Tipo1Servicio12357. Modo58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación.

Para uso exclusivo de la DIAN

59. AnexosSI☐NO☒60. No. de Folios:061. Fecha2024 - 02 - 26 / 09 : 28: 04

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:
984. NombreGARCIA GOMEZ OMAR FABIAN
985. CargoRepresentante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 26-02-2024 09:28:37AM



DISFARMA G.C. S.A.S
NIT. 900.580.962-2 REGIMEN COMUN
CENTRO INDUSTRIAL Y LOGÍSTICO SAN JORGE
KM 7+400 ANILLO VIAL - BODEGA 89
VIA PALENQUE - FLORIDABLANCA (S.S.)
Tel. 691 57 67 - E-mail: pedidos@disfarma.com.co

25
COTIZACIÓN
No. 132556

Datos del Cliente

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E NIT: 900959051S-7
DIRECCIÓN: DIAGONAL 34 # 5 - 43 TELÉFONO: 3444484-3102040836
CIUDAD: BOGOTA, D.C. DEPARTAMENTO:BOGOTA ASESOR: GERENCIA

FEC. EXPEDICIÓN

DIA	MES	AÑO
26	03	2024

FEC. VENCIMIENTO

DIA	MES	AÑO
28	03	2024

Descripción	F. Vence	IVA	Cantidad	Faltante	Valor Pres.	Valor Unit.	Valor Total
EPS-VALGANCICLOVIR 50MG/ML (5%) POL SUSP ORL FCOX12G+DISP CX1 (VALIXA) - CHEPLAPHARM ARZNEIMITTEL	AGO 2024	0	1	0	894,800	894,800	894,800

Señor Cliente: La confirmación de esta cotización está sujeta al inventario disponible al momento de autorizar su pedido, por favor revisar CANTIDADES, PRECIOS, LABORATORIOS y PRESENTACION de los productos acá listados. Esta cotización será válida por 24 horas a partir de su fecha de expedición.

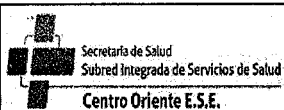
Observaciones:

Total Bruto	894,800.00
- Descuento	0.00
Subtotal	894,800.00
+ IVA	0.00
Total Neto	894,800.00

Son: OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS CON 00/100 M.L.

Medicamento
Medispro SAS \$941.600 =

26



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-002
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-05-16

1. INFORMACION

CIUDAD Y REGIA	BOGOTA DC, ABRIL 1 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	ALEXIS ORJUELA ANGULO
AREA/DEPENDENCIA	SERVICIO FARMACEUTICO
CENTRO DE COSTO	15CT05 735501001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SANTA CLARA

2. DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

1. VALganciclovir 50 MG/ML POLVO PARA SOLUCION ORAL MOLECULA ORIGINAL: CANTIDAD 1 UNIDADES

3. JUSTIFICACION

Se requiere medicamento para paciente neonato de la sede Victoria, paciente Diagnosticado con Citomegalovirus

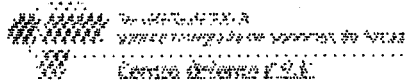
¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

Nombre Funcionario o Contratista

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACION



COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000075648

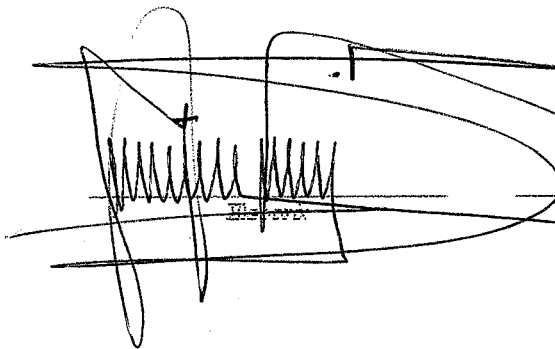

PROVEEDOR: MEDISPRO SAS NIT: 901373074 FECHA: 10/04/2024 11:44 a.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CR 91 N 19 A - 29 IN 3 AP 302 MONEDA: Pesos
TELEFONO: TASA CAM: 0,00
N FACTURA: FE113 %ICA: 0,0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 10/04/2024 12:00 a.m.

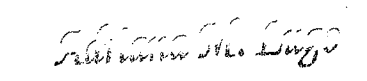
CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DITO	%IVA
122MU033628	VALganciclovir 50 MG/ML POLVO PARA SOLUCION ORAL MOLECULA ORIGINAL	FRASCO	1.00	1.894.800.00	1.894.800.00	0.00	0.00

DETALLE	SUBTOTAL:	1.894.800,00
CAJA MENOR/ UNIDAD SANTA CLARA-FARMACIA-DIGITA LUDY TORRES	DESCUENTO:	10,00
	IMPUESTO:	10,00
	FLETES:	10,00
	IMP FLETES:	10,00
	RETE IVA:	10,00
	RETE ICA:	10,00
	RETE FUENTE:	10,00
	OTRAS RETE:	10,00
	OTRAS DEDUC:	10,00
	IMP DISTRI:	10,00
	AJUSTE RED:	10,00
	AJUSTE AL TOTAL:	10,00
	TOTAL COMPR:	1.894.800,00



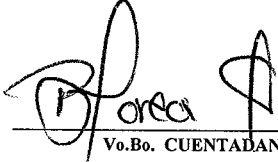
TOTAL COMPROBANTE:

OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M.Cts.


Revisado: 


CUENTAS POR PAGAR
Remsado Impuestos:

6137

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS</div> <div>FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-092</div> <div>VERSIÓN: 1</div> <div>FECHA: 2019-01-25</div>	
1. INFORMACIÓN			
COMPROBANTE N°	6138	FECHA	05/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:		COMUNICACIONES Y TRANSPORTES	
VALOR:	\$59.000,00		
LA SUMA DE:	CINCUENTA Y NUEVE MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A JORGE ENRIQUE ARIAS NIT 19.499.319 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO, AUTORIZADO POR JUAN FELIPE FUENTES SARMIENTO, LÍDER GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO.		
 Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bø. CUENTADANTE	



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO PLANILLA DE AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTES POR CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-001
VERSION: 02
FECHA: 2017-05-09

Nº	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR	
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO		
1	06.03/24	Jorge E. gaitan	candelaria	Mantenimiento Bo	X				2950	=
2	12.03/24	Sampen el	sta clara	Mantenimiento Cami	X				2950	=
3	12.03/24	sta clara	candelaria	Mantenimiento sist	X				2950	=
4	15.03/24	sta clara	la sede. ADT. 34	Mantenimiento pit	X				2950	=
5	15.03/24	Sed. ADT. 34	Restrepo	Mantenimiento tocan	X				2950	=
6	15.03/24	Restrepo	sta clara	Mantenimiento mat	X				2950	=
7	22.03/24	Sampen el	B. cruces	Mantenimiento Bo.	X				2950	=
8	26.03/24	Sampen el	candelaria	Mantenimiento adto	X				2950	=
9	26.03/24	candelaria	cruces	Mantenimiento Van	X				2950	=
10	27.03/24	Sampen el	cruces	Mantenimiento	X				2950	=
TOTAL									29500	=

Jorge Enrique Doria/
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
CC 1949931946 AC

Diana Sandoval
Vó Bó REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

Vó Bó DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO(A)

Juan Felipe Fuentes Sarmiento
Arquitecto
A1120220-4019077311

7ADN403
S11123001

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
1	01.03/24	Samper	Sta clara	Mantenimiento ca	X				2950 =
2	01.03/24	Sta clara	crucis	Mantenimiento sin	X				2950 =
3	01.03/24	crucis	Samper M.	Mantenimiento si	X				2950 =
4	04.03/24	Samper M	Candelaria	Mantenimiento Re.	X				2950 =
5	04.03/24	Candelaria	Samper M	Mantenimiento.	X				2950 =
6	05.03/24	Samper M	Sta clara	Mantenimiento lamp.	X				2950 =
7	05.03/24	Sta clara	crucis	Mantenimiento lar	X				2950 =
8	05.03/24	crucis	Candelaria	Mantenimiento L.	X				2950 =
9	05.03/24	Candelaria	Samper M.	Mantenimiento L	X				2950 =
10	06.03/24	Samper	Jorge E Gaitan	Mantenimiento tang	X				2950 =
TOTAL									\$ 29.500 =

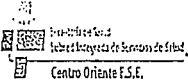
Jorge Enrique Arnes
NOMBRE/ENCARGADO Y/O CONTRATISTA
C.C. 19993198411

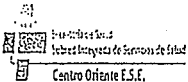
Diana Sandoval
Vó.Bó. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

Vó.Bó. DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO(A)
Juan Felipe Fuentes Samaniego
Arquitecto
A1120220-1019077311

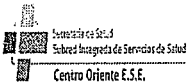
Recibo la suma de \$ 59.000 = ms del
mes de marzo 2024 por servicios

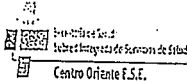
31


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Sede Ant. Manten.		Unidad	Sede Administrativa 34	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
el arg. Juan Felipe Da un dinero para la compra de material para la camilla y hasta			Se compra el material x Se entregan facturas a rec. de sta. clíca.		
Fecha de solicitud		15.03/24	Fecha de mantenimiento		15.03/24
Nombre de quien solicita		arg. Juan Felipe	Tiempo empleado		4 Horas
Fecha de recibido			Nombre del técnico		Enrique Arias
Nombre de quien recibe		Juan Felipe Fuentes Sarmiento	Materiales utilizados		condormin. 2mts. 1 ganchar y pegante negro
Nivel		Arquitecto	Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		Si	No		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?		Si	No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?		Si	No		

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Mantenimiento stacías		Unidad	H. Sta Clara	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicito el arg. arqlo y ajustar y tapizar 2 camillas			Se arreglan las 2 camillas		
Fecha de solicitud		18.03/24	Fecha de mantenimiento		18.03/24
Nombre de quien solicita		arg. Juan Felipe	Tiempo empleado		1 Hora
Fecha de recibido		18.03/24	Nombre del técnico		Enrique Arias
Nombre de quien recibe		Juan Felipe Fuentes Sarmiento	Materiales utilizados		Cuero 2mts negro, ganchar pegante
Nivel		Arquitecto	Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		Si	No		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?		Si	No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?		Si	No		


32
X

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	12 cancha octavo		Unidad	3ta clara	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitar arreglo de 2 camillas y un biombo			Se realizó revisión de camillas para comprar el material		
Fecha de solicitud	12.03/24		Fecha de mantenimiento	12.03/24	
Nombre de quien solicita	arg. Juan Felipe		Tiempo empleado	4 Horas	
Fecha de recibido	12.03/24		Nombre del tecnico	Enrique Arriash	
Nombre de quien recibe Juan Felipe Fuentes Salcedo Arquitecto A11220220-1016077311n			Materiales utilizados		
			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	pendiente del arreglo		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

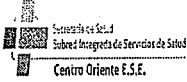
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	baño uso niños		Unidad	candelaria Centro Salud	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitar abrir la puerta y arreglar el baño por daño de manija			esta solicitud se realizó		
Fecha de solicitud	12.03/24		Fecha de mantenimiento	12.03/24	
Nombre de quien solicita	Mesa de ayudas		Tiempo empleado	4 Horas	
Fecha de recibido	12.03/24		Nombre del tecnico	Enrique Arriash	
Nombre de quien recibe	Ruber Abuevara		Materiales utilizados		
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	Se abrió y se cambió manija		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

 <div>Ministerio de Salud y Seguridad Social Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	OF Recursos Físicos	Unidad	H. Sta Clara	Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456	
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento			
Solicitud recoger 2		Se recojen 2 condados en			
condados para inst		la OF y se llevan para la			
tarlos en Samper m.		puerta principal de Samper m.			
Fecha de solicitud	01.03/24	Fecha de mantenimiento	01.03/24		
Nombre de quien solicita	Carlos Osorio Sta Clara	Tiempo empleado	4 Horas		
Fecha de recibido	01.03/24	Nombre del tecnico	Enrique Arias		
Nombre de quien recibe	Samper	Materiales utilizados			
		2 condados			
Niveles de satisfacción		Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	Se le entregan a una larva		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			


X

 <div>Ministerio de Salud y Seguridad Social Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Tanques aéreos	Unidad	Samper Manzanera CAPS	Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456	
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento			
impermeabilizar las		Se trae el sifon de			
salida de agua de los		cruces para Samper y se			
tanques aéreos per		impermeabiliza todas la			
duga		salidas de los tanques			
		aercoas			
Fecha de solicitud	01/03/24	Fecha de mantenimiento	01/03/24		
Nombre de quien solicita	Coordinadora Etanab	Tiempo empleado	1 dia		
Fecha de recibido	01.03/24	Nombre del tecnico	Enrique Arias		
Nombre de quien recibe	Yvessa Arg	Materiales utilizados			
		sifon / cs			
Niveles de satisfacción		Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

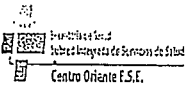
34

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	OF recursos Fisic		Unidad	H. Sta Clara	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
recoger panel de 18w para las sedes			se recoge panel de 18w para las sedes.		
cambiar cruces y son per mudozon					
Fecha de solicitud	05.03/24		Fecha de mantenimiento	05.03/24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	2 horas	
Carlos Osorio Sta Clara			Nombre del tecnico	Enrique Aras	
Fecha de recibido	05.03/24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe			panel de 18w + instalacion		
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

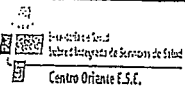
X

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	baño Fono Homb		Unidad	cambiar Centro Sala	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
solicitar cambiar las lamparas de 1. pasillo de baño Fono Hombre y la de 6 baño			esta solicitud se realizo		
Fecha de solicitud	05.03/24		Fecha de mantenimiento	05.03/24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	4 horas	
MESA de ayudas			Nombre del tecnico	Enrique Aras	
Fecha de recibido	05.03/24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe			2 panel de 18w + instalacion		
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

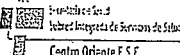
35

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Cuento electrónico		Unidad	Candelario Centro Salud	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitan arreglo del.			Se realizó esta		
Cuento electrónico y			actividad.		
ordenarlo y retirar los					
escombros.					
Fecha de solicitud	06.03/24		Fecha de mantenimiento	06.03/24	
Nombre de quien solicita	Mesa de ayudas coordina		Tiempo empleado	3 Horas	
Fecha de recibido	06.03/24		Nombre del tecnico	Enrique Arias	
Nombre de quien recibe	Milena Guevara		Materiales utilizados		
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No	Queda organizado		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	pendiente del retiro de los escombros		

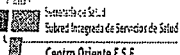
X

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Oxigeno y banos		Unidad	Sampur Manzanilla cap	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitan dejar los			Se realizó esta solicitud		
banos con oxigeno					
y los servidores					
Fecha de solicitud	06/03/24		Fecha de mantenimiento	06.03/24	
Nombre de quien solicita	Mesa de ayudas coordina		Tiempo empleado	2 Horas	
Fecha de recibido	06/03/24		Nombre del tecnico	Enrique Arias	
Nombre de quien recibe	Vanessa Agui		Materiales utilizados		
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			


36 x

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Tanques Subterráneos	Unidad	Jorge Eliécer Gaitán
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Solicitan el apoyo		Se realizó esta	
para mejorar el tanque subterráneo los días 6-7 marzo/24		actividad estos 2 días.	
Fecha de solicitud	6-17/03/24	Fecha de mantenimiento	6-17-03/24
Nombre de quien solicita	Carlos Osorio Sta Clara	Tiempo empleado	2 días
Fecha de recibido	6-17/03/24	Nombre del tecnico	Enrique Arias
Nombre de quien recibe	Enrique Arias	Materiales utilizados	
Niveles de satisfacción		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	


X

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Toda la Sede C.	Unidad	Candelaria Centro Solo
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Solicitan acompañamiento para revisar todas las áreas del centro Candelaria		Se ase acompañamiento a visita de control interna por toda la sede	
Fecha de solicitud	07-03/24	Fecha de mantenimiento	07-03/24
Nombre de quien solicita	Carlos Osorio Sta Clara	Tiempo empleado	4 horas
Fecha de recibido	07-03/24	Nombre del tecnico	Enrique Arias
Nombre de quien recibe	Ailena Guerra	Materiales utilizados	
Niveles de satisfacción		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	Se apoya en el acompañamiento
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	


3+


 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Bodega archivo Cr	Unidad	archivo cruces - Bde
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Solicitan arreglo de la entrada a la bodega por actuas recofe		Se arregla bodega y se organiza para la entrada de comos.	
Fecha de solicitud	22.03/24	Fecha de mantenimiento	22.03/24
Nombre de quien solicita	mesa de ayudas	Tiempo empleado	1 hora
Fecha de recibido	22.03/24	Nombre del tecnico	Enrique Arias
Nombre de quien recibe	M. D. Colera de R	Materiales utilizados	
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	Se deja ordenado.
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	

X

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Vacacion	Unidad	cruces centro salud
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Solicitan arreglo de techo.		Se realiza esta solici	
Se estuca y sechja listo para pintura.		Tsd	
Fecha de solicitud	26.03/24	Fecha de mantenimiento	26.03/24
Nombre de quien solicita	mesa de ayudas	Tiempo empleado	4 horas
Fecha de recibido	26.03/24	Nombre del tecnico	Enrique Arias
Nombre de quien recibe	M. D. Colera de R	Materiales utilizados	
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	pendiente pintura.
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	

38

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	coordin. odontolo	Unidad	Candelaria Centro Salud
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
solicitan instalar		Se realizó esta	
una cartelera en		solicitud.	
of.			
Fecha de solicitud	26.03/24	Fecha de mantenimiento	26.03/24
Nombre de quien solicita	coordinador maldonado	Tiempo empleado	2 Horas
Fecha de recibido	26.03/24	Nombre del tecnico	Enrique Anail
Nombre de quien recibe	Milena Guero	Materiales utilizados	elases y tornillos.
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	

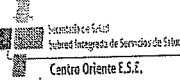
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	coord. odontologia	Unidad	Candelaria Centro Salud
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
solicitan instalar table		Se instalo tablero y se re	
ro en of. de coord.		usó los cables y urgacables	
odontologia		del centro	
revisar fecha y urg			
cables de centro			
Fecha de solicitud	26.03/24	Fecha de mantenimiento	26.03/24
Nombre de quien solicita	coordinacion.	Tiempo empleado	4 Horas
Fecha de recibido	26.03/24	Nombre del tecnico	Enrique Anail
Nombre de quien recibe	Milena Guero	Materiales utilizados	chasos y tornillos.
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No	quedo instalado pendiente
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	de pintar pared de coord.
			odontologica.

39

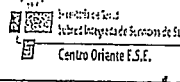
<small> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO </small>			<small> CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11 </small>		
Servicio:	eost. externa		Unidad:	Sampier mendoza CAPS	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitan el arreglo de las sillas del consultorio # 206. atención al usuario y odontología por el daño de estos.			Se arreglaron estos Re que no venían.		
Fecha de solicitud	26.03/24		Fecha de mantenimiento	26.03/24	
Nombre de quien solicita	Coordinadora Eliana B.		Tiempo empleado	4 Horas	
Fecha de recibido	26.03/24		Nombre del tecnico	Enrique Arias	
Nombre de quien recibe	Vanessa Argü		Materiales utilizados		
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	los aceros de uno de las sillas hay que cambiar las por daño a este.		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

<small> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO </small>			<small> CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11 </small>		
Servicio:	OXIGENO SEGURO		Unidad:	Sampier mendoza	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitan revisar las bombas y las botas con bombas de oxígeno.			Se realiza esta solicitud.		
Fecha de solicitud	27.03/24		Fecha de mantenimiento	27.03/24	
Nombre de quien solicita	Coordinadora Eliana B.		Tiempo empleado	2 Horas	
Fecha de recibido	27.03/24		Nombre del tecnico	Enrique Arias	
Nombre de quien recibe	Vanessa Argü		Materiales utilizados		
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	Quedan todas las áreas revisadas y los bombas del oxígeno.		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

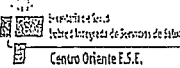
40

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO			CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	parques de m bodega		Unidad	Archivo cruces
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456				
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento	
Se recop. escombros			Se realiza y se sacaron	
y se sacan o carro de			4 lonas de escombros	
basura y lonas				
Fecha de solicitud	27 03/24		Fecha de mantenimiento	27 03/24
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	1 Hora
coordinación			Nombre del tecnico	enrique Armas
Fecha de recibido	27 03/24		Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			4 lonas	
Nidia Colorado R			Observaciones	
Niveles de satisfaccion				
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No	pendiente de 4 lonas	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	que quedan con escombros	

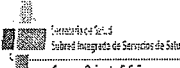
7

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO			CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	bodega archivado		Unidad	archivo bodega cruces
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456				
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento	
Solicitan arreglo de			Se realiza esta	
la entrada principal			Solicitar	
por dano				
Fecha de solicitud	27 03/24		Fecha de mantenimiento	27 03/24
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	6 Horas
mesa de ayudas			Nombre del tecnico	enrique Armas
Fecha de recibido	27 03/24		Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			cemento gris = arena de rio	
Nidia Colorado R			Observaciones	
Niveles de satisfaccion				
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No	queda arreglado y las	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	tabletas la entrada	

41

 <div style="text-align: center;"> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO </div> <div style="text-align: right;"> CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11 </div>					
Servicio	vacunación		Unidad	cruces. Centro Salud	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitan arreglo techo y paredes de vacunas lejan.			Se realiza la estucado del techo con una mano de yeso y estuco.		
Fecha de solicitud	27-03/24		Fecha de mantenimiento	27-03/24	
Nombre de quien solicita	Mesa de ayudas		Tiempo empleado	2 Horas	
Fecha de recibido	27-03/24		Nombre del técnico	Enrique Arias	
Nombre de quien recibe	Mda. Colorado R		Materiales utilizados		
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	pendiente de pintura.		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

7

 <div style="text-align: center;"> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO </div> <div style="text-align: right;"> CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11 </div>					
Servicio	parqueadero bodega		Unidad	archivo cruces.	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitan el arreglo de la entrada principal a la bodega y el arreglo de tabletas del parqueadero.			Se realiza el arreglo de la entrada principal del parqueadero y de las tabletas de este.		
Fecha de solicitud	27-03/24		Fecha de mantenimiento	27-03/24	
Nombre de quien solicita	Mesa de ayudas		Tiempo empleado	6 Horas	
Fecha de recibido	27-03/24		Nombre del técnico	Enrique Arias	
Nombre de quien recibe	Mda. Colorado R		Materiales utilizados		
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	pendiente de reforzar con mas gravilla y cemento todas las areas del parqueadero.		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. SISSCO-2024-CI-000546
Folios: 1 Anexos: 0

ORIGEN: EDITH CARDENAS HERRERA Oficina De Control Interno
DESTINO: YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN YANET SOFÍA RODRÍGUEZ
LEGUIZAMÓN - - Dirección Administrativa
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Interna

Bogotá D.C.; 4 de abril de 2024

Para: YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN
Directora Administrativa
Dirección Administrativa

De: EDITH CARDENAS HERRERA
Jefe de Oficina
Oficina de Control Interno

Asunto: SOLICITUD INFORMACIÓN DETALLADA DE CAJA MENOR CON CORTE
A 31 DE MARZO DE 2024

Reciba un cordial saludo,

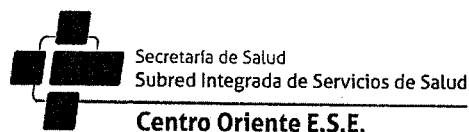
De acuerdo a lo establecido en el reciente Decreto 062 del 09 de febrero de 2024: ***"Por el cual se ordena implementar medidas de austeridad y eficiencia del gasto público en las entidades y organismos de la administración distrital"*** y:

De conformidad con los roles de la Oficina de Control Interno y el Ordenamiento Jurídico Colombiano, art 2 de la ley 87 de 1993 "Por medio de la cual se establecen las normas para la Evaluación de Control Interno de las Entidades y Organismos del Estado y se dictan otras disposiciones, a los roles establecidos para la Oficina de Control Interno". El Decreto 1083 de 2015, el Decreto 648 de 2017 y el Plan Anual de Auditorías Internas basada en riesgos PAAI vigencia 2024 el cual fue aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno No. 4 de fecha 19 de diciembre de 2023, la O.C.I solicita la siguiente Información:

1. Informe completo y detallado del funcionamiento de la caja menor mensual y acumulada, con corte a **31 de marzo de 2024** (Ejecución Presupuestal, estados financieros, relación de egresos, relación de ingresos, Bancos: conciliaciones, bancarias, libros de bancos de cada una de las cuentas bancarias que posee la caja menor), en archivos Word, Pdf y Excel editable.
2. Copia del Acto Administrativo mediante el cual se constituyó el funcionamiento de la Caja Menor de la Subredco para la vigencia 2024.

Diagonal 34 No. 5 - 43
Conmutador: 3282828
www.subredcentrooriente.gov.co

Código Postal: 110311





SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. SISSCO-2024-CI-000573
Folios: 1 Anexos: 7

ORIGEN: YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN Dirección Administrativa
DESTINO: EDITH CARDENAS HERRERA EDITH CARDENAS HERRERA - -
Oficina de Control Interno
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación interna

Bogotá D.C.; 8 de abril de 2024

Para: **EDITH CARDENAS HERRERA**
Jefe de Oficina
Oficina de Control Interno

De: **YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN**
Directora Administrativa
Dirección Administrativa

Asunto: RESPUESTA A SOLICITUD INFORMACIÓN DETALLADA DE CAJA
MENOR CON CORTE A 31 DE MARZO DE 2024

Reciba un cordial saludo,

En atención al requerimiento del asunto relacionada con "Solicitud de información detallada de caja menor con corte a 31 de marzo de 2024" me permito informar así:

1. Informe completo y detallado del funcionamiento de la caja menor mensual y acumulada, con corte a **31 de marzo de 2024** (Ejecución Presupuestal, estados financieros, relación de egresos, relación de ingresos, Bancos: conciliaciones, bancarias, libros de bancos de cada una de las cuentas bancarias que posee la caja menor), en archivos Word, PDF y Excel editable.

Respuesta:

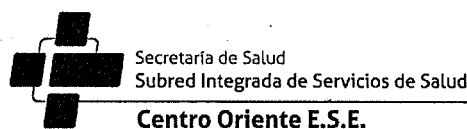
a) **ENERO DE 2024**

Se constituye y establece el funcionamiento de la caja menor para la vigencia fiscal 2024 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., mediante la Resolución número 040 de fecha 19 de enero de 2024.

Los dineros destinados a la caja menor de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., se encuentran respaldados con la expedición de la certificación de disponibilidad presupuestal número 382 de fecha 19 de enero de 2024.

La Caja Menor de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., se encuentra amparada bajo la póliza de seguro de manejo global de entidades estatales No. 21-42-101002981 con la aseguradora Seguros del Estado (NIT. 860.009.578 – 6), la cual la tiene vigencia hasta el 31 de julio de 2024.

Diagonal 34 No. 5 - 43
Conmutador: 3282828
www.subredcentroorientegov.co
Código Postal: 110311



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. SISSCO-2024-CI-000573
Folios: 1 Anexos: 7

ORIGEN: YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN Dirección Administrativa
DESTINO: EDITH CARDENAS HERRERA EDITH CARDENAS HERRERA - -
Oficina de Control Interno

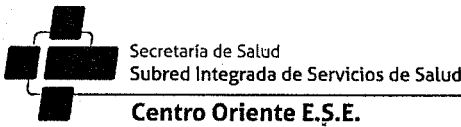
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación interna

4212020200801	Impresos y Publicaciones	1.800.000	21.600.000
4212020200803	Mantenimiento ESE	3.437.000	41.244.000
4218040701	Impuestos y Contribuciones	583.000	6.996.000
4212020200909	Bienestar E Incentivos	250.000	3.000.000
4244245010301	Medicamentos	4.500.000	54.000.000
4245010305	Adquisiciones de Bienes PIC	3.094.000	37.128.000
4245010401	Material Médico Quirúrgico	14.633.000	175.596.000
4245020602201	Adquisición Otros Servicios de Salud	250.000	3.000.000
4245020801	Mantenimiento Equipo Hospitalario	2.343.000	28.116.000
4245020903	Adquisiciones de Servicios de Salud	233.000	2.796.000
	TOTAL	37.916.000	454.992.000

FUENTE DE LA INFORMACIÓN: dirección administrativa resolución no. 040 de fecha 19 de enero de 2024

Durante el mes de enero de 2024 la caja menor no tuvo movimiento en razón a que se estaba gestionando la legalización de firma en el banco Davivienda de la cuenta corriente número 008469999208 por cambio Directora Administrativa.

Diagonal 34 No. 5 - 43
Conmutador: 3282828
www.subredcentrooriente.gov.co
Código Postal: 110311





SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

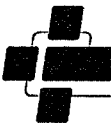
Al contestar Cite Este No. SISSCO-2024-CI-000573
Folios: 1 Anexos: 7

ORIGEN: YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN Dirección Administrativa
DESTINO: EDITH CARDENAS HERRERA EDITH CARDENAS HERRERA - -
Oficina de Control Interno
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Interna

TABLA 4 Detalle movimiento Efectivo mes Febrero 2024.

FECHA	DETALLE	DEBE	HABER	SALDO
02/02/2024	Ingreso cheque 60887-0 Gastos Efectivo, comprobante 791 banco	4.900.000,00		4.900.000,00
02/02/2024	Comprobante -6027- Fernando Lesmes Aldana		12.000,00	4.888.000,00
02/02/2024	Comprobante -6028- Pedro P Munevar B		27.500,00	4.860.500,00
02/02/2024	Comprobante -6029- Daniel Palacios		5.712,00	4.854.788,00
05/02/2024	Comprobante -6030- Yolanda Rincón Sánchez, Fra. PAEL 2773		821.000,00	4.033.788,00
05/02/2024	Comprobante -6031- Eduart Hanns González Roa		255.000,00	3.778.788,00
06/02/2024	Comprobante -6032- Orlando Forero		22.000,00	3.756.788,00
07/02/2024	Comprobante -6033- C&B Papeles de Colombia SAS, Fra. H0050447		452.200,00	3.304.588,00
07/02/2024	Comprobante -6034- Wilson Arley Franco		64.850,00	3.239.738,00
07/02/2024	Comprobante -6035- Shirley Torres Rodríguez		54.000,00	3.185.738,00
08/02/2024	Comprobante -6036- Seguridad Industrial Global SAS, Fra. EPR11229		300.000,00	2.885.738,00
08/02/2024	Comprobante -6037- Medicox Ltda. Fra. FVEC 63450		906.929,00	1.978.809,00
09/02/2024	Comprobante -6038- Miguel Cortes		85.550,00	1.893.259,00
09/02/2024	Comprobante -6039- Luis Prieto		118.000,00	1.775.259,00
09/02/2024	Comprobante -6040- Juan Isidro Gordillo		93.500,00	1.681.759,00
09/02/2024	Comprobante -6041- Distribuidora Colombiana de Medicamentos Discolmedica Fra. FEBT114151		202.570,00	1.479.189,00
09/02/2024	Comprobante -6042- Fullimpresos SAS, Fra FE-377		333.552,00	1.145.637,00
09/02/2024	Comprobante -6043- Juan Carlos Medaglia Castaño, Fra. FEV-2328		360.000,00	785.637,00
09/02/2024	Ingreso cheque 60884-4 Gastos Efectivo, comprobante 792 banco	5.000.000,00		5.785.637,00
12/02/2024	Comprobante -6044- JM Servicios y Mantenimiento SAS, Fra. FV-243		833.000,00	4.952.637,00
12/02/2024	Comprobante -6045- Fredy Alexander Rodríguez García		56.000,00	4.896.637,00
12/02/2024	Comprobante -6046- Eduart Hanns González Roa		55.000,00	4.841.637,00
12/02/2024	Comprobante -6047- Cristian Camilo Leguizamón Arguello		170.000,00	4.671.637,00
12/02/2024	Comprobante -6048- Medical Group Annma SAS, Fra. FEIB4510		91.310,00	4.580.327,00
13/02/2024	Comprobante -6049- Servientrega S.A.		597.665,00	3.982.662,00
14/02/2024	Comprobante -6050- Oridental SAS, Fra. 30388		208.250,00	3.774.412,00
15/02/2024	Comprobante -6051- Daniel Palacios		43.316,00	3.731.096,00
16/02/2024	Comprobante -6052- Bioplast SAS, Fra. FE01-246846		90.886,00	3.640.210,00
19/02/2024	Comprobante -6053- Mireya Espitia		50.000,00	3.590.210,00
19/02/2024	Comprobante -6054- Nidia Toro Huertas		64.000,00	3.526.210,00
19/02/2024	Comprobante -6055- Juan Carlos Perilla Monroy		138.000,00	3.388.210,00
19/02/2024	Comprobante -6056- Luis Venegas		95.000,00	3.293.210,00
19/02/2024	Comprobante -6057- Danna Montes		46.000,00	3.247.210,00
19/02/2024	Comprobante -6058- Diana Sandoval		130.000,00	3.117.210,00
19/02/2024	Comprobante -6059- José Aureliano Ávila Muñoz, Fra. 0465		2.849.631,00	267.579,00
19/02/2024	Ingreso cheque 60891-0 Gastos Efectivo, comprobante 795 banco	5.000.000,00		5.267.579,00
19/02/2024	Comprobante -6060- Romelia Orquidea Henao		54.000,00	5.213.579,00
20/02/2024	Comprobante -6061- Insumos Textiles Ciertex SAS, Fra. INTE 6192		71.710,00	5.141.869,00
20/02/2024	Comprobante -6062- Karol Dayan Castiblanco Castiblanco		38.700,00	5.103.169,00

Diagonal 34 No. 5 - 43
Conmutador: 3282828
www.subredcentrooriente.gov.co
Código Postal: 110311



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. SISSCO-2024-CI-000573
Folios: 1 Anexos: 7

ORIGEN: YANET SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMÓN Dirección Administrativa
DESTINO: EDITH CARDENAS HERRERA EDITH CARDENAS HERRERA - -
Oficina de Control Interno
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación interna

BANCO DAVIVIENDA
Recibo Empresarial
Fecha: 06/03/2024 Hora: 11:03:02
Jornada: Normal
Oficina: 0070
Terminal: C10070W101
Usuario: DNS
DATOS DEL CONVENIO
Nombre del Convenio:
SUBRED INTE DE SERV DE SALUD CEN
Cuenta Convenio:*****7591
Codigo Convenio: 01154954
No. Referencia 1:
No. Referencia 2: 900690617
Forma de Pago: Efectivo
Vr. Total: \$742,033.00
Costo transacción: \$0.00
No. Transacción: 566609
Quien realiza la transacción
Tipo Id: CC
Número Id: 900690617
Transacción exitosa en línea
Por favor verifique que la
información impresa es correcta.

BANCO DAVIVIENDA
Recibo Empresarial
Fecha: 06/03/2024 Hora: 11:03:02
Jornada: Normal
Oficina: 0070
Terminal: C10070W101
Usuario: DNS
DATOS DEL CONVENIO
Nombre del Convenio:
SUBRED INTE DE SERV DE SALUD CEN
Cuenta Convenio:*****7591
Codigo Convenio: 01154954
No. Referencia 1:
No. Referencia 2: 900690617
Forma de Pago: Efectivo
Vr. Total: \$742,033.00
Costo transacción: \$0.00
No. Transacción: 566609
Quien realiza la transacción
Tipo Id: CC
Número Id: 900690617
Transacción exitosa en línea
Por favor verifique que la
información impresa es correcta.

DAVIVIENDA (92)02500576707174

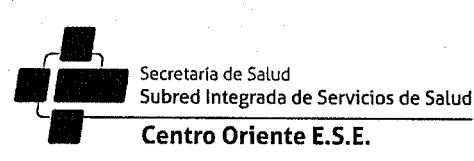
FORMATO DE CONVENIOS EMPRESARIALES

Nombre del Convenio: SUBRED INTE DE SERV DE SALUD CEN
Cuenta Convenio: *****7591
Codigo Convenio: 01154954
No. Referencia 1:
No. Referencia 2: 900690617

Forma de Pago: Efectivo
Vr. Total: \$742,033.00
Costo transacción: \$0.00
No. Transacción: 566609
Quien realiza la transacción
Tipo Id: CC
Número Id: 900690617
Transacción exitosa en línea
Por favor verifique que la información impresa es correcta.

FUENTE DE LA INFORMACIÓN: dirección administrativa archivo físico

Diagonal 34 No. 5 - 43
Conmutador: 3282828
www.subredcentrooriente.gov.co
Código Postal: 110311





SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. SISSCO-2024-CI-000573
Folios: 1 Anexos: 7

ORIGEN: YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN Dirección Administrativa
DESTINO: EDITH CARDENAS HERRERA EDITH CARDENAS HERRERA - -
Oficina de Control Interno

TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación interna

c) MARZO DE 2024

Durante el mes de marzo de 2024 se presentaron los siguientes movimientos reflejados en el libro de banco Davivienda de la cuenta corriente número 008469999208 así:

TABLA 5 Detalle movimiento banco mes Marzo 2024.

FECHA	DETALLE	DEBE	HABER	SALDO
04/03/2024	Comprobante -800- cheque 60896-9 Gastos Efectivo		5.000.000,00	4.347.320,00
07/03/2024	Abono por transferencia reembolso mes Febrero de 2024	28.759.660,00		33.106.980,00
08/03/2024	Comprobante -801- cheque 60897-2 Gastos en Efectivo		5.000.000,00	28.106.980,00
12/03/2024	Comprobante -802- cheque 60898-6 Medicox Ltda., Fra. FVEC 64765 ANULADO		0,00	28.106.980,00
12/03/2024	Comprobante -803- cheque 92937-9 Polimedic's Farmaceutica SAS, Fras. FE 1256 \$301.208 y FE 1257 \$970860		1.272.068,00	26.834.912,00
12/03/2024	Comprobante -804- cheque 92938-2 La Instrumentadora SAS, Fra. FE-4857		1.188.029,00	25.646.883,00
13/03/2024	Comprobante -805- cheque 92939-6 Medicox Ltda, Fra. FVEC 64765		2.959.958,00	22.686.925,00
15/03/2024	Comprobante -806- cheque 92940-5 Gastos Efectivo		5.000.000,00	17.686.925,00
15/03/2024	Comprobante -807- cheque 92941-9 Bioplast SAS, fra. FE0 248320 \$		1.432.322,00	16.254.603,00
15/03/2024	Comprobante -808- cheque 92942-2 Medicox Ltda. Frea. FVEC 65211		2.012.771,00	14.241.832,00
21/03/2024	Comprobante -809- cheque 92943-6 Farma Red SAS, Fra. FE 30748		1.481.144,00	12.760.688,00
21/03/2024	Comprobante -810- cheque 92944-1 Polimedic's Farmaceutica SAS, Fra. FE 12266		1.067.946,00	11.692.742,00
21/03/2024	Comprobante -811- cheque 92945-3 MyM Equipos Médicos SAS, Fra. FEMM9475		1.384.316,00	10.308.426,00
	Cierre Marzo de 2024	38.106.980,00	27.798.554,00	
	Saldo que pasa		10.308.426,00	
	Sumas iguales	38.106.980,00	38.106.980,00	
	Saldo que pasa	10.308.426,00		10.308.426,00

FUENTE DE LA INFORMACIÓN: dirección administrativa Excel libro banco

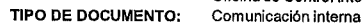
Diagonal 34 No. 5 - 43
Conmutador: 3282828
www.subredcentrooriente.gov.co
Código Postal: 110311



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. SISSCO-2024-CI-000573
Folios: 1 Anexos: 7

ORIGEN: YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN Dirección Administrativa
DESTINO: EDITH CARDENAS HERRERA EDITH CARDENAS HERRERA - -
Oficina de Control Interno
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Interna

En el primer trimestre de 2024 el acumulado fue:

Mes	Materiales y Suministros	Gasto Computador	Gto Transporte y Comunicación	Impresos y Publicaciones	Mantenimiento ESE	Impptos, Tasa, Contribuc, Derechos y Multas	Bienestar e Incentivos	Medicamentos	Adquisiciones de Bienes P/C	Materia Médica Quirúrgico	Adquisición Otros Servicios de Salud	Mto Equipo Hospitalario	Adquisición de Servicios de Salud	Total Mes
Enero	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Febrero	1.883.610,00	809.112,00	2.614.615,00	357.000,00	1.000.000,00	562.438,00	250.000,00	1.768.620,00	3.053.000,00	14.428.216,00	0,00	2.190.049,00	0,00	28.759.660,00
Marzo	512.200,00	755.000,00	2.415.950,00	0,00	3.219.790,00	441.819,00	260.000,00	2.102.500,00	3.010.500,00	12.259.092,00	0,00	1.103.195,00	0,00	26.110.036,00
TOTAL	2.195.810,00	1.591.112,00	5.030.565,00	357.000,00	4.219.790,00	1.004.257,00	500.000,00	3.871.120,00	6.073.500,00	26.727.236,00	0,00	3.293.244,00	0,00	54.869.696,00

Enero de 2024 \$0
Febrero de 2024 28.759.660,00
Marzo de 2024 26.110.036,00
TOTAL \$54.869.696,00

2. Copia del Acto Administrativo mediante el cual se constituyó el funcionamiento de la Caja Menor de la Subredco para la vigencia 2024.

Respuesta: Se anexa Resolución número 040 de fecha 19 de enero de 2024.

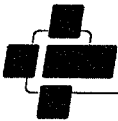
Anexo: Excel editable libro bancos y efectivo, PDF póliza de manejo, PDF resolución apertura caja menor vigencia 2024, PDF conciliaciones bancarias

Cordialmente,

YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN
Directora Administrativa
Dirección Administrativa

CC:	
Responsable	Nombres y Apellidos Completos
Elaboró	BLANCA PAULINA SUAREZ ROSAS / DA
Revisó	YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN / DA
Aprobó	YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN DA
Declaramos los arriba firmantes, que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto, lo presentamos para firma.	

Diagonal 34 No. 5 - 43
Conmutador: 3282828
www.subredcentrooriente.gov.co
Código Postal: 110311



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6139

FECHA

05/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

IMPUESTOS TASAS DERECHOS CONTRIBUCIONES Y MULTAS

VALOR:

\$43.700,00

LA SUMA DE:

CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

CANCELADO A SECRETARIA DE MOVILIDAD NIT 899.999.061-9-EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO DE LIBERTAD Y TRADICIÓN VEHÍCULO DE PLACA OBG3564 PERTENECIENTE A LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E., SOLICITADO POR DIANA CARLONA SANDOVAL MANRIQUE, LÍDER TRANSPORTE

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE



CERTIFICADO DE LIBERTAD Y TRADICIÓN EN LINEA

Nro. CT43059

El vehículo de placas OBG356 tiene las siguientes características:

Placa:	OBG356	Clase:	CAMIONETA
Marca:	CHEVROLET	Modelo:	2007
Color:	BLANCO MAHLER	Servicio:	Oficial
Carrocería:	DOBLE CABINA	Motor:	C24SE31015819
Serie:	8LBDTF1D670005517	Línea:	LUV D MAX
Chasis:	8LBDTF1D670005517	Capacidad:	Psj: 5 Sentados: 5 Pie: 0
VIN:		Puertas:	4
Cilindraje:	2400	Estado:	ACTIVO
Nro. de Orden:	No registra actualmente	Fecha Matrícula:	18-01-2007
Combustible:	GASOLINA	Radio de acción:	

Manifiesto de aduana o Acta de remate:07888290025740 con fecha de importación 15/09/2006, .

Empresa Afiliadora:

Medidas cautelares vigentes

Historial de medidas cautelares

No registra actualmente.

Prenda o pignoración

Prendas, pignoraciones o gravámenes no vigentes

Propietario(s) Actual(es)

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE Nit 830077633, domiciliado(a) en: CRA 13 # 26A-34 S, telefono de

Historial de propietarios

No registra actualmente.

Historial de tarjetas de operación

No registra actualmente.

Historial de traslados

No registra actualmente.

Clasificación vehículo

Fecha

Clasificación

Observaciones:

Dado en Bogotá, a los 5 días del mes de abril de 2024 a las 09:28:45

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTÁ / 05 DE ABRIL DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE
ÁREA / DEPENDENCIA	TRANSPORTE
CENTRO DE COSTO	7ADM07 5111900002
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	HOSPITAL SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Un Certificado de libertad y tradicion para el vehiculo administrativo OBG356 realizada ante la Ventanilla Única de Servicios el día 05/04/2024 y registrada con número 202404050920211899.

3. JUSTIFICACIÓN

Un Certificado de libertad y tradicion para el vehiculo administrativo OBG356 realizada ante la Ventanilla Única de Servicios el día 05/04/2024 y registrada con número 202404050920211899, para adjuntar como soporte ante la aseguradora.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

N/A
Vo.Bø. Funcionario Almacén

Diana Sandoval
Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bø. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

54



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6140	FECHA	08/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	\$100.000,00		
LA SUMA DE:	CIEN MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A JUAN CARLOS PERILLA MONROY NIT 79.645.078 POR TRANSPORTE AL ASISTIR A REUNIÓN PLAN ESTRATÉGICO SEGURIDAD VIAL Y CAPACITACIÓN CON EL COMPUTADOR PORTÁTIL DE LA ENTIDAD, REUNIÓN CON EL COORDINADOR DE GARANTÍAS AUTONIZA DE AMBULANCIAS APH Y SECUNDARIOS, SEGUIMIENTO A MOVILES QUE SE ENCUENTRAN EN MANTNIMIENTO, AUTORIZADO POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA TRANSPORTE.		

Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bø. CUENTADANTE

7AD702

*



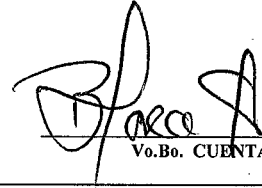
No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR	
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	ITM	COLECTIVO	TAXI		
1	1/04/2024	HOSPITAL SANTA CLARA	HOSPITALSAN BLAS	REUNION PLAN ESTRATEGICO SEGURIDAD VIAL Y CAPACITACION CON EL COMPUTADOR PORTATIL DE LA ENTIDAD						X	\$ 12.000,00
2	1/04/2024	HOSPITAL SAN BLAS	HOSPITAL SANTA CLARA								X
3	4/04/2024	HOSPITAL SANTA CLARA	AUTONIZA CALLE 80 VIA SIBERIA	REUNION CON EL COORDINADOR DE GARANTIAS AUTONIZA DE AMBULANCIAS APH Y SECUNDARIOS						X	\$ 35.000,00
4	4/04/2024	AUTONIZA CALLE 80 VIA SIBERIA	HOSPITAL SANTA CLARA								X
5	5/04/2024	HOSPITAL SANTA CLARA	TALLER AUTOS MONGUI	SEGUIMIENTO A MOVILES QUE SE ENCUENTRAN EN MANTENIMIENTO						X	\$ 8.000,00
6											
7											
8											
9											
TOTAL											\$ 100.000,00

JUAN CARLOS PERALTA MONROY
C.C. 79.647.073

Diana Sandoval
Vo.Bc. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

Vo.Bc. DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO (A)

Recibí \$100.000,00
Jual Cordero

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS</div> <div>FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-092</div> <div>VERSIÓN: 1</div> <div>FECHA: 2019-01-25</div>	
1. INFORMACIÓN			
COMPROBANTE N°	6141	FECHA	09/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	S147.500,00		
LA SUMA DE:	CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A LUIS PRIETO NIT 1.108.457.098 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE, PARA REALIZAR RECORRIDO EVIDENCIAS HALLASZGOS, REVISIÓN LLENADO DE TANQUE, INSPECCIÓN ARREGLO PUERTA, REVISIÓN CAMBIO DE LUMINARIAS , ENTRE OTROS, AUTORIZADO POR JUAN FELIPE FUENTES SARMIENT, LIDER GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO.		
<div> Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO</div>		<div> Vo.Bø. CUENTADANTE</div>	

*

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
1	01-03-24	Santa Clara	Antonio N.	Revisión llenado de tanque		x			2.950
2	01-03-24	Antonio N.	Olaya	Inspección arreglo de puerta		x			2.950
3	01-03-24	Olaya	Santa Clara	Revisión a la oficina		x			2.950
4	04-03-24	Santa Clara	1ra mayo	Revisión evidencia hallazgos		x			2.950
5	04-03-24	1ra Mayo	Bello Horiz.	Revisión evidencia hallazgos		x			2.950
6	04-03-24	Bello Horiz.	Alpes	Revisión evidencia hallazgos		x			2.950
7	04-03-24	Alpes	Altamira	Revisión evidencia hallazgos		x			2.950
8	04-03-24	Altamira	Libertad	Revisión evidencia hallazgos		x			2.950
9	04-03-24	Libertad	1ra mayo	Supervisión cambio de luminaria		x			2.950
10	04-03-24	1ra Mayo	Santa Clara	Revisión a la oficina		x			2.950
TOTAL									29.500

[Firma]
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 1108453098

\$17.500
[Firma]
Dpto. 2017-05-09

[Firma]
Vo.Bo. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

Vo.Bo. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)
[Firma]

Juan Felipe Fuentes Samiento
Arquitecto
411220220-101907344
7ADM03
51123001



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN


COMPROBANTE N°	6142	FECHA	09/04/2024
----------------	------	-------	------------

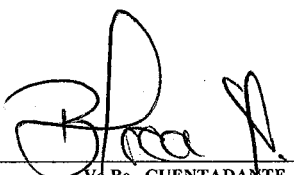
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
---------------------	------------------------------

VALOR:	\$59.000,00
--------	-------------

LA SUMA DE:	CINCUENTA Y NUEVE MIL PESOS M.CTE.
-------------	------------------------------------

CONCEPTO:	CANCELADO A MIGUEL A CORTES NIT 19.340.564 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE, PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO, AUTORIZADO POR JUAN FELIPE FUENTES SARMIENT, LIDER GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO.
-----------	---


Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bo. CUENTADANTE

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE			VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM COLECTIVO TAXI	
1	1-3-24	primero mayo	Antonio Narváez	completo escape de cabina giratoria	x			2950
2	1-3-24	Antonio Narváez	primero mayo	Retorno de la	x			2950
3	4-3-24	primero mayo	Antonio Narváez	lavado de fender de la	x			2950
4	4-3-24	Antonio Narváez	primero mayo	Retorno de la	x			2950
5	7-3-24	primero mayo	Bello Horizonte	Revisión de Buzos	x			2950
6	7-3-24	Bello Horizonte	primero mayo	Retorno de la	x			2950
7	11-3-24	primero mayo	Bello Horizonte	quedarse en el escape de cabina giratoria	x			2950
8	11-3-24	Bello Horizonte	primero mayo	Retorno de la	x			2950
9	18-3-24	primero mayo	Bello Horizonte	Revisión de Buzos	x			2950
10	18-3-24	Bello Horizonte	primero mayo	Retorno de la	x			2950

\$59,000

Priguel Acosta D

CC. 19340564

Revisión \$59.000

Revisión

Priguel Acosta D

Priguel Acosta D

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

CC. 19340564

Diana Sandoval

Vc.Bs. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

Priguel Acosta D

Revisión \$59.000

Revisión

Priguel Acosta D

Juan Felipe Fuentes Sarmiento

Arquitecto

A4420220-1019077319

7ADN403

SVU23001

CÓDIGO: AP-RE-FI-001
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-05-09

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO PLANILLA DE AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTES POR CAJA MENOR

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.


No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE			VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TAXI	
1	20-3-24	Primer mayo	Bello Horizonte	Revisar fondo de caja menor	X			2950
2	20-3-24	Bello Horizonte	Primer mayo	Revisar fondo de caja menor	X			2950
3	22-3-24	Primer mayo	Antonio Narino	Revisar fondo de caja menor	X			2950
4	22-3-24	Antonio Narino	Primer mayo	Revisar fondo de caja menor	X			2950
5	23-3-24	Primer mayo	Bello Horizonte	Revisar fondo de caja menor	X			2950
6	23-3-24	Bello Horizonte	Primer mayo	Revisar fondo de caja menor	X			2950
7	26-3-24	Primer mayo	Alperz	Revisar fondo de caja menor	X			2950
8	26-3-24	Alperz	Primer mayo	Revisar fondo de caja menor	X			2950
9	27-3-24	Primer mayo	Alperz	Revisar fondo de caja menor	X			2950
10	27-3-24	Alperz	Primer mayo	Revisar fondo de caja menor	X			2950

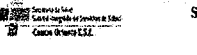
Miguel Acosta
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 19340561

Diana Sandoval
Vc.Bs. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

Vc.Bs. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

Juan Felipe Fuentes Sarmiento
Arquitecto
A1120220-1019073114

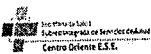
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FI-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad	Antonio Nariño		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Correblas escape de agua de pileta primer piso			Se correbla escape se cambia llave. pileta		
Servicio		Fecha de mantenimiento	1-3-24		
Nombre de quien solicita	Luis Pineda		Tiempo empleado		
Fecha de recibido	1-3-24		Nombre del tecnico	Miguel Cortes	
Nombre de quien recibe			Materiales utilizados		
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
	x				
El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
	x				
La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			
	x				

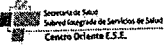
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FI-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad	Antonio Nariño		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Reforzar sede			Reforzar sede		
Servicio		Fecha de mantenimiento	1-3-24		
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
Fecha de recibido			Nombre del tecnico	Miguel Cortes	
Nombre de quien recibe			Materiales utilizados		
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
	x				
El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
	x				
La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			
	x				

<small>Servicio de Salud</small> <small>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</small> <small>APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS</small> <small>FORMATO ORDEN DE TRABAJO</small>			<small>CÓDIGO: AP-RF-FT-055</small> <small>VERSIÓN: 02</small> <small>FECHA: 2019-09-11</small>	
Servicio		Unidad	Bello Horizonte	
<small>Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA. Usuario: reportes. Contraseña: 123456</small>				
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento	
Revisar Equipos Industriales			Se revisan equipos en perfecto funcionamiento	
Servicio		Fecha de mantenimiento	7-03-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	
			Nombre del técnico	Miguel Costa
Fecha de recibido	7-03-24		Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe				
Luis Perez				
Niveles de satisfacción			Observaciones	
Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No		
	x			
El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No		
	x			
La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No		
	x			


<small>Servicio de Salud</small> <small>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</small> <small>APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS</small> <small>FORMATO ORDEN DE TRABAJO</small>			<small>CÓDIGO: AP-RF-FT-055</small> <small>VERSIÓN: 02</small> <small>FECHA: 2019-09-11</small>	
Servicio		Unidad	Bello Horizonte	
<small>Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA. Usuario: reportes. Contraseña: 123456</small>				
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento	
Reformar sede			Se Revisan sede	
Servicio		Fecha de mantenimiento	7-03-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	
			Nombre del técnico	Miguel Costa
Fecha de recibido	7-03-24		Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe				
Luis Perez				
Niveles de satisfacción			Observaciones	
Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No		
	x			
El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No		
	x			
La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No		
	x			

68


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad	Bello Horizonte		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Escape de agua en San. Elvira Bello Horizonte			Se arregla escape sanitario		
Servicio		Fecha de mantenimiento		11-03-24	
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado			
		Nombre del técnico		Miguel Cordero	
Fecha de recibido		11-03-24		Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe					
Luis Prieto					
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
	x				
El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
	x				
La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			
	x				


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad	Bello Horizonte		
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Reforma sede			Se reforma sede		
Servicio		Fecha de mantenimiento		11-03-24	
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado			
Luis Prieto		Nombre del técnico		Miguel Cordero	
Fecha de recibido		11-03-24		Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
	x				
El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
	x				
La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			
	x				

Servicio		Unidad	Bello Horizonte
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA. Usuario: reportes. Contraseña: F23456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Revisa / Equipos Industriales		Se Revisa Equipos en Buen Estado	
Servicio		Fecha de mantenimiento	18-03-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
		Nombre del tecnico	Miguel Cordero
Fecha de recibido	18-03-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			
Luis Perez			
Niveles de satisfacción		Observaciones	
Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	
	x		
El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No	
	x		
La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	
	x		

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.			SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11
Servicio		Unidad		Bello Horizonte	
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Reforzar sede			de Reforzar sede		
Servicio		Fecha de mantenimiento		18-03-24	
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado		Nombre del técnico	
Luis Pichón				Miguel Ángel	
Fecha de recibido		18-03-24		Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
	x				
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
	x				
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			
	x				

70

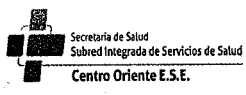
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad	Bello Horizonte
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Correla fuga de agua losomas nos Bono 2º piso		Se correla fuga de cauchic en Tumbos Ciénega Bono 2º piso	
Servicio		Fecha de mantenimiento	20-03-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
		Nombre del técnico	Priguel codes
Fecha de recibido	20-03-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			
Luis pinocho			
Niveles de satisfacción		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	x		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	x		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	x		

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad	Bello Horizonte
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Reforzar Red		De Reforzar Red	
Servicio		Fecha de mantenimiento	20-03-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
Luis pinocho		Nombre del técnico	Priguel codes
Fecha de recibido	20-03-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			
Niveles de satisfacción		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	x		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	x		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	x		

71

<small> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO </small>				<small> CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11 </small>	
Servicio				Unidad	Antonio Norato
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Revisar Toner para 1 surto.			de Revisar y de encontrar a 20 cm de nivel		
Servicio				Fecha de mantenimiento	22-3-24
Nombre de quien solicita		Luis Prieto		Tiempo empleado	
Fecha de recibido		22-3-24		Nombre del técnico	Miguel Cortes
Nombre de quien recibe		Materiales utilizados			
Niveles de satisfacción					Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		Si x	No		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?		Si x	No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?		Si x	No		

<small> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO </small>				<small> CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11 </small>	
Servicio				Unidad	Antonio Norato
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Reformatar fide			de Reformato Lido		
Servicio				Fecha de mantenimiento	22-3-24
Nombre de quien solicita		Luis Prieto		Tiempo empleado	
Fecha de recibido		22-3-24		Nombre del técnico	Miguel Cortes
Nombre de quien recibe		Materiales utilizados			
Niveles de satisfacción					Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		Si x	No		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?		Si x	No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?		Si x	No		



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6143	FECHA	09/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR	\$109.150,00		
SUMA DE	CIENTO NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M.CTE.		

CONCEPTO	CANCELADO A JUAN ISIDRO GORDILLO NIT 79.905.787 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE, PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO, AUTORIZADO POR JUAN FELIPE FUENTES SARMIENTO, LIDER GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO.
----------	---

Yo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Yo.Bo. CUENTADANTE



No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
1	120324	Logog	San Jorge	Resonar posillo	x				2950
2	140324	Piama	Chircales	Revisión chaga	x				2950
3	140324	Chircales	San Jorge	Revisión Bono	x				2950
4	150324	Chircales	Piama	Revisión flante	x				2950
5	150324	Piama	Chircales	Revisión equipos	x				2950
6	150324	Chircales	Piama	Visita seguridad al posante	x				2950
7	150324	Piama	Chircales	Visita seguridad al posante	x				2950
8	150324	Chircales	San Jorge	Revisión Intelector	x				2950
9	180324	Chircales	Piama	Revisión papelería	x				2950
10	180324	Piama	Chircales	Revisión puerta	x				2950
TOTAL									29.500

San Jorge posillo

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 79905787

Diana Sarmiento

VoBo. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

VoBo. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

Juan Felipe Fuentes Sarmiento

Arquitecto

A11220220-101907731

SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.				SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO PLANILLA DE AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTES POR CAJA MENOR				CÓDIGO: APR-FT-001 VERSION: 02 FECHA: 2017-05-09			
No.	FECHA	RUTA		ASIENTO	MEDIO DE TRANSPORTE			TAXI	VALOR		
		DESDE	HASTA		BUS	EUSETA	TM				
1	050324	San Jorge	Olaya	pregio porta	X	-			2950		
2	060324	San Sose	Olaya	pesonar porta	X				2950		
3	060324	Olaya	San Jorge	pesonar rulos	X				2950		
4	070324	San Sose	mo-Terna	recoger arromores	X				2950		
5	070324	mo-Terna	San Sose	recoger arromores	X				2950		
6	070324	San Sose	San Jorge	combia tejado	X				2950		
7	080324	chircales	Diana	revisión olombado	X				2950		
8	080324	Diana	chircales	revisión platan	X				2950		
9	110324	San Sose	Olaya	pesonar rulos	X				2950		
10	120324	San Sose	Olaya	recoger pro tuta	X				2950		
TOTAL									29.500		

San Isidro gordillo
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 79905787

Dora Sarmad
V.O.Bo. REPRESENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.


V.O.Bo. DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO (A)

Juan Felipe Fuentes Sarmiento
Arquitecto
A.F. 220220-101907734

resive la suma de	709 750	San Isidro gordillo
P	1/1	cc799es 787

79905787

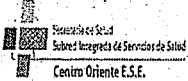
VoBo REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE FSE



Vo:Bo. DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO(A)

Juan Felipe Fuentes Sarmiento

A11220220-1019077344

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio	mantenimiento		Unidad	Santa Clara	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
recoger materiales			se recoge vobos led de 78		
Fecha de solicitud			07 03 2024		
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
			7H9		
Fecha de recibido			Nombre del tecnico		
07 03 2024			San Isidro		
Nombre de quien recibe			Materiales utilizados		
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	
--	----	----	--

¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	
--	----	----	--

¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	
--	----	----	--

¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	
--	----	----	--

Fecha de solicitud	04 03 2024		Fecha de mantenimiento	04 03 2024	
Nombre de quien solicita	Gloria J. Ramirez E.		Tiempo empleado	7H9	
Aux. Enfermeria			Nombre del tecnico	San Isidro	
Fecha de recibido	04 03 2024		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe	Gloria J. Ramirez E.				
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

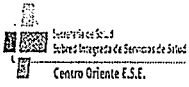
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			CÓDIGO: AP-RF-FT-055
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS			VERSIÓN: 02
FORMATO ORDEN DE TRABAJO			FECHA: 2019-09-11
Servicio	<u>motobombos</u>	Unidad	<u>Dona Turbay</u>
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
<u>Revisión motobombos</u>		<u>se revisa motobombos</u>	
		<u>sumergibles de aguas Negras</u>	
		<u>Se pone a funcionar</u>	
Fecha de solicitud	<u>04 07 2023</u>	Fecha de mantenimiento	<u>04 07 2024</u>
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	<u>17 Hrs</u>
Fecha de recibido	<u>04 07 2023</u>	Nombre del tecnico	<u>Don Isidro</u>
Nombre de quien recibe		Materiales utilizados	
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

el requerido?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

	Respuesta		Observaciones
	Si	No	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	SI	NO
	—	

Fecha de solicitud		26 03 2024		Fecha de mantenimiento		26 03 2024	
Nombre de quien solicita				Tiempo empleado		7 H 77	
Fecha de recibido		26 03 2024		Nombre del tecnico		Scan & Sidero	
Nombre de quien recibe				Materiales utilizados			
Niveles de satisfacción				Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No					
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No					
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No					
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Posillo			Unidad	Alayo
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripcion de necesidad			Descripcion del mantenimiento		
Resone en pisos			Se resona muros y filo de puerta del		
			Posillo		
Fecha de solicitud	77032023		Fecha de mantenimiento	77032023	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
			7h 10		
Fecha de recibido			Nombre del tecnico		
77032023			Sebastian Isidro		
Nombre de quien recibe			Materiales utilizados		
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

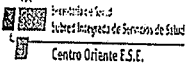
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	

¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	

Fecha de recibido		77032024		Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion				Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

empleado fue oportuno?	Si	No	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	

84

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio <u>Equipo industrial</u>		Unidad <u>Chircales</u>			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
<u>Revisión equipos</u>			<u>se revisa cps asensor</u>		
<u>motobombas todos estan</u>			<u>funcionando</u>		
Fecha de solicitud <u>75 03 2024</u>		Fecha de mantenimiento <u>75 03 2024</u>			
Nombre de quien solicita <u>Néstor Moreno García</u>		Tiempo empleado <u>9:470</u>			
C.C. <u>79.666.478</u>		Nombre del tecnico <u>Slon Isidro</u>			
Fecha de recibido <u>75 03 2024</u>		Materiales utilizados			
Nombre de quien recibe <u>Néstor Moreno García</u>					
C.C. <u>79.666.478</u>					
Niveles de satisfaccion		Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?		<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?		<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		

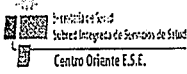
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

Niveles de satisfaccion			Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

Niveles de satisfaccion			Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

Niveles de satisfaccion			Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

85

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-IT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	planta eléctrica	Unidad	Pirano		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
abrir planta eléctrica			se abre planta eléctrica para que tomen fotos		
Fecha de solicitud		79 03 2023		Fecha de mantenimiento	
Nombre de quien solicita				Tiempo empleado	
				7 H 40	
Fecha de recibido		79 03 2023		Nombre del tecnico	
Nombre de quien recibe				Geron Isidro	
				Materiales utilizados	
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

empleo fue oportuno?	Si	No	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

empleo fue oportuno?	Si	No	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	




SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25


1. INFORMACIÓN			
COMPROBANTE N°	6144	FECHA	10/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	\$23.000,00		
LA SUMA DE	VEINTITRÉS MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A ÁNGELICA MARTÍNEZ NIT 52.173.397 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD PARA REALIZAR RADICACIÓN FORMULARIO NOVEDAD CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL, AUTORIZADO POR HENRY JOSÉ FORERO FERNÁNDEZ, LIDER CALIDAD.		
 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bo. CUENTADANTE	

Nº	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	ATM	COLECTIVO	
1	11/04/2024	USS Santa Clara	Secretaría Distrital de Salud	Radicación formulario novedad cambio de representante legal				X	\$ 10.500,00
2	11/04/2024	Secretaría Distrital de Salud	USS Santa Clara	Radicación formulario novedad cambio de representante legal				X	\$ 12.500,00
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
TOTAL									\$ 23.000,00


Angela Martinez Camacho
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 52173397



Yo Bo. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)



Diana Sandoval
Yo Bo. REPRESENTANTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.



Recibido \$23.000" Angella Martinez
12.4.24.

7ADAF10
5111230001



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Bogotá D.C.; miércoles 10 de abril de 2024

Señora:
MARCELLA TORRES
Davivienda
Carrera 13 No. 26-15
Director de Oficina Corporativa y Empresarial
Bogotá D.C.

SSCO-2024-CS-006619
Fecha y Hora: 12/04/2024 5:39:00 p. m.
Clave: loliwOn6lp
Pasa A: Despacho del Gerente
Ingreso: Telefónico
Asunto: Novedades Cuenta Corriente N° 008469999208
Folios 1



ASUNTO: Novedades Cuenta Corriente N° 008469999208

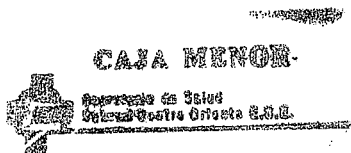
Respetada señora Marcella:

En atención al asunto de manera atenta reiteramos que las personas autorizadas para el manejo de la Cuenta Corriente N° 008469999208 son:

- **YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LÉGUIZAMÓN** con cédula de ciudadanía número 51.686.278.
- **BLANCA PAULINA SUÁREZ ROSAS**, identificada con cédula de ciudadanía número 39.714.891

Así mismo solicitamos modificar sobre la misma Cuenta Corriente N° 008469999208 el sello en el cual se requiere eliminar el actual y se registre uno nuevo.

SELLO NO NUEVO



Diagonal 34 No. 5 - 43
Conmutador: 3282828
www.subredcentrooriente.gov.co



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud



ACTA DE POSESIÓN

FOLIO No. _____

En Bogotá D.C., al primer día (01) días del mes de abril de dos mil veinticuatro (2024), se reunieron, el doctor GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS, identificado con cédula de ciudadanía N° 79.451.376, en su calidad de Secretario Distrital de Salud, según Decreto Distrital No. 009 del 11 de enero de 2024 y MELISSA TRIANA LUNA identificada con cédula de ciudadanía No. 52.706.216, con el objeto de tomar posesión como Gerente encargado de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., Código 085- Grado 09, de acuerdo con la Resolución No. 379 del 01 de abril de 2024, expedida por el Secretario Distrital de Salud.

Efectividad: A partir del primero (01) de abril de dos mil veinticuatro (2024), hasta que el titular del cargo sea nombrado y posesionado.

PRESENTÓ LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

Cedula de Ciudadanía N° 52.706.216 expedida en Bogotá D.C.
Certificado Contraloría General de la República.
Certificado de Procuraduría General de la Nación.
Certificado de Policía.
Certificado Personería de Bogotá D.C.
Certificado Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas.
Formato Hoja de Vida SIDEAP.
Declaración de Bienes y Rentas SIDEAP.

Como están cumplidos todos los requisitos exigidos para dar posesión el Secretario de Despacho de la Secretaría Distrital de Salud, le recibió, con las formalidades legales, el juramento que ordena el artículo 251 del Código del Régimen Político y Municipal, y bajo esta gravedad prometió cumplir fiel y lealmente con los deberes de su cargo.

PARA CONSTANCIA SE FIRMA LA PRESENTE DILIGENCIA

Declaro bajo la gravedad del juramento no encontrarme incurso dentro de las inhabilidades e incompatibilidades consagradas en la Constitución Política de Colombia, Ley 1438 de 2011, Ley 1952 de 2019, y demás normas vigentes.

Domicilio: Carrera 53 No. 106-63

Teléfono: 3008285257

Secretario Distrital de Salud

El Posesionado



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6145	FECHA	12/04/2024
----------------	------	-------	------------

RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
---------------------	------------------------------

VALOR	\$111.000,00
-------	--------------

LA SUMA DE:	CIENTO ONCE MIL PESOS M.CTE.
-------------	------------------------------

CONCEPTO:	CANCELADO A DIANA SANDOVAL NIT 1.030.638.907 POR TRANSPORTE AL REALIZAR TRAMITES DE RADICACIÓN ORDEN DE COMPRA COMBUSTIBLE, RECOLECCIÓN FIRMA GERENTE PODER VEHÍCULO OBG356, CONCILIACIÓN FACTURA EMPRESA DE TRANSPORTE, REUNIÓN CONVENIO APH, AUTORIZADO POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
-----------	--

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				TAXI	VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	ITM	COLECTIVO		
1	3/04/2024	Hospital Santa Clara	Sede Calle 34	RADICACION ORDEN DE COMPRAS COMBUSTIBLE					X	\$ 13.000,00
2	3/04/2024	Sede Calle 34	Hospital Santa Clara						X	\$ 12.000,00
3	5/04/2024	Hospital Santa Clara	Sede Calle 34	RECOLECCION FIRMA GERENTE PODER VEHICULO OBG356					X	\$ 13.000,00
4	5/04/2024	Sede Calle 34	Hospital Santa Clara						X	\$ 13.000,00
5	10/04/2024	Hospital Santa Clara	Cl 52a # 85-22 Barrio los Monjes	CONCILIACIÓN FACTURA EMPRESA DE TRANSPORTE					X	\$ 20.000,00
6	10/04/2024	Cl 52a # 85-22 Barrio los Monjes	Hospital Santa Clara						X	\$ 20.000,00
7	12/04/2024	Hospital Santa Clara	Hospital San Blas	REUNION CONVENIO APH					X	\$ 10.000,00
8	12/04/2024	Hospital San Blas	Hospital Santa Clara						X	\$ 10.000,00
9										
TOTAL										\$ 111.000,00

Diana Sandवाल

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

CC 1030638907

Vo.Bo. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

Vo.Bo. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

7ADM07
51123001

Recibo 111.000
15/4/2024
Diana Sandवाल

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6146

FECHA

12/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

REINTEGRO MENOR VALOR PAGADO

VALOR:

\$100,00

LA SUMA DE:

CIEN PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

AJUSTE COMPROBANTE No. 6030 MENOR VALOR CANCELADO EN LA FACTURA No. PAEL2773 YOLANDA RINCÓN RINCÓN SÁNCHEZ, DE FECHA 05 DE FEBRERO DE 2024.

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE



DAVIVIENDA



(92)02500588468369

FORMATO DE CONVENIOS
EMPRESARIALES

DATOS DEL CONVENIO			
Nombre del convenio SUBRED INTE DE SERV DE SALUD CEN	Código convenio / No. cuenta 008400747591		
Referencia 1 100.959.051-7	Referencia 2		
No. factura	Valor	No. factura	Valor

Sello del cajero

FORMA DE PAGO RECAUDO / PLANILLA

<input type="radio"/> Efectivo	<input type="radio"/> Cheque	CARGO A CUENTA O TARJETA DE CRÉDITO		<input type="radio"/> Cuenta de Ahorro	<input type="radio"/> Cuenta Corriente	<input type="radio"/> Tarjeta de Crédito*	No. de cuotas
		No. cuenta / tarjeta (origen fondos)					
RELACIÓN DE CHEQUES LOCALES		No. cuenta del cheque		Valor		Total efectivo / Cargo a cuenta o Tarjeta \$ 100.00	
Código banco	No. Cheque					<input type="radio"/> No. cheques	
						Total cheque \$	
						Total \$ 100.00	

COBRO POR VENTANILLA

Nombre del beneficiario:	Identificación del beneficiario:	Valor a cobrar \$

PAGO DE PLANILLA

<input type="radio"/> Planilla asistida	<input type="radio"/> Pin Único	Número planilla / Pin Único	Período liquidado (AAAA/MM)

DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCIÓN

Nombre y apellido SUBRED INTE DE SERV DE SALUD CEN	Teléfono 3282828	Ciudad Bogotá	Huella
Documento Identidad: <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input checked="" type="radio"/> NIT	No. documento 900959051-7	Firma de quien realiza la transacción [Firma]	

El Banco Davivienda S.A. actúa bajo la exclusiva responsabilidad de Fiduciaria Davivienda S.A. y Corredores Davivienda S.A., por lo tanto no asume obligación alguna relacionada con la ejecución de los contratos celebrados en su nombre. Los cheques depositados en esta consignación serán objeto de posterior y no serán efectivos sino hasta cuando el Banco librado acepte su pago, el cliente acepta desde ahora ajustes en sus saldos a que hubiere lugar. * Los pagos con cargo a tarjeta de crédito están sujetos a previa contratación y autorización de la empresa recaudadora. Comprobante válido con el sel

- BANCO -

BANCO DAVIVIENDA
Recaudo Empresarial
Fecha: 12/04/2024. Hora: 09:45:18
Jornada: Normal
Oficina: 0089
Terminal: CJ0089W104
Usuario: FXX
DATOS DEL CONVENIO
Nombre del Convenio:
SUBRED INTE DE SERV DE SALUD CEN
Cuenta Convenio: *****7591
Código Convenio: 01154954
No. Referencia 1: 9009590517
No. Referencia 2:
Forma de Pago: Efectivo
Vr. Total: \$100.00
Costo transacción: \$0.00
No. Transacción: 903728
Quien realiza la transacción
Tipo Id: NIT
Número Id: 9009590517
Transacción exitosa en línea
Por favor verifique que la
información impresa es correcta.

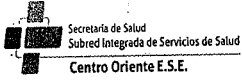
RECIBO DE CAJA
SANDRA MARINA MORENO JIMENEZ
Número : 000000000522085

CONSECUTIVO 000000000522085 ESTADO Confirmado
FECHA DEL RECIBO 29/04/2024 10:22:47 a. m. VALOR \$ 100,00
TERCERO 39714891 SUAREZ ROSAS BLANCA PAULINA
CENTRO DE COSTO
DETALLE INGRESO DEL 12 DE ABRIL DE 2024 EN LA CUENTA PRINCIPAL Deposito Efectivo en
Oficina LA MAGDALENA
VALOR EN LETRAS CIENT PESOS CON CERO CTVS M/Cte.
RECAUDO NRO
USUARIO CREA SANDRA MARINA MORENO JIMENEZ

FORMAS DE PAGO							
vr Efectivo :	\$ 100,00	vr Cheque :	\$ 0,00	vr Consign. :	\$ 0,00	vr Tarjeta :	\$ 0,00
		Consig.Nro :		Tipo :		Valor :	
		Tarjeta.Nro :		vr.Com:		Valor :	
DETALLE DEL MOVIMIENTO							
CONCEPTO		TERCERO	CEN.COSTO	CUENTA	DEBITO	CREDITO	
	BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS CTA N° 008400747591	39714891		111006001	\$ 100,00	\$ 0,00	
46	OTROS INGRESOS	39714891	7ADF07	480890001	\$ 0,00	\$ 100,00	
FACTURAS AFECTADAS							
NUMERO DE FACTURA		VALOR ABONADO		NUMERO DE FACTURA		VALOR ABONADO	
		Cheque :		Fecha :		Valor :	
RECAUDO GENERADO							
CONSECUTIVO	FECHA	RUBRO	NOMBRE		RECURSO	VALOR	

Firma y Sello

95



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN


COMPROBANTE N°	6147	FECHA	15/04/2024
----------------	------	-------	------------

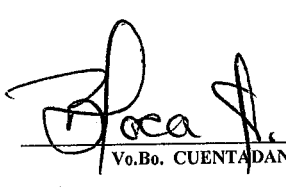
RUBRO PRESUPUESTAL:	ADQUISICIONES DE BIENES PIC
---------------------	-----------------------------

VALOR:	\$3.000.000,00
--------	----------------

LA SUMA DE:	TRES MILLONES DE PESOS M.CTE.
-------------	-------------------------------

CONCEPTO:	FACTURA No. 0477 JOSÉ AURELIANO ÁVILA MUÑOZ NIT 11.373.707-9 MULTICOPIADO Y FOTOCOPIADO A BLANCO Y NEGRO Y COLOR DE FORMATOS DE TODOS LOS ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES DEL PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, LÍDER DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO - (PLAN DE SALUD PÚBLICA DE ITNERVENCIONES COLECTIVAS). R.FTE. 6%.....\$180.000 R.ICA 9.66 POR MIL..... 28.980
-----------	---

VA:	 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO
-----	---

 Vo.Bo. CUENTADANTE
--

653 P025
731 402 009

*



FACTURA #. 0477

COMPUPRINTERS
Rut. 11373707-9

Información Cliente

CLIENTE SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD CI
TELAFONO
NIT 900.959.051-7

FECHA 15 DE ABRIL DE 2024 CIUDAD BOGOTA

DESCRIPCION DE PRODUCTO	CANT	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
ENT UEL FOTOCOPIA CARTA NEGRO	1.200	90	108.000
ENT. INSTIT. FOTOCOPIA NEGRO	6.083	120	729.960
ENT. EPIDEM. FOTOCOPIA NEGRO	866	90	77.940
ENT GPAIS FOTOCOPIA NEGRO	3.840	120	460.800
ENT HOGAR FOTOCOPIA CARTA	2.172	90	195.480
ENT. COMUNITARIO FOTOCOPIA NEGRO	5.160	90	464.400
ENT. EDUCATIVO FOTOCOPIA NEGRO	5.150	90	463.500
EMBERA	4.166	120	499.920

Rfte 6% \$180.000=
RICA 9,66% 28.980=
\$208.980

A pagar \$2.791.020

METODO DE PAGO	SUBTOTAL \$ 3.000.000
	DOMICILIO
	TOTAL \$ 3.000.000

Somos Régimen Simplificado - No responsables de IVA - Actividad Económica: 1811-1812-7310-8219 - 5320. - Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio según el artículo No. 671 y S.S. 772-774 del código de comercio.
En caso de mora se causara el interés autorizado por la ley - COMPUPRINTERS no se responsabiliza por trabajos de mas de 30 días o equipos después de 60 días, Garantía por equipos Nuevos 1 año, Garantía por equipos de Segunda o remanufacturados 3 meses.

INFO.
Cel. 322 243 0664
Barrio San Jose
Carrera 12h # 22-14 Sur
compuprintersanjose@gmail.com

FORMAS DE PAGO


efecty

NOS ENCUENTRAS AQUI

WWW...

Cancelado Jose Aureliano Muñoz.

Recibido:
Jaimé A. L.
Gestión OX

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT- 002 VERSIÓN: 03</div>
---	---	--

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	ABRIL 01 DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	LORENZA BECERRA CAMARGO
ÁREA / DEPENDENCIA	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO -PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
CENTRO DE COSTO	
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA PSPIC

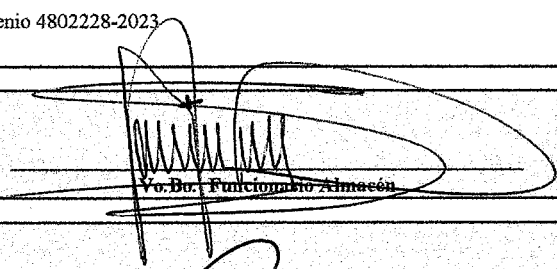
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

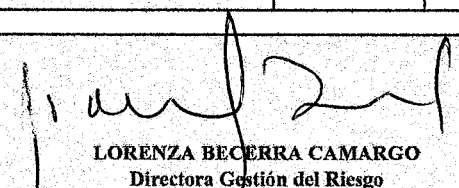
Multicopiado y fotocopiado a blanco y negro y color de todos los entornos y/o procesos transversales del PIC


3. JUSTIFICACIÓN

Para dar cumplimiento a las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - Convenio 4802228-2023

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X


Vo.Bo. Funcionario Almacén


LORENZA BECERRA CAMARGO
Directora Gestión del Riesgo
Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

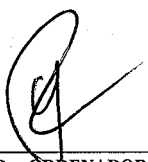
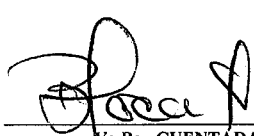
5. OBSERVACIÓN:

La Subred no cuenta con contrato vigente



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN			
COMPROBANTE N°	6148	FECHA	15/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	IMPUUESTOS TASAS DERECHOS CONTRIBUCIONES Y MULTAS		
VALOR:	S8.330,00		
LA SUMA DE:	OCHO MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A DANIEL PALACIOS NIT 19.247.148-1 POR AUTENTICACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA DEVOLUCIÓN DE VEHÍCULO DE PLACA OBG 356 PERTENECIENTE A LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE - FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN Y/O JUECES PENALES MUNICIPALES CON FUNCIÓN DE GARANTIAS ESD.		
 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bo. CUENTADANTE	

Notaria 29 de Bogota

DANIEL PALACIOS

19247148 -1

CARRERA 13 No. 33 - 42

7462929

RESPONSABLE DEL IMPUESTO A LAS VENTA

FACTURA DE VENTA FEV-129664

FECHA 12/Abr/2024 11:31 am

Solicitud 366921

CONCEPTO FACTURACION	CANT	VALOR
Autenticaciones	1	\$ 2,400
Biometria	1	\$ 4,400
Subtotal:		\$ 7,000
IVA:		\$ 1,330
TOTAL:		\$ 8,330

FORMA DE PAGO: Efectivo

C.C. 22222222222

CONSUMIDOR FINAL FACTURACION ELECTRONICA

Recibido: \$ 10,000

Cambio: \$ 1,670

HECTOR PAREJA PRADA

Recibido a Conformidad:

Horas:

Resolucion I.C.A 304

Formulario de Autorización de Numeración DIAN 18764067463780 del 17 de marzo de 2024 hasta el 17 de septiembre de 2024 del numero 127397 al 800000. Actividad Económica 6910. Tarifa de ICA 0.966%. Tarifa de IVA 19%. Plazo de vencimiento 30 días

Impresora: Corporación Avance

NIT. 804010424-9

SIGNO MR! Resolución SIC 18886 2017-04-19

Notaria 29 de Bogota

DANIEL PALACIOS

19247148 -1

CARRERA 13 No. 33 - 42

7462929

RESPONSABLE DEL IMPUESTO A LAS VENTA

FACTURA DE VENTA FEV-129664

FECHA 12/Abr/2024 11:31 am

Solicitud 366921

CONCEPTO FACTURACION	CANT	VALOR
Autenticaciones	1	\$ 2,400
Biometria	1	\$ 4,400
Subtotal:		\$ 7,000
IVA:		\$ 1,330
TOTAL:		\$ 8,330

FORMA DE PAGO: Efectivo

C.C. 22222222222

CONSUMIDOR FINAL FACTURACION ELECTRONICA

Recibido: \$ 10,000

Cambio: \$ 1,670

HECTOR PAREJA PRADA

Recibido a Conformidad:

Horas:

Resolucion I.C.A 304

Formulario de Autorización de Numeración DIAN 18764067463780 del 17 de marzo de 2024 hasta el 17 de septiembre de 2024 del numero 127397 al 800000. Actividad Económica 6910. Tarifa de ICA 0.966%. Tarifa de IVA 19%. Plazo de vencimiento 30 días

Impresora: Corporación Avance

NIT. 804010424-9

SIGNO MR! Resolución SIC 18886 2017-04-19

101

SEÑORES
FISCALIA GENERAL DE LA NACION Y/O JUECES PENALES MUNICIPALES
CON FUNCION DE GARANTIAS E. S. D.

REF. Expediente No _____

AUTORIZACION PARA DEVOLUCION DE VEHICULO

MELISSA TRIANA LUNA, mayor de edad vecino de la ciudad de **BOGOTA** e identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de **Representante legal** de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. con NIT 900.959.051-7, inscrito del vehículo automotor de placas **OBG356** cuyas características se describen a continuación, muy respetuosamente me dirijo a su despacho para manifestarle que **AUTORIZO EXPRESAMENTE** al señor **LUIS ALFREDO DÍAZ BECERRA** mayor de edad e identificado como aparece al pie de su correspondiente firma, para que solicite la devolución del vehículo, y reciba la entrega material del mismo, el cual resulto involucrado dentro de los hechos que se investigan por su despacho ocurridos el día 05 de abril de 2024.

PLACAS: OBG356
MODELO: 2007
CLASE: CAMIONETA
COLOR: BLANCO MAHLER
MOTOR No.: C24SE31015819
SERIE No.: 8LBDTF1D670005517
CHASIS No.: 8LBDTF1D670005517
SERVICIO: OFICIAL

Por lo anterior, el señor **LUIS ALFREDO DÍAZ BECERRA** queda facultado para representarme en las audiencias preliminares, presentar memoriales, retirar oficios y todas las demás necesarias para el cumplimiento de este mandato.

ATENTAMENTE,

ACEPTO,

FIRMA

NOMBRE MELISSA TRIANA LUNA

C.C. 52.706.216

DIRECCION DG. 34 #5- 43

TELEFONO 302 340 56 04

FIRMA


NOMBRE LUIS ALFREDO DÍAZ BECERRA

C.C. 19.327.063

DIRECCION KRA. 8 A N°26 10 SUR

TELEFONO 319 670 04 19



 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-002 VERSIÓN: 03 FECHA: 2018-05-16</div>
---	---	---

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	12/04/2024
NOMBRE FUNCIONARIO	MELISSA TRIANA LUNA
ÁREA / DEPENDENCIA	GERENCIA
CENTRO DE COSTO	7ADACD1 51164001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SEDE CALLE 34

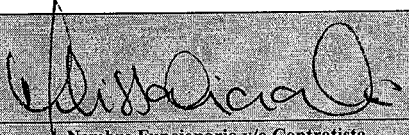
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

UNA (1) AUTENTICACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA DEVOLUCIÓN DE VEHÍCULO DE PLACAS OBG 356 - FISCALIA GENERAL DE LA NACION Y/O JUECES PENALES MUNICIPALES CON FUNCIÓN DE GARANTÍAS E.S.D.

3. JUSTIFICACIÓN


AUTENTICACIÓN DE FIRMA DE LA DOCTORA MELISSA TRIANA LUNA - GERENTE (E) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. DE LA AUTORIZACIÓN PARA DEVOLUCIÓN DE VEHÍCULO DE PLACAS OBG 356 - FISCALIA GENERAL DE LA NACION Y/O JUECES PENALES MUNICIPALES CON FUNCIÓN DE GARANTÍAS E.S.D....

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		x


Nombre Funcionario y/o Contratista

N/A

Vo.Bo. Funcionario Almacén


Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:



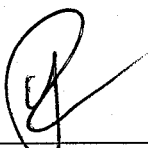
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR


CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6149	FECHA	16/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL	MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO		
VALOR	\$1.076.914,00		
LA SUMA DE	UN MILLÓN SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS M.CTE.		

CONCEPTO	FACTURA No. HICL153179 HANNA INSTRUMENTS S.A.S. NIT 900.352.772-2 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (TEST KIT DE DUREZA, TEST DE CLORO LIBRE Y PH, TEST DE CLORO LIBRE Y PH), NECESARIO PARA LA TOMA DE MUESTRAS DIARIAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SOLICITADO POR ANIS CRISTINA GONZÁLEZ ROMERO, SERVICIOS COMPLEMENTARIOS/UNIDAD RENAL
----------	--


Vo.Bº. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bº. CUENTADANTE

12234

*



HANNA INSTRUMENTS S.A.S.
NIT 900352772-2
Cra 98 25G 10 Bod 9
facturacion@hannacolombia.com
TEL. 57 1 518-9995
BOGOTÁ D.C. - Colombia

NIT. 900.352.772-2 Impuesto sobre la ventas-IVA - ICA Actividad Económica 204- 11.04*1000 y 9.66*1000 CIU 4659 - 3319
Factura electrónica Autorización Numeración de Facturación Electrónica N°18764060316351
prefijo HICL que habilita desde 143310 hasta 200000 Vigencia 12 meses 21/11/2023 hasta 21/11/2024.
*Autorretenedor de Renta Resolución 003346 del 24 de Abril de 2015
Oficinas: Medellín - Cali - Bucaramanga - Barranquilla - Neiva - Pereira
www.hannacolombia.com



Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
Fecha Entrega Bienes: 16/04/2024
Lugar de entrega del bien y/o prestación del servicio: Diagonal 34 N° 5 - 43 BOGOTÁ D.C. CO

CLIENTE SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. NIT / CC. 900959051-7 Diagonal 34 N° 5 - 43 Bogotá D.c. - Colombia		TEL. 1-344 44 84 Email: sanitaria@subredcentrooriente.gov.co;	ORDEN DE COMPRA REMISIÓN PEDIDO	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA HICL153179 FECHA EMISIÓN FECHA VENCIMIENTO PLAZO ELABORADO POR	16/04/2024 09:16:18 16/04/2024 Contado Vendedor(a) : Milena González
--	--	---	---------------------------------------	--	---

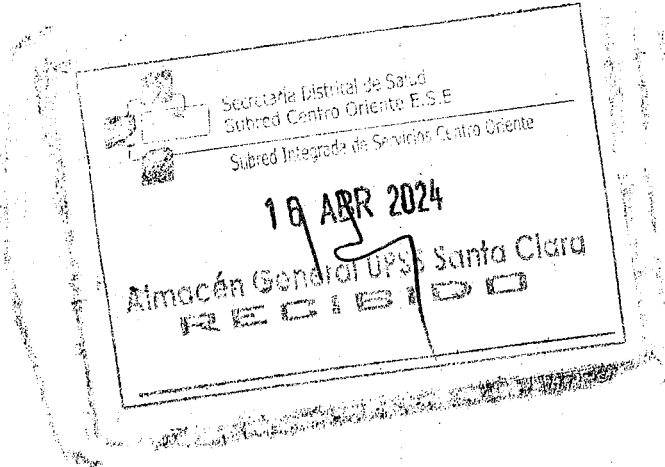
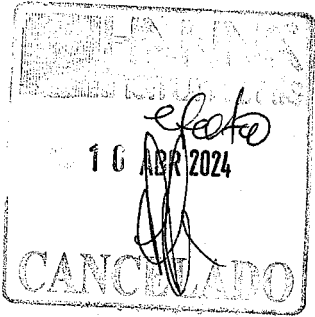
REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	U/M	VALOR UNITARIO	DCTOS	IMPUESTO		SUB TOTAL
						%	VALOR	
HI 3887	1. Nuevo Test Kit Cloro Libre y pH	1	94	265,990	0.00	IVA 19.00	50538.100	265,990
HI 38017	2. Test Kit de Cloro libre y total	1	94	470,990	0.00	IVA 19.00	89488.100	470,990
HI 3812	3. Test Kit de Dureza. 0-300 ppm (100 tests)	1	94	167,990	0.00	IVA 19.00	31918.100	167,990
Total Nro Líneas: 3								

OBSERVACIONES:	Medio de Pago: Efectivo	Forma de pago: Contado	Plazo: 16/04/2024	MONEDA TOTAL BRUTO DESCUENTOS TOTAL BASE GRAVABLE IVA 19.00%	COP 904,970 0 904,970 171,944
Favor enviar soporte de consignación al mail : pagos@hannacolombia.com Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio según el "Ley de comercio". La garantía de los equipos se hace efectiva siempre que el sello de control de calidad no haya sido alterado o retirado Se aceptan devoluciones de productos en un plazo máximo de 30 días calendario contados a partir de la fecha de entrega del producto Observación Documento:				VALOR TOTAL	1,076,914
VALOR LETRAS: UN MILLON SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CATORCE					

INFORMACION BANCARIA:

Itau C.T.E 037-55145-4
Bancolombia AH 299-833328-01
Hacer retención de industria y comercio solo en los municipios: Bta D.C-Cali-Medellín-Barranquilla-Bucaramanga-Neiva-Pereira.(Artículo 343 de la Ley 1819 de 2016 numeral 2) ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCIÓN DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN OTROS MUNICIPIOS.

RECIBIDO	FECHA: 16-04-24	
NOMBRE: Alejandra Garcia	C.C: 1049648834.	FIRMA y SELLO



CUFE: 3268641e331cda26939b2b4a39facd31eb791636f2bf12772786978a854db1f711210a0bad36483153f9696d92544d5d

Tipo de operación: Estándar-10
Fecha Validación DIAN: 2024-04-16 09:16:27-05:00
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Firma Digital:
TDpOUVardBbhsOooLKCf4I/n4T7R4cUhdaa6Syy1rEbW0w5ZrixGfXRXH83chCb52FXCz1pRvyHV6xvfmk6yuxtrXlYmuMWLpSOd1+wkM3mxZ1oVkB5S640nxo5IA1KDxafBHGBmHsW0xiABWBsdPVLb6lpgFVlloQVU
Fc4RzCjR3kV4y96CxCQNaRP+qEmwMbDlpmxLxWqpnF9RJQEF1hxxYIQVFxSurVEIYF/O724gmI7/DYUPZJFFI5aFtCgz01Q4Uzhwz4pbKne+r73uy9ENwz03H+p5XpoQsJQk5VFT6o2GdXl0yOk3RglWoDR2xkI6rPI69Ib
x6MGZLQ==

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIA Y CONTRATO

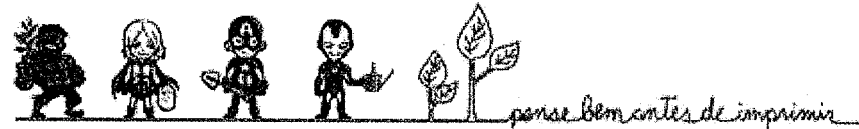
pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>
Jue 4/04/2024 11:33 AM
Para:cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>
cordial saludo

los siguientes reactivos no se encuentran contratados

ITEM	NOMBRE/ DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1	TEST KIT DE DUREZA	UNIDAD	1
2	TEST DE CLORO LIBRE Y PH	UNIDAD	1
3	NUEVO TEST KIT CLORO LIBRE Y PH	UNIDAD	1



Janet Magnolia Ardila Ortiz
Cargo: Apoyo a la Gestión de Insumos y Abastecimiento
Dirección Administrativa: Compras
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 30234056 02 - 302 329 0548
f @subredcentrooriente @subred_centrooriente
 @SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
 www.subredcentrooriente.gov.co



De: cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: jueves, 4 de abril de 2024 9:22 a. m.
Para: John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>; Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>; Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: CONFIRMACIÓN EXISTENCIA Y CONTRATO

Buenos Días, Cordial Saludo

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIA Y CONTRATO

John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>

Jue 4/04/2024 12:33 PM

Para:cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>;Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>;compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>;pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>

CC:Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>;Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo.

Me permito informar que una vez revisado el módulo de inventarios DGH, tomando como referencia la descripción detallada del insumo del correo que antecede, no se encuentra concordancia exacta con las descripciones del sistema, no encontrando existencias de esos insumos al día de hoy 04/04/2024.

Cordialmente.



John Jairo Guerrero González
Profesional Especializado Código 222 Grado 24
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E

[@subredcentrooriente](#) [@subred_centrooriente](#)
[@SubRedCentroOri](#) [Subred Centro Oriente](#)
[www.subredcentrooriente.gov.co](#)

De: cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: jueves, 4 de abril de 2024 9:22 a. m.
Para: John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>; Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>; Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: CONFIRMACIÓN EXISTENCIA Y CONTRATO

Buenos Días, Cordial Saludo

De acuerdo con solicitud realizada por la doctora Anis Cristina González Romero, Líder Servicios Complementarios se solicita confirmación de los siguientes reactivos para toma de muestras diarias en la Unidad Renal del Hospital Santa Clara y poder gestionar la adquisición por caja menor:

ITEM	NOMBRE/ DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1	TEST KIT DE DUREZA	UNIDAD	1

RV: Solicitud de caja menor insumos unidad renal

Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>

Mié 27/03/2024 7:35 AM

Para: cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>

1 archivos adjuntos (38 KB)

Cotizacion 333171 HANNA Instruments.pdf;

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN**

Director Administrativo

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

f @subredcentrooriente

@subred_centrooriente

v @SubRedCentroOri

Subred Centro Oriente

www.subredcentrooriente.gov.co

De: Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>**Enviado:** martes, 26 de marzo de 2024 8:30 a. m.**Para:** Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>**Asunto:** Solicitud de caja menor insumos unidad renal

Buenos días

Dra. Yaneth

Cordial saludo

Con el cordial saludo solicito de tu colaboración en la consecución de este reactivo para las pruebas diarias físicas del agua de la unidad renal.

Se hace la gestión por caja menor y la periodicidad de la compra es trimestral.

Muchas gracias por tu acostumbrado apoyo.

Feliz jornada

Adjunto cotización y se radicará en la oficina en físico.



108
Hanna Instruments S.A.S.

NIT: 900352772-2

Regimen Común - ICA Actividad Economica 204 - 11.04*1000 -

CIU 4659

Autoretenedores de Renta. Resolución 003346 del 24 de abril de 2015

COTIZACION N° 333171

Fecha : 03/04/2024 - Vigencia : 17/04/2024

Señores: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE

Atención: Srta. YANETH RODRIGUEZ

Fono: 1-344 44 84

Fax:

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, tenemos el agrado de enviar a usted cotización de acuerdo al siguiente detalle:

N°	Código	Descripción	Garantía	Unid.	Cantidad	Precio	Total
1	HI 3812	Test Kit de Dureza, 0-300 ppm (100 tests) <i>Stock disponible inmediatamente, salvo previa venta</i>	1 mes	C/U	1	\$167.990	\$167.990
2	HI 38017	Test Kit de Cloro libre y total <i>Stock disponible inmediatamente, salvo previa venta</i>	1 mes	C/U	1	\$470.990	\$470.990
3	HI 3887	Nuevo Test Kit Cloro Libre y pH <i>Stock disponible inmediatamente, salvo previa venta</i>	1 mes	C/U	1	\$265.990	\$265.990
4	201.01	Despacho Urbano	No aplica	C/U	1	\$18.000	\$18.000

CONDICIONES COMERCIALES

Forma de Pago	Contado
Lugar de Entrega	Según especificaciones informadas en orden de compra
Validez Oferta	15 días, excepto para oferta de promociones especiales, en cuyo caso la validez estará determinada por el período de duración de la promoción

Neto	\$922.970
IVA (19%)	\$175.364
Total	\$1.098.334

Milena González
HANNA Instruments
email: milena.gonzalez@hannacolombia.com
cel: +573188386486

¡TUS COMPRAS A UN CLIC!

Adquiere nuestros productos desde nuestra tienda online
www.hannacolombia.com

Carrera 98 No 25G-10 Bodega 9 - Bogotá Colombia
email: ventas@hannacolombia.com
Teléfono: (601) 5189995 / 4154551

OBSERVACIONES IMPORTANTES:

I - - Por favor indicar el número de cotización y dirección de despacho, de cursar la orden de compra..

II - - Si el producto está en Stock, el despacho se realizará dentro de las próximas 36 horas. La disponibilidad de stock a pedido de cliente tendrá una fecha estimada de llegada de cinco (5) a seis (6) semanas contra orden de compra aprobada.

III - - El despacho tiene un costo proporcional al peso, y al lugar de destino, infórmese con su ejecutivo Hanna. Si dispone de su propio transporte, debe informarlo en la orden de compra o a su ejecutivo de ventas e instruir personalmente a su transportista para el retiro de los productos en nuestras oficinas. Consulte por las empresas con convenio.

IV - - Recuerde que puede realizar sus pagos en la Cuenta Corriente del BANCO ITAÚ No. 037-55145-4 enviando copia del depósito realizado al Fax No. +57-1 7044087 ó al correo electrónico pagos@hannacolombia.com . Si su pago es realizado a través de CHEQUE este debe ser emitido CRUZADO a nombre de HANNA INSTRUMENTS S.A.S.

IV - GARANTIA**Garantías a Equipos Nuevos**

1. Hanna Instruments Colombia ofrece a los clientes una garantía voluntaria a la legal, por conceptos de confiabilidad al Producto ofertado contra defectos de fabricación, cuando son utilizados para el fin previsto y de acuerdo a lo Indicado en el manual de usuario.

2. La garantía que se relaciona en la cotización, solo hace referencia al instrumento. No aplica para, sondas, accesorios o consumibles que son complementos del instrumento. Para mayor información consulte con su asesor comercial.

Nota: En caso de divergencias en tiempo de garantías reportadas en manual de instrucciones y cajas, se debe considerar que el tiempo de garantía válido, es el correspondiente al informado en las cotizaciones.

3. Las reparaciones y/o cambios en garantía no serán válidos en los siguientes casos conforme a la reglamentación nacional:

- Fallas producto de conexiones externas, derivadas de la instalación.
- Mal manejo, maltrato, uso indebido y accidentes con la manipulación del producto.
- Exposición del producto a ambientes no aptos según manual de usuario del instrumento.
- Sello VOID de garantía adulterado.
- La garantía no cubre las partes sujetas a desgaste por uso tales como: botones de comando, cabezales de bombas, mangueras, válvulas, cables, pilas, transformadores, enchufes quebrados, partes y piezas rodadas o quebradas o con falla por falta mantenimiento y/o limpieza, accesorios en general.
- Uso de accesorios inadecuados.
- Fractura de cables en sondas por mala manipulación.
- Intervención de personal ajeno, **El departamento especializado de Servicio Técnico Hanna Instruments Colombia es el único centro de servicio autorizado en el país para trámites de garantías y/o reparaciones de los productos marca Hanna Instruments**, por lo cual no se responsabiliza por intervenciones realizadas en otro lugar.
- Para los test kit, reactivos y soluciones en general aplicará la garantía solo si se revisan los reactivos y soluciones al momento de recibirlos, en caso de almacenaje se deberá respetar las indicaciones señaladas en la caja de empaque y/o hoja de seguridad. La



110
Hanna Instruments S.A.S.

NIT: 900352772-2

Regimen Común - ICA Actividad Economica 204 - 11.04*1000 -

CIU 4659

Autoretenedores de Renta. Resolución 003346 del 24 de abril de 2015

garantía cubre problemas de fabricación, tales como desviación, filtración y vencimientos durante el periodo de un mes. La fecha de expiración de soluciones y reactivos NO corresponde a plazos de garantía del producto. Indica el tiempo de vida útil, considerando un correcto uso, cuidado y almacenamiento.

- En caso fortuito o de causa mayor y, en general, cualquier evento que escape a la posibilidad de control de Hanna Instruments.

4. Para hacer efectiva la garantía, usted debe enviar su producto a nuestro Servicio Técnico autorizado en la ciudad de Bogotá D.C. dirección Carrera 98 # 25 G -10 Bodega 9, cumpliendo los siguientes requisitos:

- a. Producto con empaque original y/o accesorios (si los contiene) en buen estado.
- b. Preferiblemente copia de la factura de compra del producto a Hanna Instruments Colombia.
- c. Formato de servicio técnico, explicando a detalle las fallas y/o anomalías.

Garantías a los Servicios

1. La garantía del servicio se anulará en los siguientes casos conforme a la reglamentación nacional:

- Fallas producto de conexiones externas, derivadas de la instalación.
- Mal manejo, maltrato, uso indebido y accidentes con la manipulación del producto.
- Exposición del producto a ambientes no aptos según manual de usuario del instrumento.
- Sello VOID de garantía de servicio adulterado.
- La garantía no cubre las partes sujetas a desgaste por uso tales como: botones de comando, cabezales de bombas, mangueras, válvulas, cables, pilas, transformadores, enchufes quebrados, partes y piezas rodadas o quebradas o con falla por falta mantenimiento y/o limpieza, accesorios en general.
- Uso de accesorios inadecuados.
- Fractura de cables en sondas por mala manipulación.
- Intervención de personal ajeno. **El departamento especializado de servicio técnico Hanna Instruments Colombia es el único centro de servicio autorizado en el país para trámites de garantías y/o reparaciones de los productos marca Hanna Instruments,** por lo cual no se responsabiliza por intervenciones realizadas en otro lugar.
- En caso fortuito o de causa mayor y, en general, cualquier evento que escape a la posibilidad de control de Hanna Instruments.

2. Para hacer efectiva la garantía, usted debe enviar su producto a nuestro servicio técnico autorizado en la ciudad de Bogotá D.C. dirección Carrera 98 # 25 G -10 Bodega 9, cumpliendo los siguientes requisitos:

- a. Preferiblemente copia de la factura e informe técnico del SERVICIO, REPARACIÓN Y/O MANTENIMIENTO.
- b. Formato de servicio técnico impreso, explicando a detalle las fallas y/o anomalías.

DIAN [®]	Formulario del Registro Único Tributario		001
-------------------	--	--	------------

2. Concepto	1	3	Actualización de oficio
<div><div></div><div><div>4. Número de formulario</div><div>14854809010</div><div><div>(415)7707212489984(8020) 000001485480901 0</div></div></div></div>			

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
0 0 0 3 5 2 7 7 2	2	Impuestos de Bogotá	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica	1		

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
---------------------	----------	------------------	----------------------

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
---------------------	----------------------	-------------------	-------------------

35. Razón social
HANNA INSTRUMENTS S A S

36. Nombre comercial	37. Sigla
----------------------	-----------

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	Bogotá D.C.	Bogotá, D.C.

41. Dirección principal
CR 98 25 G 10 BG 9

42. Correo electrónico administracion@hannacolombia.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	3 1 7 5 0 2 3 3 6 1	45. Teléfono 2	5 1 8 9 9 9
-------------------	----------------	---------------------	----------------	-------------

Actividad económica	Ocupación
---------------------	-----------

[illegible]

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 8 9 1 0 1 4 1 5 1 8 2 6 4 2 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario	18- Precios de transferencia
07- Retención en la fuente a título de renta	26- Declaración individual precios de transferencia
08- Retención timbre nacional	42- Obligado a llevar contabilidad
09- Retención en la fuente en el impuesto	48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
10- Obligado aduanero	52- Facturador electrónico
14- Informante de exogena	55 - Informante de Beneficiarios Finales
15- Autorretenedor	

Usuarios aduaneros										Exportadores							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3	
54. Código	2	2	2	3													
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	1	57. Modo				
													58. CPC				

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

59. Anexos SI ☐ NO ☒ 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2022-08-25 / 12:19:08

<p>La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.</p> <p>Firma del solicitante:</p>	<p>Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.</p> <p>Firma autorizada:</p> <p>984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA</p> <p>985. Cargo</p>
--	--

Certificado Bancario

Domingo, 3 de marzo de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que HANNA INSTRUMENTS S.A.S identificado(a) con NIT 900352772, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	29983332801	2012/05/16	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.





Bogotá D.C., 03 de marzo de 2024

Señores
A QUIEN LE INTERESE
Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente HANNA INSTRUMENTS SAS identificado con NIT Nro. 9003527722, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde 31-05-2010 a través del (los) producto (s):

Producto	Nro Producto	Estado	Fecha Apertura
Cuenta Corriente	037551454	Activo	31/05/2010

La(s) cuenta(s) corriente(s) o de ahorros que se incluyen en este certificado, pertenece (n) al código 06 para transferencias ACH.

La expedición del presente documento no acredita como exonerado al cliente por las obligaciones respaldadas a título de codeudor, avalista, garante y/o a favor de un tercero. Si existen obligaciones pendientes con avalistas o garantes de su obligación, esta certificación no se extiende a dichas operaciones, las cuales estarán facultadas a cobrar las sumas que hubieran cancelado a Itaú.

En caso de error y/o inconsistencia en cualquier liquidación de las obligaciones expresamente mencionadas en este documento, se podrán hacer las correcciones a las que haya lugar en los términos del artículo 880 del Código de Comercio, con el propósito de obtener su rectificación.

Las anteriores sumas de dinero corresponden a saldos a la fecha, no incluyen otros gastos, costos, honorarios que se causen con ocasión de la cobranza extrajudicial o judicial adelantada y se modifican diariamente de conformidad con la causación de intereses. Todo prepago o mora podrá dar lugar a la modificación del valor contenido en el presente documento.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 03 días del mes de marzo de 2024, en atención a la solicitud No. 861316397.


Cordialmente,

Gerencia de Servicio

MMQ

115

Hanna Instruments 1098334

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR	CÓDIGO: AP-RF-FT-002 VERSIÓN: 03 FECHA: 2018-05-16
---	--	--

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	Bogotá, 3 de abril - 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	Anis Cristina González Romero.
ÁREA / DEPENDENCIA	Servicios Complementarios / Unidad Benc
CENTRO DE COSTO	13CT03 735201002
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	Santa Clara.

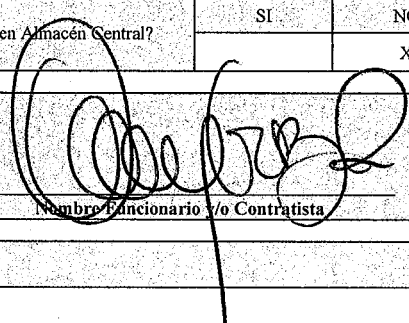
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

1. Test kit Dureza
2. Test kit de cloio libre y total
3. Test kit cloio libre y pH.

3. JUSTIFICACIÓN

Se solicita el kit para la toma de muestras diarias

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

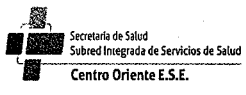

Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Funcionario Almacén


Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

6/4/9



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

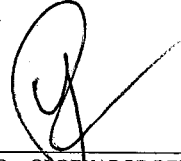
COMPROBANTE N°	6150	FECHA	17/04/2024
----------------	------	-------	------------


RUBRO PRESUPUESTAL	MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO
--------------------	----------------------------

VALOR	\$982.800,00
-------	--------------

A SUMA DE:	NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS M.CTE.
------------	--

CONCEPTO:	FACTURA No. FVEC 66260 MEDICOX LTDA. NIT 830.142.523-0 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (CLORHEXIDINA GLUCONATO 4% JABÓN FRASCO DE 60 ML Y JABÓN QUIRÚRGICO 120 M), NECESARIO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SOLICITADO POR EDUART HANNS GONZÁLEZ ROA, GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO. R.FTE. 2.5%.....\$24.570,00 R.ICA 4.14 POR MIL..... 4.069,00
-----------	---


Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bo. CUENTADANTE

OK
12721

*

Medicox

nos une lo visto

Nit: 830.142.523-0

RESPONSABLE DE IVA
Calle 66 No. 13-36 Oficina 301
PBX: 3125495 - 6953078 / Cel: 315 3650955
info@medicox.com.co / suministros@medicox.com.co
www.medicox.com.co
No somos Autorizados para otorgar descuentos de IVA Art 617 ET
Emission: 2024/04/02 07:05:56

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
IMPORTADORA Y COMERCIALIZADORA DE
NSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS

Actividad económica: ICA 4645
Vigencia 2023/01/21 - Rango de Facturación No. 18764108383139
Facturación Electrónica
Fecha: 2024/07/01

Se conviene el precio y la cosa vendida en Bogotá DC

Cuife: 7d8509d6873b6a6ad8bca84045c016b34ce11e9170e41b15528ebb2483399c12947284ec4778b0f08246526

CLIENTE: SUBRED INTE. SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

DIRECCION: DIAGONAL 34 N° 5 - 43

TELEFONO: 3444484

CIUDAD: BOGOTA - Bogota D.C

UNIDADES FACTURADAS: 200

FORMA PAGO: CREDITO 90 DIAS

NIT: 900959051

FECHA: 2024/04/02

VENDEDOR: BIBIANA VARGAS OSPINA

FECHA VENCIMIENTO: 2024/07/01

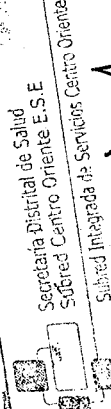
REFERENCIA	CANT	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	IVA	VUNIT	VALOR TOTAL
PT0303004012 UB: P3 M4NB	100	UNIDAD	WESCOHEX JABON QUIRURGICO CON CLORHEXIDINA 4% BLX60ML CUX50 LOTE: 230096038. INVIMA: 2019M-012898-R2 CUM: 227035-07	0	\$4,293.00	\$429,300.00
PT0303004010 UB: P3 M5NB	100	UNIDAD	WESCOHEX JABON QUIRURGICO CON CLORHEXIDINA 4% BLX120ML WEST LOTE: 230096723 INVIMA: 2019M-012898-R2 CUM: 227035-08	0	\$5,535.00	\$553,500.00

RFE 2-5/1
RICARDA
\$24570
4069
\$28639

A pagar \$954.161

CANCELADO Efectivo

Bibiana Vargas
ce 51938244



OBSERVACIONES: PARA RADICAR PAGO POR CAJA MENOR CLIENTE RECOGIO JEFE EDWAR - PAGO TRANSFERENCIA PSE CONFIRMADA - PED TOMADO MAYFER

SON: NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y UN PESOS 21 CTVS M/CTE.

<p>Firma del vendedor</p>	<p>Nombre e identificación de quien recibe</p>
<p>Fecha de admisión y sello:</p>	
<p>SUBTOTAL: \$982,800.00</p>	<p>IVA: \$4,068.79</p>
<p>RETE IVA: \$24,570.00</p>	<p>RETE FUENTE: \$954,161.21</p>
<p>VALOR NETO:</p>	

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA
FAVOR GIRAR CON CHEQUE CRUZADO A NOMBRE DE MEDICOX LTDA.
*Representación impresa de Factura Electrónica de Venta
*Software SY Splus 2023 Software y Servicios Informaticos

LETRA DE CAMBIO SEGUN ARTICULO 774 DEL CODIGO DE COMERCIO.
electrónica Documento generado por The Factory HKA Colombia
S.A.S NIT: 830.143.150-1

SAS - NIT 900390126-6
PAGINA: 1 DE 1

Bogotá, 18 de abril de 2024

Señores.

SUBRED INTE. SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Dpto. tesorería

DIAGONAL 34 N° 5 - 43

Asunto: Autorización recoger Cheque o Efectivo

Autorizamos a la señora **SANDRA BIBIANA VARGAS OSPINA** identificado con cédula de ciudadanía N° **51.988.244** de Bogotá, para reclamar cheques y/o efectivo a nombre de la empresa **MEDICOX LTDA Nit 830.142.523-0** por efecto de pago de facturas.

Cordialmente,

Medicox
nos une la vida

Cristina Valencia Padilla
Cristina Valencia Padilla

Profesional Contable

Tel. 3125495 Ext 112

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 14971339561			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 830142523		6. DV 0		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico 32					
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona jurídica		25. Tipo de documento 1		26. Número de Identificación	
27. Fecha expedición		28. País		29. Departamento	
30. Ciudad/Municipio		31. Primer apellido		32. Segundo apellido	
33. Primer nombre		34. Otros nombres		35. Razón social MEDICOX LTDA	
36. Nombre comercial		37. Sigla		38. País COLOMBIA	
39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		41. Dirección principal CL 66 19 36 OF 301	
42. Correo electrónico administrativo@medicox.com.co		43. Código postal 111221		44. Teléfono 6013125495	
45. Teléfono 2 3153650955					
CLASIFICACIÓN					
Actividad principal		Actividad económica		Ocupación	
46. Código 4645		47. Fecha inicio actividad 20130125		48. Código 4669	
49. Fecha inicio actividad 20130125		50. Código 4659		51. Código	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 578910141642485255					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
42- Obligado a llevar contabilidad					
07- Retención en la fuente a título de rent					
48- Impuesto sobre las ventas - IVA					
08- Retención timbre nacional					
52- Facturador electrónico					
09- Retención en la fuente en el impuesto					
55- Informante de Beneficiarios Finales					
10- Obligado aduanero					
14- Informante de exogena					
16- Obligación facturar por ingresos bienes					
Usuarios aduaneros					
54. Código 2223					
Exportadores					
55. Forma 3					
56. Tipo 1					
Servicio 1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios: 0					
61. Fecha 2024-01-10/15:15:54					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.					
Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre MORALES GONZALEZ NELLY					
985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado					



John Jairo Guerrero González
Profesional Especializado Código 222 Grado 24
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.

[@subredcentrooriente](#) [@subred_centrooriente](#)
[@SubRedCentroOri](#) [Subred Centro Oriente](#)
[www.subredcentrooriente.gov.co](#)

about:blank

17/4/24

De: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: miércoles, 27 de marzo de 2024 5:29 p. m.
Para: cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>; Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: Pedro Fabian Davalos Berdugo <directorhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co>; Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>; Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: compra por caja menor de 2 ítems

about:blank

Buenas tardes, cordal saludo.

about:blank

Por medio de la presente envió información correspondiente a la indicación por la Dirección Hospitalaria y la Dirección Administrativa para realizar la compra por caja menor de 2 ítems con el nombre de:

1. CLORHEXIDINA GLUCONATO 4% JABON FRASCO DE 60 ML- Código Dinámica Gerencial: 121QQ031235 - 100 unidades.
2. CLORHEXIDINA GLUCONATO 4 % JABON QUIRURGICO 120 ml- Código Dinámica Gerencial: 121QQ031237- 100 unidades.

about:blank

about:blank

El requerimiento realizado y destinado por medidas prioritaria para el área de salas de cirugía, ya que en el momento **NO se cuenta con el dispositivo medico quirúrgico**, para lograr el 100% en la atención para los pacientes que se encuentran en áreas de intervención de adulto que requieren una atención intra hospitalaria y quirúrgica, además así brindar una atención oportuna, este insumo facilita la desinfección previa de cualquier procedimiento desde mínimamente invasivo hasta prelación quirúrgica, esto con el fin de brindar una atención segura como se indica en el protocolo que debe atenderse con criterios de oportunidad y calidad, de manera inmediata. Este insumo se requiere para la prestación del servicio de los usuarios de la Subred integrada de salud Centro Oriente E.S.E.

about:blank

1. CLORHEXIDINA GLUCONATO 4% JABON FRASCO DE 60 ML- Código Dinámica Gerencial: 121QQ031235 - 100 unidades.

AVISO TERMINACIÓN CONTRATO_0168-2022_MEDICOX LTDA

Fabio Ernesto Fernández <supervisormqx4@subredcentrooriente.gov.co>

Miércoles 10/04/2024 9:34 AM

Para: Eduardt Hanns González Roa <insumosmxq@subredcentrooriente.gov.co>; Cristian Camilo Leguizamón <insumosmxq2@subredcentrooriente.gov.co>
CC: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>; María Lorena Rojas Van Strahlen
<direccioncontratacion@subredcentrooriente.gov.co>; María Claudia Oñate Vásquez <apoyoaprofcontratacion@subredcentrooriente.gov.co>; Valentina Molano Sánchez
<apoyoaprofesionaljuridico2@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>

3 archivos adjuntos (144 KB)

Relación Insumos-Aviso Terminación_ Cto_ MEDICOX_0168_2022.xlsx; MEDICOX S.A.S 02-BS-0168-2022 (6).xlsx; EM-084-2024 INCREMENTO PRECIOS MEDICOX CTO 02-BS-0168-2022.xlsx;

Señores

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Att.: Jefe Eduardt Hanns González Roa

Jefe Cristian Camilo Leguizamón

Subred Centro Oriente E.S.E.

Cordial y respetuoso saludo

Por medio del presente, como supervisor del contrato No. 02-BS-0168-2022, con el proveedor MEDICOX LTDA, me permito informar la terminación del contrato de referencia, el cual va hasta el próximo 30-04-2024. Las razones de la terminación del contrato son las siguientes:

- Proveedor solicita con oficio del 27 de marzo del año en curso, "Verificación de Precios", incremento de precios de 27 ítems del contrato. El 01 de 04 de los corrientes, se remite correo solicitando Estudio de Mercado al Área de Dirección de Contratación-Compras, para determinar la viabilidad o no referente a esta solicitud, dando respuesta el día martes 09 de abril de 2024, en horas de la tarde, donde de acuerdo al estudio de mercado No. EM-084-2024, se evidencia que la propuesta presentada por MEDICOX, no es favorable para la Entidad.
- Proveedor No ha realizado la entrega de los pedidos de febrero y marzo del año en curso, el día 09-04-2024, se remite pedido urgente para el mes de abril/2024, en espera de respuesta por parte del proveedor (factible no entrega por tema de cartera vencida).

El contrato tiene un saldo de \$150.341.660, el valor de pedido para el mes de abril del año en curso es por valor de \$147.815.866, con el fin de evitar desabastecimiento de los ítems solicitados, desde la supervisión se aconseja, poder llegar un acuerdo con el contratista MEDICOX, para que puedan realizar la entrega del pedido para este mes de abril.

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA

BOGOTA, ABRIL 01 DE 2024

NOMBRE FUNCIONARIO

EDUARDT HANNS GONZALEZ ROA

ÁREA / DEPENDENCIA

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- GESTION DE ABASTECIMIENTO EN INSUMOS

CENTRO DE COSTO

1SCH99 589723003

UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

ITEM	CÓDIGO	NOMBRE / DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	OBSERVACIÓN
1	121QQ031235	CLORHEXIDINA GLUCONATO 4% JABON FRASCO DE 60 ML	FRASCO	100	
2	121QQ031237	CLORHEXIDINA GLUCONATO 4 % JABON QUIRURGICO 120 m	FRASCO	100	

3. JUSTIFICACIÓN

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, requiere la compra del dispositivo médico quirúrgico hospitalario, necesario para la prestación del servicio a los usuarios de la subred integrada de servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. La disponibilidad de los dispositivos médico quirúrgicos constituye una obligación, para con sus usuarios y beneficiarios, para la prestación de servicios de salud con calidad, dando cumplimiento de las normas legales vigentes. Estos insumos se requieren de forma inmediata ya que el no contar con su disponibilidad acarrea riesgos en la prestación de los servicios a los usuarios, por lo que se hace necesario adelantar una caja menor para los servicios de urgencias para salas de cirugía por tratarse de una necesidad urgente para la atención y así dar continuidad en la prestación de los servicios de salud de la Subred Integrada De Servicios De Salud.

Teniendo en cuenta lo anterior se realizará como procedimiento para compra por caja menor toda vez que es un mecanismo expedito e inmediato con el que se suplirá la contratación de los insumos requeridos. Es importante resaltar que en este momento los servicios no pueden esperar la realización de un proceso de contratación mayor a 20 o 30 días, dado que el comportamiento de su demanda y la actual disponibilidad no alcanzan a dar cubrimiento necesario, por ello se solicita contar con los bienes que se describen a continuación de manera casi inmediata como medida urgente, de lo contrario sería poner en riesgo la continuidad de la prestación del servicio de salvar como derecho fundamental, aunado a que actualmente nos encontramos y como parte del proceso, para lograr el 100% en la atención para los pacientes que se encuentran en áreas de intervención de adulto que requieren una atención intra hospitalaria y así brindar una atención oportuna, este insumo facilita la la desinfección previa de cualquier procedimiento desde mínimamente invasivo hasta preparación quirúrgica, esto con el fin de brindar una atención segura como se indica en el protocolo que debe atenderse con criterios de oportunidad y calidad, de manera inmediata. Este insumo se requiere para la prestación del servicio de los usuarios de la Subred integrada de salud Centro Oriente E.S.E.

4. ¿Existe en Almacén Central?

SI

NO

NO

Vo.Bo. Funcionario Almacén

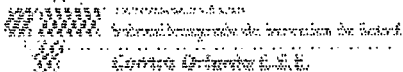
EDUARDT HANNS GONZALEZ ROA
Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

I. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL: 121QQ031235, NOMBRE/ DESCRIPCIÓN: CLORHEXIDINA GLUCONATO 4% JABON FRASCO DE 60 ML Y EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL: 121QQ031237, NOMBRE/ DESCRIPCIÓN: CLORHEXIDINA GLUCONATO 4% JABON FRASCO DE 120 ML EL CUAL NO ESTA ENTREGADO EN LA INSTITUCIÓN Y ESTAMOS DESABASTECIDOS EN EL MOMENTO.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E
CRA. Raissa Maury Bello
SUBGERENTE SERVICIOS DE SALUD



COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000075740

PROVEEDOR: MEDICOX LTDA NIT: 330142523 FECHA: 17/04/2024 03:32 p.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CL 66 N 19 - 36 OF 301 MONEDA: Pesos
TELEFONO: TASA CAM: 0.00
N FACTURA: FVEC64060 % ICA: 4.1400 PLAZO: 0 FECHA FAC: 12/04/2024 12:00 a.m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR U	SUBTOTAL	% DTO	% IVA
121QQ031233	CLORHEXIDINA GLUCONATO 4% JABON FRASCO 50 ML	FRASCO	100.00	\$ 4.293.00	\$ 429.300.00	0.00	0.00
121QQ031237	CLORHEXIDINA GLUCONATO 4% JABON FRASCO 100 ML	FRASCO	100.00	\$ 1.131.00	\$ 113.100.00	0.00	0.00

DETALLE	SUBTOTAL:	\$ 542.400.00
CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA, CENTRAL DE DILUSIONES, DIGITA LUDY TORRES	DESCUENTO:	\$ 0.00
	IMPUESTO:	\$ 0.00
	FLETES:	\$ 0.00
	IMP FLETES:	\$ 0.00
	RETE IVA:	\$ 0.00
	RETE ICA:	\$ 4.069.00
	RETE FUENTE:	\$ 24.570.00
	OTRAS RETE:	\$ 0.00
	OTRAS DEDUC:	\$ 0.00
	IMP DISTRI:	\$ 0.00
	AJUSTE RED:	\$ 0.00
	AJUSTE AL TOTAL:	\$ 0.00
	TOTAL COMPR:	\$ 954.161.00

TOTAL COMPROBANTE
NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y UN PESOS CON CERO CTVS
MLCv.

Ricardo Abisraon

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR
Ricardo Abisraon



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

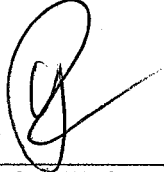
COMPROBANTE N°	6151	FECHA	18/04/2024
----------------	------	-------	------------

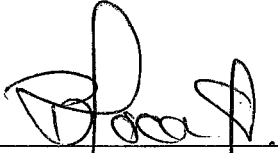
RUBRO PRESUPUESTAL:	IMPRESOS Y PUBLICACIONES
---------------------	--------------------------

VALOR:	\$230.000,00
--------	--------------

LA SUMA DE:	DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M.CTE.
-------------	-------------------------------------

CONCEPTO:	CUENTA DE COBTO No. 25 RICARDO JAVIER RODRÍGUEZ BUILES NIT 79.700.070-7 CAMBIO DE CINTAS REFLECTIVAS Y LOGOS PARA AMBULANCIA 6280 DE PLACA OLN 267 PERTENECIENTE A LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E., Y EN CUMPLIMIENTO POR HABILITACIÓN SEGÚN RESOLUCIÓN No. 3100, SOLICITADO POR LUZ GISELLE LINARES, REFERENTE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA. R.FTE. 4%.....\$9.200,00 R.ICA 9,66 POR MIL..... 2.222,00
-----------	--

 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

 Vo.Bo. CUENTADANTE
--



Cuenta de cobro No. : 25

Ciudad y fecha : Bogotá D.C. 17 de abril de 2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

NIT. 900.959.051

Debe a:

RICARDO JAVIER RODRÍGUEZ BUILES

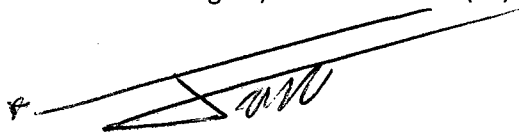
C.C. 79.700.070-7

LA SUMA DE DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M.CTE.

(\$230.000,00)

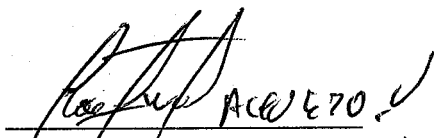
POR CONCEPTO DE: Instalación cintas roja y amarilla reflectiva en contorno de toda la ambulancia y puertas traseras. Emblema de ambulancia parte delantera, aviso Conserve su distancia en puertas trasera.

Se firma en Bogotá, a los diecisiete (17) días del mes de abril del año 2024.



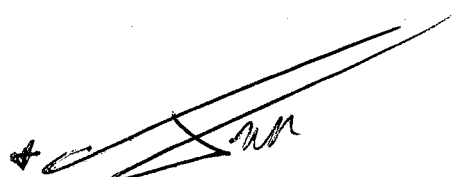
RICARDO JAVIER RODRÍGUEZ BUILES
C.C. 79.700.070-7

Aceptada


ACEPTO ✓
c.c. 79985155 BTA

R.Fte 4% \$ 9.200
R.ICA 966% 2.222
\$ 11.422

A pagar \$ 218.578


79 700 0070
Cancelado

Bogotá, 16 de abril del 2024

Señores

Subred Centro Oriente

COTIZACION No. 1

Trabajo a realizar:

- Instalación de cinta amarilla tipo reflectiva por los costados y parte trasera del vehículo de 15cmsde altura.
- Instalación de cinta roja tipo reflectiva por los costados y parte trasera del vehículo de 15 cm de altura.
- Elaboración de UN (1) emblema de la palabra AMBULANCIA en cinta tipo reflectiva color rojo.
- Elaboración de emblema palabra conserve su distancia

El trabajo tiene un costo total de doscientos treinta mil pesos

(\$230.000)

Javier Rodríguez

312 4564011



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario141016080198

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)797000707

6. DV7

12. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico32

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona natural o sucesión ilíquida2

25. Tipo de documentoCédula de Ciudadanía13

26. Número de identificación79700070

27. Fecha expedición19920929

28. PaísCOLOMBIA169

29. DepartamentoBogotá D.C.11

30. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.001

31. Primer apellidoRODRIGUEZ

32. Segundo apellidoBUILES

33. Primer nombreRICARDO

34. Otros nombresJAVIER

35. Razón social

36. Nombre comercialJM ARTE Y DISEÑO

37. Sigla

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA169

39. DepartamentoCundinamarca25

40. Ciudad/MunicipioSoacha754

41. Dirección principalCR 40 ESTE 251 23

42. Correo electrónicojkbuiles@yahoo.com

43. Código postal

44. Teléfono 18124564011

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

46. Código4610

47. Fecha inicio actividad20130320

48. Código48

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código12

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código549

05- Imppto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

12345678910

11121314151617181920

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. AnexosSI[X]NONO

60. No. de Folios1

61. Fecha2024 - 04 - 15 / 13 : 14: 00

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. NombreROSAS CASTAÑEDA NATALY CAMILA

985. CargoGestor II

Fecha generación documento PDF: 15-04-2024 01:14:08PM

MUNDI LUJOS LA ESTANZUELA

**Bombillería Led, Auto Partes
Lujos y Accesorios Para todo**

Tipo de vehículos

NIT. 901.469.037



DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

C.C.O NIT:

12	04	2008
----	----	------

Cant.	Descripción	Vr. Unit.	Total
2	Cambio de cinta		
	Amanilla roja		
1	Aviso instalac.		
	Incluida,		
	Factura electronica.		
			300.000.

**LA PRESENTE FACTURA DE VENTA SE ASIMILA PARA TODOS
SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO C.C. ART. 774
NUMERAL 60 DESPUÉS DEL VENCIMIENTO DE SU FACTURA,
SE CAUSARÁN INTERESES MORATORIOS AL MÁXIMO.**

TOTAL

ABONO

SALDO

Sin presentar esta factura no habrán devoluciones

☎ 310 554 8778 • 320 201 5153 • 📍 Carrera 18 No. 7 - 33

SERVICIO A DOMICILIO

SEÑOR(ES)

DIRECCION:

TEL:

NIT.

FACTURA DE VENTA No.

6843

DIA

MES

AÑO

12

ols

SON:

FORMA DE PAGO: Efectivo ☐ Cheque ☐

ABONO**SALDO**

TOTAL \$

ACEPTADA/ CLIENTE

NIT. O C.C.

VENDEDOR:

NIT. O C.C.

tracespecial2007@gmail.com

AVISOS Y LUJOS GEMINIS

NIT.: 93118254-0 Reg. Simplificado

POLARIZADOS - IMPRESIÓN DIGITAL
LUJOS EN GENERAL

LUJOS EN GENERAL



FACTURA DE VENTA

NO 1047

VENDIDO A: <i>Cofización</i>		NIT/C.C.
DIRECCIÓN:		CIUDAD:
FECHA:	<i>12 04 2024</i>	TELÉFONO:

[illegible]

ESTA LETRA DE CAMBIO SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS
LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO. SEGÚN DECRETO 1231 DEL
17 DE JULIO DE 2008 DE ACUERDO AL C.C.

Firma:


APROBADO:

Firma:

VENDEDOR

SUBTOTAL	\$
ABONO	\$
TOTAL	\$

Carrera 18 No. 7A - 34 - Local 6 - ☎ 310 338 4722 Bogotá D.C.

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS</div> <div>FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-002</div> <div>VERSION: 03</div> <div>FECHA: 2018-05-16</div>
---	---	---

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTA D.C 12 ABRIL 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	LUZ GISELLE LINARES
ÁREA / DEPENDENCIA	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
CENTRO DE COSTO	382409 738602009
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	HOSPITAL SAN BLAS

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

CAMBIO DE CINTAS REFLECTIVAS Y LOGOS PARA AMBULANCIA 6280 PLCA OLN 267

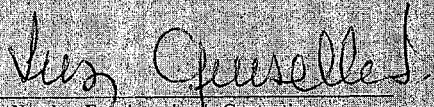
3. JUSTIFICACIÓN

CAMBIO DE CINTAS REFLECTIVAS Y LOGOS DETERIOTADOS PARA AMBULANCIA 6280 PLCA OLN 267 PARA DAR CUMPLIMIENTO POR HABILITACION SEGÚN RESOLUCION 3100

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO

N/A

Vo.Bo. Funcionario Almacén



Nombre Funcionario y/o Contratista



Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

1- INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6152

FECHA

19/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

VALOR:

\$20.000,00

LA SUMA DE:

VEINTE MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO:


CANCELADO A FERNANDO LES MES ALDANA NIT 79.645.078 ACOMPAÑAMIENTO SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE PLANTA ELÉCTRICA, ACOMPAÑAMIENTO ENTREGA DE REPUESTOS TALLER AUTOS MONGUI, AUTORIZADO POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA TRANSPORTE.


Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bo. CUENTADANTE

*

138




Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

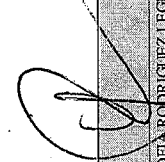
CÓDIGO: AP-RF-FT-001
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-05-09

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO PLANILLA DE AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTES POR CAJA MENOR


No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
1	8/04/2024	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA	CAPS ALTAMIRA	ACOMPANAMIENTO SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE A PLANTA ELÉCTRICA				X	\$ 12.000
2	9/04/2024	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA	TALLER AUTOS MONGUI	ACOMPANAMIENTO ENTREGA DE REPUESTOS				X	\$ 8.000
3									
4									
5									
6									
7									
8									
TOTAL									\$ 20.000,00



FERNANDO LESMES ALDANA
C.C. 79.645.078



YANET SOTÍA RODRÍGUEZ LEGUZAMÓN
V.O. B6. DIRECCIÓN(A) ADMINISTRATIVO (A)



Diana Sandoval
V.O. B6. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

7ADH02
51123001

2024/04/08
12/2024

I. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6153

FECHA

19/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

MEDICAMENTOS

VALOR:

\$232.000,00

LA SUMA DE:

DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. BO7133 BIOHEALTHY S.A.S.NIT 900.628.878-0 MEDICAMENTOS (PIRIMETAMINA 2.6MG/ML SUSPENSIÓN ORAL FRASCO X 30 ML, SULFADIAZINA 155 MG/ML SUSPENSIÓN ORAL FRASCO X 60 ML, ÁCIDO FOLINICO 10 MG/ML SUSPENSIÓN ORAL FRASCO X 20 ML), NECESARIOS PARA PREPARACIONES MAGISTRALES CORRESPONDIENTE A LA PACIENTE DANNA ISABELLA DIAZ RIVERA DEL HOSPITAL LA VICTORIA, SOLICITADO POR ALEXIS ORJUELA ANGULO, SERVICIO FARMACÉUTICO HOSPITAL SANTA CLARA.

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12723

*




REGIMEN COMUN - NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
ACTIVIDADES ECONOMICAS 2100 - 4645
CARRERA 15 # 33A - 58 BOGOTÁ
PBX (+571) 7446217
www.biohealthy.com.co
BOGOTÁ

140

FACTURA DE VENTA

No .BO7133

BIOHEALTHY SAS
900628878-0

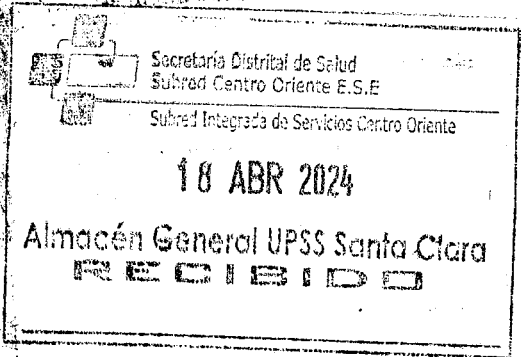
<div>SEÑORES</div> <div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE</div> <div>DG 34 5 43</div> <div>BOGOTA</div> <div>3282828 3023348034</div> <div>900959051-7</div>	FECHA FACTURA			REMISIONES		
	2024	4	15	No hay com		
	FECHA VENCIMIENTO			CONDICIONES DE PAGO		
	2024	4	15	0 DIAS		
	VENDEDOR			ORDEN DE COMPRA		
	V04					

CUFE

69af8ef9ebb266adac0650071dbdaa31f377d9c6653b7c146ac5681ebbc7195fef8efb171d130ec1beba8349029e18d8

CODIGO	PRODUCTO	LOTE	CANTIDAD	UND	PRECIO UND	VALOR TOTAL
I01009397	ORAL PIRIMETAMINA	90191669	1.00	30	58,000.00	58,000.00
RTFUENTE 0%:		0.00	RETEIVA 0%:		0.00	0.00
I01009398	ORAL SULFADIAZINA	90191671	1.00	60	99,000.00	99,000.00
RTFUENTE 0%:		0.00	RETEIVA 0%:		0.00	0.00
I01009399	ORAL ACIDO FOLINICO	90191673	1.00	20	75,000.00	75,000.00
RTFUENTE 0%:		0.00	RETEIVA 0%:		0.00	0.00

Cancelado Efectivo
Alexander Murcia
cc 80.005383
24-abr-24
\$232.000



DEVOLVER ORIGINAL EMPRESA FIRMADO Y SELLADO

Son DOSCIENTOS TREINTA MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVÉ PESOS 20/100

OBSERVACIONES
No hay comentarios

SUB-TOTAL	232,000
DESCUENTO	0
TOTAL / Total	232,000
RETE - FUENTE	0
RETE - IVA	0
RETE - ICA	1,600
IVA	0
TOTAL A PAGAR	230,399

BIOHEALTHY S.A.S.

Favor consignar a BIOHEALTHY S.A.S CONVENIO BANCOLOMBIA No. 35575.
o con cheque cruzado a nombre de BIOHEALTHY S.A.S
NOTA: Vendido el plazo para cancelar la presente factura se causaran intereses moratorios a la tasa permitida por la Superintendencia Financiera. Despues de ocho (8) dias de recibida la mercancia NO aceptamos devoluciones. Esta factura se asimila en sus efectos a la letra e cambio (Codigo del Comercio Art. 774) no somos Agentes Retenedores de IVA.

SELLO CLIENTE

Thouathou Gonzalez

NOMBRE LEGIBLE
C.C.: 1023211759
FECHA: 15/abril/2024.

18764057175425 Fecha Autorización: 2023-10-02 Del: BO4001 Al: BO10000 Fecha de Vencimiento: 2024-10-01

ORIGINAL EMPRESA

Neto

Bogotá D.C. 24 de abril de 2024

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Asunto: Autorización pago de facturas

La presente es para autorizar al señor Alexander Murcia con C.C 80005383 a realizar el cobro de la factura No. BO7133 por valor de \$232.000 a nombre de Subred Centro Oriente SAS.

Cordialmente

GINA ANDRADE

GINA STEPHANY ANDRADE OSORIO
Directora Técnica y Jefe de producción.
Laboratorios Biohealthy

MEDELLÍN: Calle 30 # 69-142 / B. Belén Rosales / Tel.: (574) 448 04 78 / C.P. 050030
BOGOTÁ: Carrera 15 # 33A - 58 / B. Teusaquillo / Tel.: (571) 744 62 17 / C.P. 111311

COLOMBIA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

IDENTIFICACION 80.005.383


MURCIA PULGA

APELLIDO

ALEXANDER

NOMBRE

Alexander Murcia Pulga





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1979

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-SEP-1997 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A 1500150-01054607-M-0090005383-20190111 0064090413A 1 9907115946

RE: SOLICITUD EXISTENCIA MAGISTRALES

Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>

Jue 04/04/2024 12:44

Para: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>; Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial Saludo,

Se informa que a la fecha no se cuenta con contrato para los medicamentos informados.

Cordialmente,

Angel Eduardo Triana Niño
Dirección de Contratación
Área de Compras

De: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: jueves, 4 de abril de 2024 11:40 a. m.

Para: Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>;

Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: SOLICITUD EXISTENCIA MAGISTRALES

Buenas tardes, solicito su amable colaboración en el sentido de determinar si existe contrato y /o existencia de las siguientes preparaciones magistrales

122MP025196 PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU: 1
Frasco

122MJ035039 sulfadiazina 155MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 60 ML

122MV045070 ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL PREPARACION MAGISTRAL SDMDU

ALEXIS ORJUELA ANGULO

Químico Farmacéutico

Supervisor Contratos Medicamentos

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

RE: SOLICITUD EXISTENCIA MAGISTRALES

Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>

Jue 04/04/2024 12:30

Para: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>

Dr. Alexis Orjuela. Buenas tardes. Cordial saludo.

Con respecto a su solicitud, comedidamente me permito informar que revisado el stock de inventario del almacén Principal, sub almacenes y farmacias de la Subred Centro Oriente, no contamos con existencias de dichos medicamentos.

122MP025196 PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU: 1 Frasco

122MJ035039 sulfadiazina 155MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 60 ML

122MV045070 ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL PREPARACION MAGISTRAL SDMDU

Cordialmente,

Miguel Angel Cortes T
Profesional Universitario
Almacén Unidad Santa Clara

De: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: jueves, 4 de abril de 2024 11:40 a. m.

Para: Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: SOLICITUD EXISTENCIA MAGISTRALES

Buenas tardes, solicito su amable colaboración en el sentido de determinar si existe contrato y /o existencia de las siguientes preparaciones magistrales

122MP025196 PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU: 1 Frasco

122MJ035039 sulfadiazina 155MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 60 ML

122MV045070 ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL PREPARACION MAGISTRAL SDMDU

ALEXIS ORJUELA ANGULO

Químico Farmacéutico

Supervisor Contratos Medicamentos

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

De: Melissa Cruz Bulla <mcruzbulla@gmail.com>

Enviado el: martes, 9 de abril de 2024 9:21 a. m.

Para: Ventas10@biohealthy.com.co; servicioalcliente bogota@biohealthy.com.co;
servicioalcliente bogota2@biohealthy.com.co

Asunto: Fwd: SOLICITUD DE COTIZACIÓN

Buenas tardes, solicito su amable colaboración en el sentido de cotizar las siguientes preparaciones magistrales

122MP025196 PRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML
PREPARACION MAGISTRAL SDMDU: 1 Frasco
122MJ035039 sulfaDIAZina 155MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 60 ML
122MV045070 ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL
PREPARACION MAGISTRAL SDMDU

ALEXIS ORJUELA ANGULO

Químico Farmacéutico

Supervisor Contratos Medicamentos

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

FORMULACION MEDICA INTRA-HOSPITALARIO

Paciente

DANNA ISABELLA DIAZ RIVERA

Edad

0 Años / 0 Meses / 15 Días

Folio

107

Identificacion

1255516046

Telefono

3143504671

No. Historia

1255516046

Centro- Atencion

HOSPITAL LA VICTORIA

Cama

UCINEI08 - RECIEN NACIDOS INTENSIVO

Ingreso

16685097

Direccion

DG 39 SUR No 3-20 ESTE

Telefono

3725610

Fecha Ingreso

21/03/2024 1:12:55 a. m.

Entidad

NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA SIGLA NUEVA EPS SA

Suministro Paciente

No. Cama

UCINEI08 - RECIEN NACIDOS INTENSIVO

Area de Servicio:

2LVE09 - LA VICTORIA UNIDAD DE RECIEN NACIDOS

Plan de Beneficios: NUEVA EPS-S

Diagnostico Principal : B589 - TOXOPLASMOSIS, NO ESPECIFICADA

No Formula: FAM000025759095



MEDICAMENTOS POS

Medicamento	Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	Observaciones	T.D.	Dura.
122MP025196- PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU	(1) UNO	2.6MG/ML	FRASCO	Oral	2,3 mg cada 12 hts por 2 dias, luego 2,3 mg dia por 6 meses	<input checked="" type="checkbox"/>	30 d
122MJ035039- sulfaDIAZina 155MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 60 ML	(2) DOS	155MG/ML	FRASCO	Oral	115 mg cada 12 hrs por un año	<input checked="" type="checkbox"/>	30 d
122MV045070- ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL PREPARACION MAGISTRAL SDMDU	(1) UNO	10 MG/ML	FRASCO	Oral	10 mg 3 veces por semana	<input checked="" type="checkbox"/>	30 d

Total Items: 3

DIAGNOSTICOS

CODIGO	DESCRIPCION	TIPO DIAGNOSTICO
B589	TOXOPLASMOSIS, NO ESPECIFICADA	Principal Presuntivo

DIAZ MORENO ROSA CECILIA
NEONATOLOGIA
Cédula de ciudadanía-20567380

Reclame INMEDIATAMENTE, validez 72 horas, horario de la farmacia ambulatoria: lunes a viernes de 7:30 am a 6:00 pm jornada continua, sabados de 7:30 a.m a 1:00 p.m

"Señor usuario, si usted es afiliado a la EPS Capital Salud y su consulta no fue presencial o le prescribieron medicamentos no PGP, el trámite de sus medicamentos se coordinará entre la Subred y la EPS; la entrega de los medicamentos se realizará en los 5 días hábiles siguientes en la dirección registrada. Para otras EPS, solicite información en la farmacia o atención al usuario de la unidad."

147

RE: COTIZACIÓN SOLICITUD SUBRED CENTRO ORIENTE

ventas10@biohealthy.com.co <ventas10@biohealthy.com.co>

Vie 12/04/2024 9:28

Para: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>

CC: servicioalcliente bogota2@biohealthy.com.co <servicioalcliente bogota2@biohealthy.com.co>

Cordial saludo,

Relaciono la cotización:

COTIZACION PIRIMETAMINA

\$58.000

X 30ML

COTIZACION SULFADIAZINA

\$99.000

X 60ML

COTIZACION ACIDO FOLINICO

\$75.000

X 20ML

Muchas gracias!

Lizeth Parrado**Coordinadora Regional centro
Biohealthy S.A.S.**

Carrera 15 # 34 - 25

Bogotá - Colombia

Tel: +57 (4) 4480478 Ext. 4113

Móvil: +57 314 255 10 50

Whatsapp: +57 314 255 10 50

<https://biohealthy.com.co/>

9

DIAN

POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario14934808448

(415)7707212489984(8020) 000001493480844 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)9 0 0 6 2 8 8 7 806. DV012. Dirección seccionalImpuestos de Medellín14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona jurídica1

25. Tipo de documento

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

Lugar de expedición28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón socialBIOHEALTHY S.A.S.

36. Nombre comercialFARMACIA MAGISTRAL BIOHEALTHY

37. Sigla

UBICACIÓN

38. PaísGOLOMBIA1 6 9

39. DepartamentoAntioquia0 5

40. Ciudad/MunicipioMedellín0 0

41. Dirección principalCL 30 CR 69 142

42. Correo electrónicog.administrativo@biohealthy.com.co

43. Código postal

44. Teléfono 14 4 8 0 4 7 8

45. Teléfono 23 2 0 8 5 9 6 3 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

51. Código

52. Número establecimientos

46. Código2 1 0 0

47. Fecha inicio actividad2 0 1 2 0 3 1 6

48. Código4 6 4 5

49. Fecha inicio actividad2 0 1 2 0 3 1 6

50. Código15 3 2 02

51. Código

52. Número establecimientos1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código5 7 9 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario52- Facturador electrónico

07- Retención en la fuente a título de renta55- Informante de Beneficiarios Finales

09- Retención en la fuente en el impuesto

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código2 2 2 3

55. Forma3

56. Tipo1

57. Modo

58. CPC

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

1

2

3

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. AnexosSI NOX

60. No. de Folios0

61. Fecha2023 - 08 - 04 / 07 : 02: 35

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:


Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. NombreBERRIO JUAN DIEGO

985. CargoRepresentante Legal Suplente Certificado

Fecha generación documento PDF: 04-08-2023 07:04:2

Medicamentos
Biohealthy SAS \$ 232.000

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR	CÓDIGO: AP-RF-FT-002 VERSIÓN: 03 FECHA: 2018-05-16
---	--	--

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTA DC, ABRIL 5 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	ALEXIS ORJUELA ANGULO
AREA / DEPENDENCIA	SERVICIO FARMACEUTICO
CENTRO DE COSTO	45CT05 735501001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

PIRIMETAMINA 2.6MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO X 30ML (1) Una Unidad
SULFADIAZINA 155MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO X 60ML (1) Una Unidad
ACIDO FOLINICO 10MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO X 20ML (1) Una Unidad

3. JUSTIFICACIÓN

SE REQUIERE LA ADQUISICIÓN DE PREPARACIONES MAGISTRALES CORRESPONDIENTES A LA PACIENTE DANNA ISABELLA DIAZ RIVERA 1255516046, DEL HOSPITAL LA VICTORIA

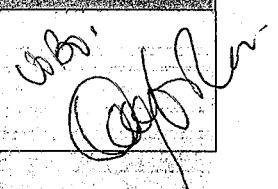
4. Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

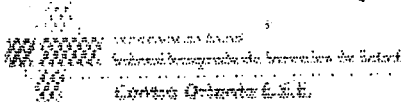

Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Funcionario Almacén


Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN





COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000000075767

PROVEEDOR: BIOHEALTHYSAS

CIUDAD: MEDELLIN (ANTIOQUIA)

DIRECCION: CL 30 N - CR.69 142

TELEFONO: 4480478

Nº FACTURA: 607133

NTT: 300622878

% ICA: 0,0000

PLAZO: 0

FECHA: 18/04/2024 04:03 p.m.

ESTADO: Confirmado

MONEDA: Pesos

TASA CAM: 0,00

FECHA FAC: 13/04/2024 12:00 a.m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
122MF023196	PIRIMETAMINA 25 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SMDU	FRASCO	1,00	\$ 38.000,00	\$ 38.000,00	0,00	0,00
122MU035039	CHLORAZEPATE 150MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 60 ML	FRASCO	1,00	\$ 99.000,00	\$ 99.000,00	0,00	0,00
122MV043070	ACIDO FOLINICO 10 mg/ml SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL PREPARACION MAGISTRAL SMDU	FRASCO	1,00	\$ 73.000,00	\$ 73.000,00	0,00	0,00

DETALLE

CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL:	\$ 232.000,00
DESCUENTO:	\$ 0,00
IMPUESTO:	\$ 0,00
FLETES:	\$ 0,00
IMP FLETES:	\$ 0,00
RETE IVA:	\$ 0,00
RETE ICA:	\$ 0,00
RETE FUENTE:	\$ 0,00
OTRAS RETE:	\$ 0,00
OTRAS DEDUC:	\$ 0,00
IMP DISTRI:	\$ 0,00
AJUSTE RED:	\$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	\$ 0,00
TOTAL COMPR:	\$ 232.000,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS CON CERO CTVS MAS.

Adriana M. Lugo
Cuentas por pagar
Servicio Impuestos

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6154

FECHA

19/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO

VALOR:

\$952.000,00

LA SUMA DE:

NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. LM361900 LM INSTRUMENTS S.A. NIT 800.077.635-1 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (DREN DE SILICONA PLANO ACANALADO CON LÍNEA RADIOPACA DE 10 MM X 19 CM ESTÉRIL CON RESERVORIO DE 400 CC), NECESARIO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SOLICITADO POR CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO, GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO.

R.ICA 11.04 POR MIL.....\$8.832,00
R.IVA 15%..... 22.800,00

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE .

12727



Carrera 68D No. 25B - 86 | Oficina 518 - Bogotá Colombia - PBX: (571) 427 2000

NIT 800.077.635 - 1

Bogotá D.C., abril 22 de 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA SANTA CLARA
Ciudad.

Cordial Saludo

Por medio de la presente autorizamos al señor Maicol Alonso Cardenas Avendaño, Identificado con cédula de ciudadanía N°1033806240 para recoger pago, en sus instalaciones a nombre de LM Instruments S.A

Agradecemos su colaboración.

Atentamente,

Francy Jinneth Pedraza Torres
LM Instruments S.A.
Coordinadora de Tesorería y Cartera

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.033.806.240

CARDENAS AVENDANO

APELLIDOS

MAICOL ALONSO

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-MAY-1998

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

05-MAY-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

157

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01153922-M-1033806240-20200825


0071562473A 1

9912857057

LM Instruments S.A

158

NQ \$952000

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR	CÓDIGO: AP-RF-FT-002 VERSIÓN: 03 FECHA: 2018-05-16
---	--	--

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTÁ, ABRIL 16 DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO
ÁREA / DEPENDENCIA	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- GESTION DE ABASTECIMIENTO EN INSUMOS
CENTRO DE COSTO	1SCH99 589 9230103
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR


ITEM	CÓDIGO	NOMBRE / DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	OBSERVACION
I	121QQ03524 7	DREN DE SILICONA PLANO ACANALADO CON LINEA RADIOPACA DE 10MM X 19CM ESTERIL CON RESERVORIO DE 400 CC	UNIDAD	5	

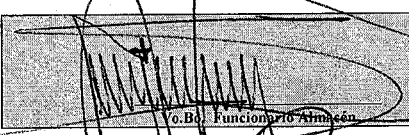
3. JUSTIFICACIÓN

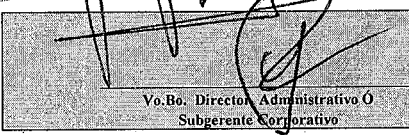
La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, requiere la compra del dispositivo médico quirúrgico hospitalario, necesario para la prestación del servicio a los usuarios de la subred integrada de servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. La disponibilidad de los dispositivos médico quirúrgicos constituye una obligación, para con sus usuarios y beneficiarios, para la prestación de servicios de salud con calidad, dando cumplimiento de las normas legales vigentes. Estos insumos se requieren de forma inmediata ya que el no contar con su disponibilidad acarrea riesgos en la prestación de los servicios a los usuarios, por lo que se hace necesario adelantar una caja menor para los servicios de urgencias para salas de cirugía por tratarse de una necesidad urgente para la atención y así dar continuidad en la prestación de los servicios de salud de la Subred Integrada De Servicios De Salud.

Teniendo en cuenta lo anterior se realizará como procedimiento para compra por caja menor toda vez que es un mecanismo expedito e inmediato con el que se suplirá la contratación de los insumos requeridos. Es importante resaltar que en este momento los servicios no pueden esperar la realización de un proceso de contratación mayor a 20 o 30 días, dado que el comportamiento de su demanda y la actual disponibilidad no alcanzan a dar cubrimiento necesario, por ello se solicita contar con los bienes que se describen a continuación de manera casi inmediata como medida urgente, de lo contrario sería poner en riesgo la continuidad de la prestación del servicio de salvar como derecho fundamental, aunado a que actualmente nos encontramos como parte del proceso, para lograr el 100% en la atención para los pacientes que se encuentran en áreas de intervención de adulto que requieren una atención intra hospitalaria y así brindar una atención oportuna, este insumo facilita la extracción de líquidos que se acumulan en áreas del cuerpo después de la cirugía o cuando se presenta una infección, esto con el fin de brindar una atención segura como se indica en el protocolo que debe atenderse con criterios de oportunidad y calidad, de manera inmediata. Este insumo se requiere para la prestación del servicio de los usuarios de la Subred integrada de salud Centro Oriente E.S.E.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		NO


CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO
Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Funcionario Almacén


Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

1. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL: 121QQ035247, NOMBRE/ DESCRIPCION: DREN DE SILICONA PLANO ACANALADO CON LINEA RADIOPACA DE 10MM X 19CM ESTERIL CON RESERVORIO DE 400 CC: NO CONTRATADO CON LA INSTITUCIÓN.

E/any 3

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>

about:blank Lun 15/04/2024 9:34 AM

Para:Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>;cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>;John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
CC:Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>;Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo,

15/4/24

Verificada la lista de insumos contratados a la fecha, el mismo se encuentra sin contrato.

Cordialmente,

about:blank



Patricia Ballesteros Silva

Cargo: Profesional Universitario
Dirección de Contratación
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E

📧 @subredcentrooriente 📧 @subred_centrooriente
📧 @SubRedCentroOri 📧 Subred Centro Oriente
🌐 www.subredcentrooriente.gov.co

De: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: lunes, 15 de abril de 2024 8:42 a. m.

Para: cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; compras

about:blank

<compras@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>

Cc: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>; Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Buenos Días, Cordial Saludo

15/4/24

De acuerdo a solicitud se solicita confirmación del siguiente dispositivo pendiente en la modalidad de trámite por caja menor:

1. 121QQ - DREN DE SILICONA PLANO ACANALADO CON LINEA RADIOPACA DE 10MM X 19CM ESTERIL CON RESERVORIO DE 400 CC

Agradezco su atención prestada y pronta respuesta

Cordialmente

about:blank



Cristian Camilo Leguizamón Arguello

Cargo: Profesional Especializado
Gestión de Abastecimiento en Insumos.
Apoyo Subgerencia de Servicios de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 6013282828 Ext: 10152
Celular: 3013744592

📧 @subredcentrooriente 📧 @subred_centrooriente
📧 @SubRedCentroOri 📧 Subred Centro Oriente
🌐 www.subredcentrooriente.gov.co

121QQ035247 - DREN DE SILICONA PLANO ACANALADO CON LINEA RADIOPACA DE 10MM X 19CM ESTERIL CON RESERVORIO DE 400 CC

 $\frac{1}{2}$

163
11/20/94
1/1


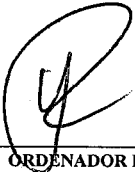

Abstract

FECHA FAC: 17/04/2024 12:00 a. m.

TOTAL COMPR: \$920,368.00

ENCUENTRO: (SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.F. - I.M.) / 001050041-20

164

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR		CÓDIGO: AP-RF-FT-092 VERSIÓN: 1 FECHA: 2019-01-25
1. INFORMACIÓN			
COMPROBANTE N°	6155	FECHA	19/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	\$152.780,00		
LA SUMA DE:	CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	VALOR CANCELADO A SERVIENTREGA S.A. NIT 868.512.330-3 POR ENVIO DE COMUNICACIONES OFICIALES FUERA DE BOGOTÁ, GENERADAS EN LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E., SOLICITADO POR ERIKA YOHANNA PLAZAS VELOZA, LIDER GESTION DOCUMENTAL.		
 Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bø. CUENTADANTE	

*

SERVIENTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Av Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 12220 Diciembre
26/2022
Somos Grandes Contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución SHD DDJ-023769
Nov 29/2021)
Autorretenedores Resol. DIAN:09698
de Nov 24/2003.
Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización
Numeración de Facturación
18764051539884 del 7/7/2023 al
1/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60801
al No. 70800.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
A54366637
FECHA: 2024/04/19 HORA: 09:03:48
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
CLIENTE: SUBRE INTEGRADA DE SE
NIT: 908959051
DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A - 26 SAMPER
MENDOZA
TELÉFONO: 3136789339
EMAIL: CENTROORIENTEFECUDANOS@GMAIL.COM
ORIGEN: BOGOTÁ/CUNDINAMARCA
SERVICIO (1): GUÍA: 9173368795
FECHA PROG.ENTREGA: 22-04-2024
RÉGIMEN: MENSAJERÍA EXPRESA
DESTINATARIO: EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ANAS
WAYU
NIT/1.D.: 171633
DESTINO: MAICAO/LA GUAJIRA
DIRECCIÓN: CALLE 17 #16-33 SAN MARTIN
TELÉFONO: 171633 CODPOSTAL: 442001784
PRODUCTO: DOCUMENTO UNITARIO
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
467568

T.E: NORMAL		M.T: TERRESTRE		PZ: 1	
DIMENSIONES		PESO VOLUMÉTRICO		*PESO FÍSICO	
//		1(KG)			

LIQUIDACIÓN SERVICIO TRANSPORTE					
SERV	VR. DECLA	VR.SOB.FLT	VR.FLT	VR.TOTAL	
(1)	\$5.000	\$500	\$14.000	\$14.500	

TOTAL DEL SERVICIO					
SERVICIO		VALOR TOTAL		FORMA DE PAGO	
(1)		\$14.500		CONTADO-CON	

VALOR TOTAL SERVICIO:		\$ 14.500			
VALOR A RECAUDAR EN DESTINO:		\$ 0			



REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA
DE VENTA CUFÉ:
7557887752867766c40425b0f9732c78c2ca0427fe47
1a74808e0b85223b3edaf486c904c9fc00175aa6e0dc
1941fc
PROVEEDOR DE FACTURA ELECTRÓNICA:
Servientrega S.A NIT: 860.512.330-3
Sis-Fe-860512330 COD CDS: 010039
USUARIO: LOZANMOS
PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRONICO(WHTP/E-Mail)
PRUEBA DE ENTREGA: FÍSICO
*El peso facturado corresponde al mayor
entre el peso físico y peso volumétrico.
*Esta factura electrónica de venta hace
las veces de prueba de admisión.
El Usuario deja expresa constancia que tuvo
conocimiento del contrato que se encuentra
publicado en la página web de Servientrega
S.A. www.servientrega.com y en las
carteleras ubicadas en los Centros de
Soluciones, que regula el servicio acordado
entre las partes, cuyo contenido clausular
acepta expresamente con la suscripción de
este documento. Así mismo, declara conocer
nuestro aviso de privacidad y aceptar la
Política de Protección de Datos Personales
los cuales se encuentran en el sitio web.
Para la presentación de peticiones, quejas
y recursos remitirse al portal web
www.servientrega.com o a la línea de atención
al usuario: (1) 77080100. Ministerio de
transporte: Licencias No. 805 de Marzo
5/2001. MINTIC: Licencia No. 2065 de Oct
8/2020.
VIGILADO SUPERTRANSPORTE

SERVIENTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Av Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 12220 Diciembre
26/2022
Somos Grandes Contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución SHD DDJ-023769
Nov 29/2021)
Autorretenedores Resol. DIAN:09698
de Nov 24/2003.
Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización
Numeración de Facturación
18764051539884 del 7/7/2023 al
1/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60801
al No. 70800.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
A54366638
FECHA: 2024/04/19 HORA: 08:38:38
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
CLIENTE: SUBRE INTEGRADA DE SE
NIT: 908959051
DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A - 26 SAMPER
MENDOZA
TELÉFONO: 3136789339
EMAIL: CENTROORIENTEFECUDANOS@GMAIL.COM
ORIGEN: BOGOTÁ/CUNDINAMARCA
SERVICIO (1): GUÍA: 9173368788
FECHA PROG.ENTREGA: 22-04-2024
RÉGIMEN: MENSAJERÍA EXPRESA
DESTINATARIO: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
SERVICIOS OCCIDENTAL DE SALUD SA
NIT/1.D.: 952130
DESTINO: CALI/VALLE
DIRECCIÓN: CARRERA 9N # 52N-130 CONJUNTO
INDUSTRIAL LA FLORA
TELÉFONO: 123456 CODPOSTAL: 760002162
PRODUCTO: DOCUMENTO UNITARIO
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
SSC07067189 SSC07325678 SSC073052975
SSC07061166

T.E:	NORMAL	M.T:	TERRESTRE	PZ:	1
DIMENSIONES		PESO VOLUMÉTRICO *PEO FÍSICO			
//		1(KG)			
LIQUIDACIÓN SERVICIO TRANSPORTE					
SERV	VR. DECLA	VR.SOB.FLT	VR.FLT	VR.TOTAL	
(1)	\$5.000	\$500	\$14.000	\$14.500	
TOTAL DEL SERVICIO					
SERVICIO	VALOR TOTAL		FORMA DE PAGO		
(1)	\$14.500		CONTADO-CON		
VALOR TOTAL SERVICIO: \$ 14.500					



REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA
DE VENTA CUFÉ:
03e19c1d703959d5f8c7be977f7e798ff38ae6b003
ce796bc983a23f942932eb4021d8782641b5fa6fe7c8e
72640f
PROVEEDOR DE FACTURA ELECTRÓNICA:
Servientrega S.A NIT: 860.512.330-3
Sis-Fe-860512330 COD CDS: 010039
USUARIO: LOZANMOS
PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRONICO(WHTP/E-Mail)
PRUEBA DE ENTREGA: FÍSICO
*El peso facturado corresponde al mayor
entre el peso físico y peso volumétrico.
*Esta factura electrónica de venta hace
las veces de prueba de admisión.
El Usuario deja expresa constancia que tuvo
conocimiento del contrato que se encuentra
publicado en la página web de Servientrega
S.A. www.servientrega.com y en las
carteleras ubicadas en los Centros de
Soluciones, que regula el servicio acordado
entre las partes, cuyo contenido clausular
acepta expresamente con la suscripción de
este documento. Así mismo, declara conocer
nuestro aviso de privacidad y aceptar la
Política de Protección de Datos Personales
los cuales se encuentran en el sitio web.
Para la presentación de peticiones, quejas
y recursos remitirse al portal web
www.servientrega.com o a la línea de atención
al usuario: (1) 77080100. Ministerio de
transporte: Licencias No. 805 de Marzo
5/2001. MINTIC: Licencia No. 2065 de Oct
8/2020.
VIGILADO SUPERTRANSPORTE

SERVIENTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Av Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 12220 Diciembre
26/2022
Somos Grandes Contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución SHD DDJ-023769
Nov 29/2021)
Autorretenedores Resol. DIAN:09698
de Nov 24/2003.
Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización
Numeración de Facturación
18764051539884 del 7/7/2023 al
1/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60801
al No. 70800.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
A54366636
FECHA: 2024/04/19 HORA: 09:00:48
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
CLIENTE: SUBRE INTEGRADA DE SE
NIT: 908959051
DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A - 26 SAMPER
MENDOZA
TELÉFONO: 3136789339
EMAIL: CENTROORIENTEFECUDANOS@GMAIL.COM
ORIGEN: BOGOTÁ/CUNDINAMARCA
SERVICIO (1): GUÍA: 9173368794
FECHA PROG.ENTREGA: 22-04-2024
RÉGIMEN: MENSAJERÍA EXPRESA
DESTINATARIO: EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ANAS
WAYU
NIT/1.D.: 171633
DESTINO: MAICAO/LA GUAJIRA
DIRECCIÓN: CALLE 17 #16-33 SAN MARTIN
TELÉFONO: 171633 CODPOSTAL: 442001784
PRODUCTO: DOCUMENTO UNITARIO
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
467668

NORMAL	M.T: TERRESTRE	PZ: 1	
DIMENSIONES //	PESO VOLUMÉTRICO * PESO FÍSICO		
	1 (KG)		

LIQUIDACIÓN SERVICIO TRANSPORTE			
VR. DECLA	VR.SOB.FLT	VR.FLT	VR.TOTAL
\$5.000	\$500	\$14.000	\$14.500

TOTAL DEL SERVICIO			

SERVICIO	VALOR TOTAL	FORMA DE PAGO	
	\$14.500	CONTADO-CON	

TOTAL SERVICIO: \$ 14.500			
PRECAUDAR EN DESTINO: \$ 0			



REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA
DE VENTA CUFÉ:
0cda703a70b0a0b0a944cc85c545b31fc4c1d0bfb
85de6e7c81399fcb2b7fca08c8f6a8a6c272046f0b
58dc08
PROVEEDOR DE FACTURA ELECTRÓNICA:
Servientrega S.A NIT: 860.512.330-3
Sis-Fe-860512330 COD CDS: 010039
USUARIO: LOZANMOS
PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRONICO(WHTP/E-Mail)
PRUEBA DE ENTREGA: FÍSICO
*El peso facturado corresponde al mayor
entre el peso físico y peso volumétrico.
*Esta factura electrónica de venta hace
las veces de prueba de admisión.
El Usuario deja expresa constancia que tuvo
conocimiento del contrato que se encuentra
publicado en la página web de Servientrega
S.A. www.servientrega.com y en las
carteleras ubicadas en los Centros de
Soluciones, que regula el servicio acordado
entre las partes, cuyo contenido clausular
acepta expresamente con la suscripción de
este documento. Así mismo, declara conocer
nuestro aviso de privacidad y aceptar la
Política de Protección de Datos Personales
los cuales se encuentran en el sitio web.
Para la presentación de peticiones, quejas
y recursos remitirse al portal web
www.servientrega.com o a la línea de atención
al usuario: (1) 77080100. Ministerio de
transporte: Licencias No. 805 de Marzo
5/2001. MINTIC: Licencia No. 2065 de Oct
8/2020.
VIGILADO SUPERTRANSPORTE

330-3
Bila
B5:
B6:
5 en
-023769
:09698
e IVA.
ón
23 al
2. 60801
A No.:
B:47:35
10
SAMPER
GMAIL.COM
9
DISALUD
649 -195
1L: 150003289

PRE	PZ: 1
RICO *PESO FISICO	
1(KG)	
TRANSPORTE	
VR.FLY	VR.TOTAL
4.000	\$14.500
VICIO	
FORMA DE PAGO	
CONTADO-CON	
\$ 0	



REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA
DE VENTA CUFÉ:
13e54cd78a478589da1b44
1a8bf585b7207eccc08ff8
ELECTRÓNICA:
860.512.330-3
CDS: 010039
ELECTRONICO(WHTP/E-Mail)
FÍSICO
*El peso facturado corresponde al mayor
entre el peso físico y peso volumétrico.
*Esta factura electrónica de venta hace
las veces de prueba de admisión.
El Usuario deja expresa constancia que tuvo
conocimiento del contrato que se encuentra
publicado en la página web de Servientrega
S.A. www.servientrega.com y en las
carteleras ubicadas en los Centros de
Soluciones, que regula el servicio acordado
entre las partes, cuyo contenido clausular
acepta expresamente con la suscripción de
este documento. Así mismo, declara conocer
nuestro aviso de privacidad y aceptar la
Política de Protección de Datos Personales
los cuales se encuentran en el sitio web.
Para la presentación de peticiones, quejas
y recursos remitirse al portal web
www.servientrega.com o a la línea de atención
al usuario: (1) 77080100. Ministerio de
transporte: Licencias No. 805 de Marzo
5/2001. MINTIC: Licencia No. 2065 de Oct
8/2020.
VIGILADO SUPERTRANSPORTE

Servientrega

SERVIENTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Av Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 22220 Diciembre
26/2022
Somos Grandes Contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución SHO DDI-023769
Nov 29/2021)
Autorretenedores Resol. DIAN:09698
de Nov 24/2003.
Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización
Numeración de Facturación
18764051539884 del 7/7/2023 al
1/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60001
al No. 70000.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
A54366637

FECHA: 2024/04/19 HORA: 09:03:48
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
CLIENTE: SUBRO INTERADA DE SE
NIT: 900959051
DIRECCIÓN: CARRETA 22 # 22 A- 26 SAN PIER
MENDOZA
TELÉFONO: 3136789339
EMAIL: CENTROCLIENTE@SERVIENTREGA.COM
ORIGEN: BOGOTÁ/CUNDINAMARCA
SERVICIO (1): GUÍA: 9173368795
FECHA PROG.ENTREGA: 22-04-2024
RÉGIMEN: MENSAJERIA EXPRESA
DESTINATARIO: EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ANAS
MAYU
NIT/Z.D.: 371633
DESTINO: MAICAO/LA GUZIRA
DIRECCIÓN: CALLE 17 #16-33 SAN MARTIN
TELÉFONO: 171633 COODPOSTAL: 442001784
PRODUCTO: DOCUMENTO UNITARIO
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
48766

T.E: NORMAL M.T: TERRESTRE PZ: 1
DIMENSIONES PESO VOLUMÉTRICO * PESO FÍSICO
// 1(KG)

LIQUIDACIÓN SERVICIO TRANSPORTE				
SERV	VR. DECLA	VR.SOL.FLT	VR.FLT	VR.TOTAL
(1)	\$5.000	\$500	\$14.000	\$14.500
TOTAL DEL SERVICIO				
SERVICIO	VALOR TOTAL	FORMA DE PAGO		
(1)	\$14.500	CONTADO-COH		
VALOR TOTAL SERVICIO:		\$ 14.500		
VALOR A RECARGAR EN DESTINO:		\$ 0		



REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA
DE VENTA CUIFE:

75578877318a766c404256f6732c782caad427fe47
1a74868e00852203edaf486cc844c9c80175aa0e0c
3042f

PROVEEDOR DE FACTURA ELECTRÓNICA:
Servientrega S.A NIT: 860.512.330-3
Sis-fe-860512330 COD CDS: 010039

USUARIO: LOZANOS

PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRÓNICO(HTTP/E-MAIL)
PRUEBA DE ENTREGA: FÍSICO

*El peso facturado corresponde al mayor
entre el peso físico y peso volumétrico.
*Esta factura electrónica de venta hace
las veces de prueba de admisión.

El Usuario deja expresa constancia que tuvo
conocimiento del contrato que se encuentra
publicado en la página web de Servientrega
S.A. www.servientrega.com y en las
carteleras ubicadas en los Centros de
Soluciones; que regula el servicio acordado
entre las partes, cuyo contenido clausular
acepta expresamente con la suscripción de
este documento. Así mismo, declara conocer
nuestro aviso de privacidad y aceptar la
Política de Protección de Datos Personales
los cuales se encuentran en el sitio web.
Para la presentación de peticiones, quejas
y recursos remitirse al portal web
www.servientrega.com o la línea de atención
al usuario: (1) 7700200. Ministerio de
transporte: Licencias No. 885 de Marzo
5/2001. MINTIC: Licencia No. 2665 de Oct
8/2020.

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

Servientrega

SERVIENTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Av Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 22220 Diciembre
26/2022
Somos Grandes Contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución SHO DDI-023769
Nov 29/2021)
Autorretenedores Resol. DIAN:09698
de Nov 24/2003.
Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización
Numeración de Facturación
18764051539884 del 7/7/2023 al
1/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60001
al No. 70000.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
A54366630

FECHA: 2024/04/19 HORA: 08:38:38
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
CLIENTE: SUBRO INTERADA DE SE
NIT: 900959051
DIRECCIÓN: CARRETA 22 # 22 A- 26 SAN PIER
MENDOZA
TELÉFONO: 3136789339
EMAIL: CENTROCLIENTE@SERVIENTREGA.COM
ORIGEN: BOGOTÁ/CUNDINAMARCA
SERVICIO (1): GUÍA: 9173368788
FECHA PROG.ENTREGA: 22-04-2024
RÉGIMEN: MENSAJERIA EXPRESA
DESTINATARIO: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
SERVICIOS OCCIDENTAL DE SALUD SA
NIT/Z.D.: 932130
DESTINO: SALI/VALLE
DIRECCIÓN: CARRETA 20 # 530-130 CONJUNTO
INDUSTRIAL LA FLORA
TELÉFONO: 123456 COODPOSTAL: 760002162
PRODUCTO: DOCUMENTO UNITARIO
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
SSC07087109-SSC07320878F SSC073002075
SSC07081105

T.E: NORMAL M.T: TERRESTRE PZ: 1
DIMENSIONES PESO VOLUMÉTRICO * PESO FÍSICO
// 1(KG)

LIQUIDACIÓN SERVICIO TRANSPORTE				
SERV	VR. DECLA	VR.SOL.FLT	VR.FLT	VR.TOTAL
(1)	\$5.000	\$500	\$14.000	\$14.500

TOTAL DEL SERVICIO				

SERVICIO	VALOR TOTAL	FORMA DE PAGO		
(1)	\$14.500	CONTADO-CO		

VALOR TOTAL SERVICIO:		\$ 14.500		
VALOR A RECARGAR EN DESTINO:		\$ 0		



REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA
DE VENTA CUIFE:

0310c470370599d5f6c7e97f2f4708ff80c0d6b3
0476b1083aa3f942532e4d21c078264105fa6e7cde
72648F

PROVEEDOR DE FACTURA ELECTRÓNICA:
Servientrega S.A NIT: 860.512.330-3
Sis-fe-860512330 COD CDS: 010039

USUARIO: LOZANOS

PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRÓNICO(HTTP/E-MAIL)
PRUEBA DE ENTREGA: FÍSICO

*El peso facturado corresponde al mayor
entre el peso físico y peso volumétrico.
*Esta factura electrónica de venta hace
las veces de prueba de admisión.

El Usuario deja expresa constancia que tuvo
conocimiento del contrato que se encuentra
publicado en la página web de Servientrega
S.A. www.servientrega.com y en las
carteleras ubicadas en los Centros de
Soluciones; que regula el servicio acordado
entre las partes, cuyo contenido clausular
acepta expresamente con la suscripción de
este documento. Así mismo, declara conocer
nuestro aviso de privacidad y aceptar la
Política de Protección de Datos Personales
los cuales se encuentran en el sitio web.
Para la presentación de peticiones, quejas
y recursos remitirse al portal web
www.servientrega.com o la línea de atención
al usuario: (1) 7700200. Ministerio de
transporte: Licencias No. 885 de Marzo
5/2001. MINTIC: Licencia No. 2665 de Oct
8/2020.

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

Servientrega

SERVIENTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Av Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 22220 Diciembre
26/2022
Somos Grandes Contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución SHO DDI-023769
Nov 29/2021)
Autorretenedores Resol. DIAN:09698
de Nov 24/2003.
Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización
Numeración de Facturación
18764051539884 del 7/7/2023 al
1/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60001
al No. 70000.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
A54366636

FECHA: 2024/04/19 HORA: 09:00:48
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
CLIENTE: SUBRO INTERADA DE SE
NIT: 900959051
DIRECCIÓN: CARRETA 22 # 22 A- 26 SAN PIER
MENDOZA
TELÉFONO: 3136789339
EMAIL: CENTROCLIENTE@SERVIENTREGA.COM
ORIGEN: BOGOTÁ/CUNDINAMARCA
SERVICIO (1): GUÍA: 9173368794
FECHA PROG.ENTREGA: 22-04-2024
RÉGIMEN: MENSAJERIA EXPRESA
DESTINATARIO: EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ANAS
MAYU
NIT/Z.D.: 371633
DESTINO: MAICAO/LA GUZIRA
DIRECCIÓN: CALLE 17 #16-33 SAN MARTIN
TELÉFONO: 171633 COODPOSTAL: 442001784
PRODUCTO: DOCUMENTO UNITARIO
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
48766

T.E: NORMAL M.T: TERRESTRE PZ: 1
DIMENSIONES PESO VOLUMÉTRICO * PESO FÍSICO
// 1(KG)

LIQUIDACIÓN SERVICIO TRANSPORTE			
VR. DECLA	VR.SOL.FLT	VR.FLT	VR.TOTAL
\$5.000	\$500	\$14.000	\$14.500
TOTAL DEL SERVICIO			
SERVICIO	VALOR TOTAL	FORMA DE PAGO.	
	\$14.500	CONTADO-COM	
TOTAL SERVICIO:		\$ 14.500	
A RECARGAR EN DESTINO:		\$ 0	



REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA
DE VENTA CUIFE:

0e0d7803a77020a4eb044cc85c545833fca1c0a07bf
85d0567c831309fc03bd74ca08c8f68a26c272046f08
50a0c0

PROVEEDOR DE FACTURA ELECTRÓNICA:
Servientrega S.A NIT: 860.512.330-3
Sis-fe-860512330 COD CDS: 010039

USUARIO: LOZANOS

PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRÓNICO(HTTP/E-MAIL)
PRUEBA DE ENTREGA: FÍSICO

*El peso facturado corresponde al mayor
entre el peso físico y peso volumétrico.
*Esta factura electrónica de venta hace
las veces de prueba de admisión.

El Usuario deja expresa constancia que tuvo
conocimiento del contrato que se encuentra
publicado en la página web de Servientrega
S.A. www.servientrega.com y en las
carteleras ubicadas en los Centros de
Soluciones; que regula el servicio acordado
entre las partes, cuyo contenido clausular
acepta expresamente con la suscripción de
este documento. Así mismo, declara conocer
nuestro aviso de privacidad y aceptar la
Política de Protección de Datos Personales
los cuales se encuentran en el sitio web.
Para la presentación de peticiones, quejas
y recursos remitirse al portal web
www.servientrega.com o la línea de atención
al usuario: (1) 7700200. Ministerio de
transporte: Licencias No. 885 de Marzo
5/2001. MINTIC: Licencia No. 2665 de Oct
8/2020.

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

SERVIENTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Av Calle 6 No.34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 12228-Diciembre
26/2022
Somos Grandes Contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución SHD DOI-023769
Nov 29/2021)
Autorretenedores Resol. DIAN:09698
de Nov 24/2003.
Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización
Númeración de Facturación
10764051539884 del 7/7/2023 al
1/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60001
al No. 78000.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.1
A54366631

FECHA: 2024/04/19 HORA: 08:47:15
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
CLIENTE: SUBRO INTEGRADA DE SE
NIT: 900959051
DIRECCIÓN: CARRETA 22 B 22 A- 26 SANPER
MENDOZA
TELÉFONO: 3136789339
EMAIL: CENTROCLIENTES@SERVIENTREGA.COM
ORIGEN: BOGOTÁ/CUNDINAMARCA
SERVICIO (1): GUÍA: 9173368799
FECHA PROD.ENTREGA: 22-04-2024
RÉGIMEN: MENSAJERÍA EXPRESA
DESTINATARIO: UNION TEMPORAL MEDICAL
NIT/ID.: 664105
DESTINO: TUNJA/BOYACA
DIRECCIÓN: CARRETA 6 AV NORTE # 640 +95
TELÉFONO: 3203180003 COOPSTAL: 150003260
PRODUCTO: DOCUMENTO UNITARIO
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
487851

Y.EI	NORMAL	N.T: TERRESTRE	PZ: 1
DIMENSIONES	PESO VOLUMÉTRICO	PESO FÍSICO	1(KG)
//			
LIQUIDACIÓN SERVICIO TRANSPORTE			
SERV	VR. DECLA	VR.500.FLT	VR.FLT. VR.TOTAL
(1)	\$5.000	\$500	\$34.800 \$34.800
TOTAL DEL SERVICIO			
SERVICIO	VALOR TOTAL	FORMA DE PAGO	
(1)	\$34.800	CANTADO-COIN	
VALOR TOTAL SERVICIO:	\$ 34.800		
VALOR A RECARGAR EN DESTINO:	\$ 0		



REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA
DE VENTA CUFE:
019830ec0b0bf71afec8f01e6c070a7059590a1b44
7e03b9e5964c0260a936470a0b58107207eccc08ff8
346f18

PROVEEDOR DE FACTURA ELECTRÓNICA:
Servientrega S.A NIT: 860.512.330-3
Sis-Fe-860512330 COO CDS: 010039

USUARIO: LOZANOS
PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRÓNICO(MTP/E-Mail)

PRUEBA DE ENTREGA: FÍSICO
"El peso facturado corresponde al mayor
entre el peso físico y peso volumétrico."
"Esta factura electrónica de venta hace
las veces de prueba de admisión."

El Usuario deja expresa constancia que tuvo
conocimiento del contrato que se encuentra
publicado en la página web de Servientrega
S.A. www.servientrega.com y en las
carteleras ubicadas en los Centros de
Soluciones; que regula el servicio acordado
entre las partes, cuyo contenido clausular
acepta expresamente con la suscripción de
este documento. Así mismo, declara conocer
nuestro aviso de privacidad y aceptar la
Política de Protección de Datos Personales
los cuales se encuentran en el sitio web.
Para la presentación de peticiones, quejas
y recursos remitirse al portal web
www.servientrega.com o la línea de atención
al usuario: (1) 7700200. Ministerio de
Transporte: Licencias No. 805 de Marzo
5/2001. MINTIC: Licencia No. 2065 de Oct
8/2020.

VIGILADO SUPERTransPORTE

SERVIENTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Av Calle 6 No.34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 12228-Diciembre
26/2022
Somos Grandes Contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución SHD DOI-023769
Nov 29/2021)
Autorretenedores Resol. DIAN:09698
de Nov 24/2003.
Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización
Númeración de Facturación
10764051539884 del 7/7/2023 al
1/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60001
al No. 78000.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.1
A54366638

FECHA: 2024/04/19 HORA: 09:09:20
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
CLIENTE: SUBRO INTEGRADA DE SE
NIT: 900959051
DIRECCIÓN: CARRETA 22 B 22 A- 26 SANPER
MENDOZA
TELÉFONO: 3136789339
EMAIL: CENTROCLIENTES@SERVIENTREGA.COM
ORIGEN: BOGOTÁ/CUNDINAMARCA
SERVICIO (1): GUÍA: 9173368796
FECHA PROD.ENTREGA: 21-04-2024
RÉGIMEN: TRANSPORTE DE CARGA
DESTINATARIO: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
NIT/ID.: 1466.
DESTINO: PORAVAN/CAUCA
DIRECCIÓN: CALLE 1 # 4-66 BARRIO VASQUEZ CERO
TELÉFONO: 3017178309 COOPSTAL: 150003513
PRODUCTO: MERCANCÍA PREMIER
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
467639

Y.EI	NORMAL	N.T: TERRESTRE	PZ: 1
DIMENSIONES	PESO VOLUMÉTRICO	PESO FÍSICO	1(KG)
//			
LIQUIDACIÓN SERVICIO TRANSPORTE			
SERV	VR. DECLA	VR.500.FLT	VR.FLT. VR.TOTAL
(1)	\$50.000	\$7.800	\$48.800 \$45.400
TOTAL DEL SERVICIO			
SERVICIO	VALOR TOTAL	FORMA DE PAGO	
(1)	\$45.400	CANTADO-COIN	
VALOR TOTAL SERVICIO:	\$ 45.400		
VALOR A RECARGAR EN DESTINO:	\$ 0		



REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA
DE VENTA CUFE:
085722c1f0a9a93778c505f80c04c0b0a12609f90
4c0b0a12609f90c0c70a7059590a1b447000ca7
0e0765

PROVEEDOR DE FACTURA ELECTRÓNICA:
Servientrega S.A NIT: 860.512.330-3
Sis-Fe-860512330 COO CDS: 010039

USUARIO: LOZANOS
PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRÓNICO(MTP/E-Mail)

PRUEBA DE ENTREGA: FÍSICO
"El peso facturado corresponde al mayor
entre el peso físico y peso volumétrico."
"Esta factura electrónica de venta hace
las veces de prueba de admisión."

El Usuario deja expresa constancia que tuvo
conocimiento del contrato que se encuentra
publicado en la página web de Servientrega
S.A. www.servientrega.com y en las
carteleras ubicadas en los Centros de
Soluciones; que regula el servicio acordado
entre las partes, cuyo contenido clausular
acepta expresamente con la suscripción de
este documento. Así mismo, declara conocer
nuestro aviso de privacidad y aceptar la
Política de Protección de Datos Personales
los cuales se encuentran en el sitio web.
Para la presentación de peticiones, quejas
y recursos remitirse al portal web
www.servientrega.com o la línea de atención
al usuario: (1) 7700200. Ministerio de
Transporte: Licencias No. 805 de Marzo
5/2001. MINTIC: Licencia No. 2065 de Oct
8/2020.

VIGILADO SUPERTransPORTE

JA S.A. NIT. 860.512.330-3
1: Bogotá D.C., Colombia
Alle 6 No.34 A - 11.
Grandes Contribuyentes.
diAN 12228-Diciembre
26/2022
Grandes Contribuyentes en
(Resolución SHD DOI-023769
Nov 29/2021)
medores Resol. DIAN:09698
de Nov 24/2003.
les-y Retenedores de IVA.
Autorización
ración de Facturación
51539884 del 7/7/2023 al
Prefijo AS43 del No. 60001
al No. 78000.

LA ELECTRÓNICA DE VENTA No.1
A54366633

Al: 2024/04/19 HORA: 08:52:18
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
SUBRO INTEGRADA DE SE
1959551
CARRETA 22 B 22 A- 26 SANPER
3136789339
XIA0001ENTFECUDANOS@MAIL.COM
BOGOTÁ/CUNDINAMARCA
1) GUÍA: 9173368791
d.ENTREGA: 22-04-2024
MENSAJERÍA EXPRESA
R10) CABA DE COMPENSACION FAMILIAR
21431
QUITO/COLOCO
1) CALLE 23 N. 4-31
2) 2282300 COOPSTAL: 270002339
3) DOCUMENTO UNITARIO
4) DOCUMENTOS
CIONES:

Y.EI	NORMAL	N.T: TERRESTRE	PZ: 1
DIMENSIONES	PESO VOLUMÉTRICO	PESO FÍSICO	1(KG)
//			
LIQUIDACIÓN SERVICIO TRANSPORTE			
SERV	VR. DECLA	VR.500.FLT	VR.FLT. VR.TOTAL
(1)	\$500	\$500	\$24.850 \$20.380
TOTAL DEL SERVICIO			
SERVICIO	VALOR TOTAL	FORMA DE PAGO	
(1)	\$20.380	CANTADO-COIN	
VALOR TOTAL SERVICIO:	\$ 20.380		
VALOR A RECARGAR EN DESTINO:	\$ 0		



REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA
DE VENTA CUFE:
58a3b11b3799a7ff1c0c0e5c59849dc5f0409902
139785f1316f80a7a95814e7746f1effc428848
40

PROVEEDOR DE FACTURA ELECTRÓNICA:
Servientrega S.A NIT: 860.512.330-3
Sis-Fe-860512330 COO CDS: 010039

USUARIO: LOZANOS
PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRÓNICO(MTP/E-Mail)

PRUEBA DE ENTREGA: FÍSICO
"El peso facturado corresponde al mayor
entre el peso físico y peso volumétrico."
"Esta factura electrónica de venta hace
las veces de prueba de admisión."

El Usuario deja expresa constancia que tuvo
conocimiento del contrato que se encuentra
publicado en la página web de Servientrega
S.A. www.servientrega.com y en las
carteleras ubicadas en los Centros de
Soluciones; que regula el servicio acordado
entre las partes, cuyo contenido clausular
acepta expresamente con la suscripción de
este documento. Así mismo, declara conocer
nuestro aviso de privacidad y aceptar la
Política de Protección de Datos Personales
los cuales se encuentran en el sitio web.
Para la presentación de peticiones, quejas
y recursos remitirse al portal web
www.servientrega.com o la línea de atención
al usuario: (1) 7700200. Ministerio de
Transporte: Licencias No. 805 de Marzo
5/2001. MINTIC: Licencia No. 2065 de Oct
8/2020.

VIGILADO SUPERTransPORTE



SENIORITAT 5.4. V. NIT. 880. 21.02.2003
Principals: Bogert, M. D., Colombia.
Al Calte 6 No 34 A - 11.
Resolución 0104 5228 25 de febrero
Sonos grandes contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución NIT 501-27-69
No 39/2421)
Responsables: Bogert, DINA-06968
1876405319984 del 17/17/2021 al
17/17/2025 Pteffio AS43 del No. 60803
Al No. 10808.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 1
A542466632



SEMIESTRADA S.A. NIT. 860.519.338
PRINCIPAL: BOGOTÁ, COLOMBIA
AV CALLE 6 NO 34 A - 11
Sonos Grabaciónes Comerciales
Sonos Grabaciónes Comerciales
Sonos Grabaciónes Comerciales en
Bogotá DC (Nuestro Vno. Ofi-2237
Nro. 29/2821)
Autorizadores Resol. DIAN:056959
De Nov 24/2003.
Responsables y Representantes de IVA,
Autorización de Representación al
18/06/05 05:593884 del 17/7/2002 al
17/07/2025 Prefijo 4543 del No. 6808
CÓDIGO DE VENTA N.º 1

Envio: Abril 19/02/24.
Por ser entrega.

FECHA	ENTIDAD	DDIO	DIRECCION	REFERENCIA	RADICACION	PESO	Valor Envio
04/02/2024	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIOS OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	CRA 9N No. 52N-130 CONJUNTO INDUSTRIAL LA FLORA	cali	valle	sobre	FACTURAS PARA RADICAR	SSC07067189 SSC07329678f SSC073052975 SSC07061166 SSC07061162 SSC07089187 SSC07326758
09/04/2024	UNION TEMPORAL MEDISALUD	CRA 6 AV NORTE NUMERO 64B 195	TUNJA	BOYACA	CAJA	FACTURAS PARA RADICAR	467651
09/04/2024	HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA	AV SAN MARTIN 2 SECTOR EL LIMBO BARRIO BOCA GANDRE	CARTAGENA	BOLIVAR	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467675
09/04/2024	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO	CALLE 23 NUMERO 4-31	QUIBDO	CHOCO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	466999
09/04/2024	ANAS WAYUU	CALLE 17 NUMERO 16-33 SAN MARTIN	MAICAO	GUAJIRA	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467667
09/04/2024	ANAS WAYUU	CALLE 17 NUMERO 16-33 SAN MARTIN	MAICAO	GUAJIRA	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467666
09/04/2024	ANAS WAYUU	CALLE 17 NUMERO 16-33 SAN MARTIN	MAICAO	GUAJIRA	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467756
09/04/2024	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CALLE 1 NUMERO 4-66 BARRIO VASQUEZ	POPAYAN	Cauca	CAJA	FACTURAS PARA RADICAR	467639

\$152.780

Fecha	Nombre	Direccion	Ciudad	Dpto	Discontener	Referencia	Radicaesion	PESO	Valor Envio
04/02/2024	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIOS OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	CRA 9N No. 52N-130 CONJUNTO INDUSTRIAL LA FLORA	cali	valle	sobre	FACTURAS PARA RADICAR	SSC07067189 SSC07329678f SSC073032975 SSC07061166 SSC07061162 SSC07089187 SSC07326758		14500
09/04/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	CAJA	FACTURAS PARA RADICAR	467485	2	17900
09/04/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	CAJA	FACTURAS PARA RADICAR	467710	3	22000
09/04/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467706		14500
09/04/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467640		14500
09/04/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467641		14500
09/04/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467695		14500
09/04/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467696		14500
09/04/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467697		14500
09/04/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467698		14500
09/04/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467714		14500
09/04/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467715		14500
09/04/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467699		14500
09/04/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467701		14500
09/04/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467702		14500
09/04/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467703		14500

DIAN POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 14831630612			
5. Número de identificación Tributaria (NIT) 8 6 0 5 1 2 3 3 0		6. DV 3	12. Dirección seccional Operativa de Grandes Contribuyentes		14. Buzón electrónico
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona jurídica		25. Tipo de documento 1		26. Número de identificación	
27. Fecha expedición		28. País Lugar de expedición		29. Departamento	
30. Ciudad/Municipio		31. Primer apellido		32. Segundo apellido	
33. Primer nombre		34. Otros nombres		35. Razón social SERVIENTREGA S.A.	
36. Nombre comercial		37. Sigla		38. País COLOMBIA	
39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		41. Dirección principal AV 6. 34 A 11	
42. Correo electrónico impuestos.nacionales@servientrega.com		43. Código postal 1 1 1 6 1 1		44. Teléfono 1 6 0 1 7 7 0 0 3 8 0	
45. Teléfono 2 6 0 1 7 7 0 0 4 1 0		CLASIFICACIÓN			
Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimientos	
46. Código 4 9 2 3		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 2 1 2 2 0		48. Código 5 2 2 9	
49. Fecha inicio actividad 2 0 1 2 1 2 2 0		50. Código 5 3 2 0 5 1 2 1		51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 3 5 7 8 9 1 0 1 3 1 4 1 5 4 2 4 8 5 2					
03- Impuesto al patrimonio					
14- Informante de exogena					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
15- Autorretenedor					
07- Retención en la fuente a título de repi					
42- Obligado a llevar contabilidad					
08- Retención timbre nacional					
48- Impuesto sobre las ventas - IVA					
09- Retención en la fuente en el impuesto					
52- Facturador electrónico					
10- Obligado aduanero					
13- Gran contribuyente					
Obligados aduaneros					
Exportadores					
54. Código 2 3					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio					
57. Modo					
58. CPC					
59. Anexos					
60. No. de Folios					
61. Fecha					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.8.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016 Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 684. Nombre SIERRA MARTINEZ MARTHA YANETH 685. Cargo Representante Legal Suplente Certificado					

Fecha generación documento PDF: 14-06-2022 11:44:14AM

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA 15/04/2024

NOMBRE FUNCIONARIO Erika Yohana Plazas Veloza

ÁREA / DEPENDENCIA Gestión Documental

CENTRO DE COSTO 7ADM09 5111230001

UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD Ventanilla de la primera de mayo

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Se solicita la suma de \$ 491.800 para cubrir los gastos asociados al envío de comunicaciones oficiales fuera de Bogotá.

3. JUSTIFICACIÓN

Actualmente, estamos en proceso de obtener un contrato de mensajería especializada. Sin embargo, debido a la urgencia de radicar las facturas relacionadas, se va a gestionar con recursos de caja menor. No incluimos una cotización directa de Servientrega; en su lugar, proporcionamos valores aproximados basados en una cotización virtual. Adjunto tarifas y precios de acuerdo con el destino para su referencia.

4. ¿Existe en Almacén Central?

SI

NO

x

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

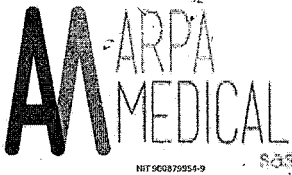
I. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6156	FECHA	19/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO		
VALOR:	\$996.000,00		
LA SUMA DE:	NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS M.CTE.		

CONCEPTO:	FACTURA No. 8432 ARPA MEDICAL SAS NIT 900.879.954-9 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (CERA HUESO 2.5 GR), NECESARIO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SOLICITADO POR CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO, GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO. R.FTE. 2.5%.....\$24.900 r.ica 4.14 POR MIL..... 4.123
-----------	---

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE



ARPA MEDICAL S.A.S
NIT : 900,879,954 - 9
CRA 22 86 A 34 PISO 2
BOGOTA D.C. - COLOMBIA
TELEFONO: 3229429467 3229429467
servicioalcliente@arpamedical.com.co
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 4645 Tarifa 4,14



Cliente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900,959,051 - 7	Teléfono	3444484
Dirección	DG 34 5 43	Vendedor	SANDRA PARDO
Ciudad	BOGOTA D.C. - COLOMBIA	Centro Costo	1
Correo	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co	Remisión	2.393

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA N° 8432	
Fecha y Hora de Factura	
Generación	2024-04-16 15:38:57
Expedición	2024-04-16 15:39:05
Vencimiento	2024-07-16

CAJA			MENOR			Valor Unitario		Valor Total	
Item	Referencia	Descripción	Lote	F. Venc	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total		
1	10040	Equiwax 2.5 gram	BW2309	2028-08-31	6.00	166,000.00	996,000.00		

Total Bruto	996,000.00
RTE FTE 2.5%	24,900.00
Retenc. ICA	4,123.44
Total a Pagar	\$ 966.976,56

CONDICION DE PAGO

Credito	Credito Clientes Nacionales	Transferencia Débito	966.976,56	Cuota 1 Vence el 2024-07-16
---------	-----------------------------	----------------------	------------	-----------------------------

VALOR EN LETRAS

Novecientos Sesenta Y Seis Mil Novecientos Setenta Y Seis Pesos Con 56/100

SERVACIONES

SUBRED CENTRO ORIENTE
Santa Clara: Cra. 14 B # 1 - 45 sur
CAJA MENOR

ORDEN DE COMPRA

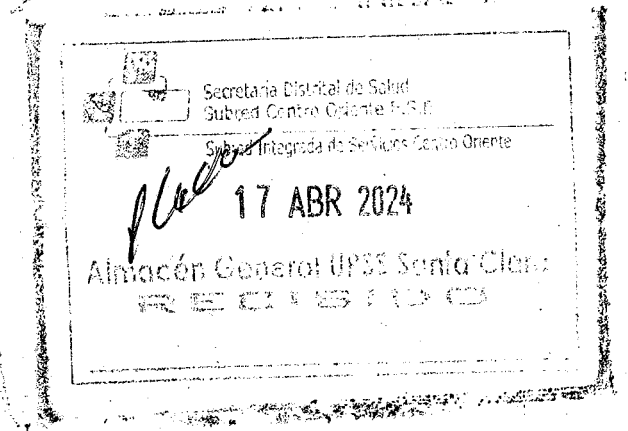
Prefijo	CAJA	Numero	MENOR
---------	------	--------	-------

RTE 2.5% \$ 24.900
RTE 4.14% 4.123
29.023

Apagar \$966.977

Cancelado en efectivo
Recibi

Sandra Pardo B
CC SI. 964.555 Bte



Firma Elaborado por : ASISTENTE FACTU

Firma Recibido

Favor girar únicamente a nombre de Arpa Medical cuenta ahorro de Davivienda No 466900036081 - TODOS LOS PRODUCTOS DE CONSUMO MÉDICO QUIRÚRGICO AQUÍ FACTURADOS SIN IVA SON: BIENES EXENTOS - ARTICULO 477 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Resolución y/o Autorización de facturación No 18764066982399 aprobado en 2024-03-08 vigente 12 Meses, prefijo desde el número 8318 al 15000

CUFE :4538d5d9445f180a7315f02b96144fc2f5b0428ef0cfe6eee9f073ec62cbe4ac91d1ae82ac702ef76ad71299299552f4

ORIGINAL

Pagina : 1 de 1

Elaborado, Impreso y enviado electrónicamente por Sigo S.A.S Nit: 830.048.145-8



Bogotá., D.C., 23 de abril de 2024

Señores:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Ciudad

AUTORIZACION

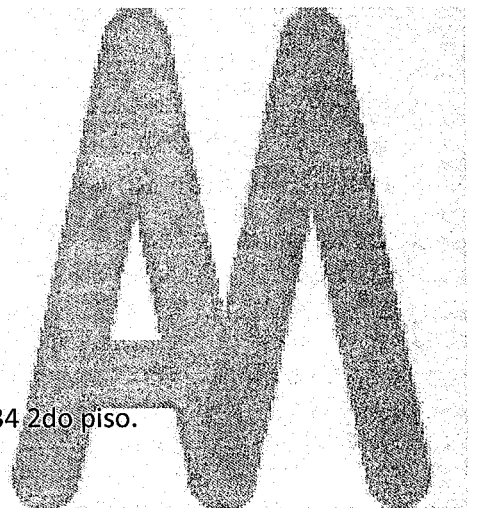
Yo Andrés Arango Jaramillo, identificado (a) con cedula de ciudadanía No.79.779.206 de Bogotá, actuó en calidad de representante legal de ARPA MEDICAL SAS, autorizó a la Sra. Sandra Pardo, identificada con la CC No 51.964.555, para que en mi nombre y representación pueda recibir dinero correspondiente a la factura 8432 de caja menor

Atentamente,

ARPAMEDICAL S.A.S.

Andrés Arango Jaramillo
Gerente General
cel. +57 3134521049
andresarango@arpamedical.com.co
www.arpamedical.com.co

Arpa Medical S.A.S. Bogotá, Carrera 22 No. 86 A-34 2do piso.
Tel: (601) 3083848 Cel: 3229429467
www.arpamedical.com.co



178

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.964.555
PARDO BARBOSA

APELLIDOS
SANDRA JANETTE

NOMBRES

Sandra Pardo Barbosa

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO

25-JUN-1969

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

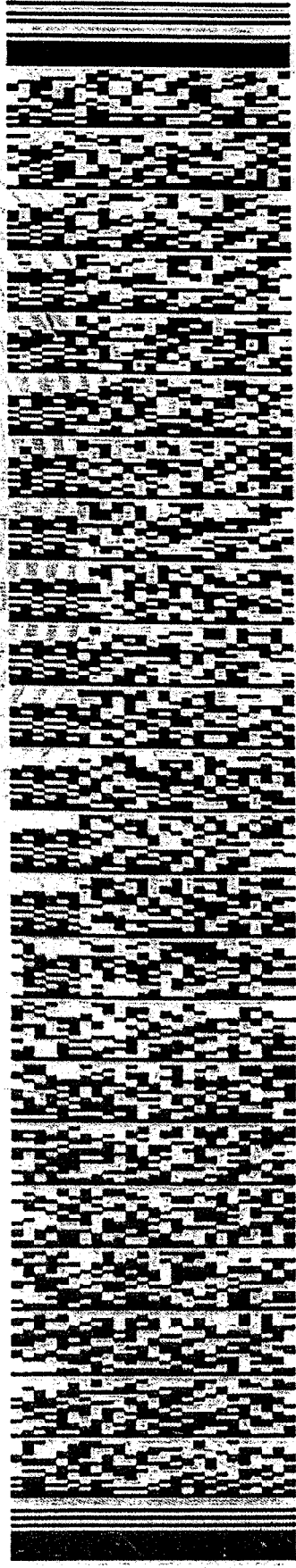
13-NOV-1987 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00299236-F-0051964555-20110506

0026897916A 1

1521316148

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900879554-9	ARPA MEDICAL SAS		CL 66 4 A 62	3207688978	ANDRESARANGOJ@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOR	UPC
					5	0
PERIODO: SALUD	PERIODO: PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-02	E	11/03/2024	75100452	\$4.736.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD											
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor			
EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	830113831-0	180.000	0		0		0	0	0	180.000
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	52.000	0		0		0	0	0	52.000
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	492.400	0		0		0	0	0	492.400

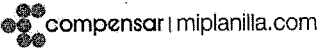
TOTALES PENSION											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar
230301	Porvenir	800224808-8	801.400	0	0		0	0	0		801.400
231001	Colpensiones	800227940-6	720.000	0	0		0	0	0		720.000
25-14	Compensar	900336004-7	1.376.000	0	0	30.000		0	0		1.436.000

TOTALES RIESGOS LABORALES											
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor
				No. Autorización	Valor						
14-11	ARL SURA	860903790-5	330.300			Sistemas	330.300	0	0	330.300	0

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	724.400	0	0	724.400	5

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	724.400	724.400
Pensión	3	2.957.400	2.957.400
Riesgos Laborales	1	330.300	330.300
CCF	1	724.400	724.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	4.736.500	4.736.500



PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900879954-9	ARPA MEDICAL SAS	CL 66 4 A 52	3207688978	ANDRESARANGO@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					5 0
PERIODO SALUD PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR
2024-03	2024-02	E	11/03/2024	75100452	\$4.735.500

DETALLE POR COTIZANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION										SALUD				BENEFICIOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
No.	Tip.	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Comuna	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud

PAGADA

CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES

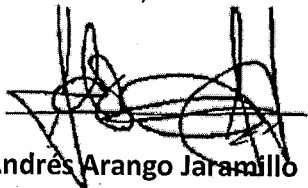
AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Yo **ANDRES ARANGO JARAMILLO**, identificado con cedula de ciudadanía No. 79779206 de Bogotá, en mi condición de Representante Legal de la empresa **ARPA MEDICAL S.A.S.**, identificada con Nit. 900879954-9, bajo la gravedad del juramento certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social (Salud, Pensiones y Riesgos Laborales) y contribuciones Parafiscales (Caja de Compensación Familiar, ICBF y SENA) exigidos por la Ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Bogotá D.C. 3 de abril de 2024.

Cordialmente,



Andrés Arango Jaramillo
Gerente General

Cel. +57 3229429467

NIT. 900.879.954

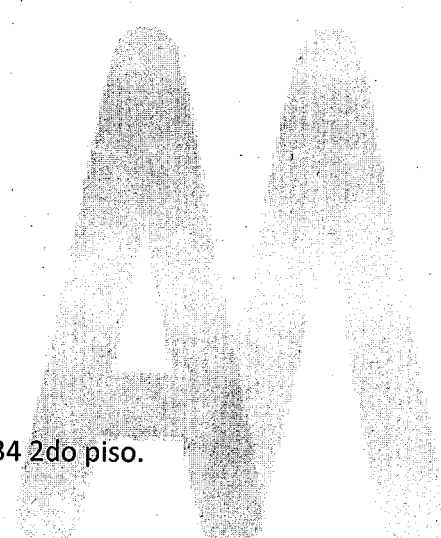
andresarango@arpamedical.com.co

www.arpamedical.com.co

Arpa Medical S.A.S. Bogotá, Carrera 22 No. 86 A-34 2do piso.

Tel: (601) 3083848 Cel: 3229429467

www.arpamedical.com.co



183

DIAN

POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario14891731360

(415)7707212489984(8020) 000001489173136 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)9008799549

6. DV9

12. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico32

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona jurídica

25. Tipo de documento1

26. Número de Identificación

27. Fecha expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón socialARPA MEDICAL S.A.S.

36. Nombre comercial

37. Signa

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA

39. DepartamentoBogotá D.C.

40. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.

41. Dirección principalCR 22 86 A 34

42. Correo electrónicoservicioalcliente@arpamedical.com.co

43. Código postal110111

44. Teléfono 16013083848

45. Teléfono 23229429467

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código4645

47. Fecha inicio actividad20150818

48. Código3250

49. Fecha inicio actividad20150818

50. Código133134659

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código579101442485255

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

52- Facturador electrónico

07- Retención en la fuente a título de renta

55- Informante de Beneficiarios Finales

09- Retención en la fuente en el impuesto

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código2223

55. Forma3

56. Tipo3

57. Modo1

58. CPC83

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. AnexosSI NOX

60. No. de Folios0

61. Fecha2023-01-27/11:46:03

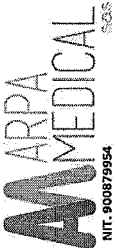
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. NombreARANGO JARAMILLO ANDRES

985. CargoRepresentante legal Certificado

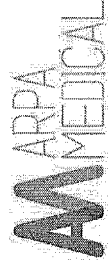
Fecha generación documento PDF: 27-01-2023 11:46:20AM



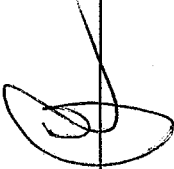
SUTURA AMERICANA

CLIENTE	RED SUR SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE				NIT. 900301679	FECHA	15/04/2024
PROVEEDOR	ARPA MEDICAL SAS				NIT. 900879954	VIGENCIA	31/07/2024
COTIZACIÓN							
PRODUCTO	CODIGO	REFERENCIA	IVA	PRECIO UNITARIO	PRECIO IVA	TOTAL IVA INCLUIDO	CANT
CERA OSEA	10040	Equiwax 2.5 gram CAJA X 20	0%	\$ 8.300	\$ -	\$ 8.300	120
UNIDAD DE VENTA- CAJAX20 UNDS				TOTAL	\$	\$ 8.300	
				TOTAL	\$	\$ 996.000	
						TOTAL IVA INCLUIDO	REG INYIMA
						996.000	2021DM-0006351-R1
							3/08/2031

ARPA MEDICAL S.A.S.
Carrera 22 No 86A-34 2do piso
Tels: 601-3083848 / 3229429467
www.arpamedical.com.co



Angélica María Mendoza
Departamento ventas y licitaciones
☎ 313 423 0965
✉ cotizaciones@arpamedical.com.co
🌐 arpamedical.com.co



185

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>

Lun 15/04/2024 3:00 PM

Para: pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>; Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>
CC: Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo

Me permito informar que una vez revisado el módulo de inventarios con corte al día de hoy 15/04/2024, **NO** se cuenta con existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente, del insumo que se describe a continuación:

Producto

Código: 121QQ031201

Código Alterno:

Código Agrupamiento:

Descripción de Agrupamiento:

Bloqueado:

Descripción Corta: CERA PARA HUESO 2.5gr

Descripción Larga: CERA PARA HUESO 2.5gr

Código CUM:

Clase:

Tipos:

Acceptar

Cancelar

Tipo Distribución: Sin definir

Grupo: 121

MEDICO QUIRURGICOS

Subgrupo: 1003

DISPOSITIVO MEDICOS

IVA: 1

EXENTO

IVA Fact:

Unidad de Medida: 74

UNIDAD

Fracción: 1

Unidad de Consumo: UNIDAD

General

Agrupamiento

Valores

Existencias

Códigos de Barra

Proveedores

Indicaciones y Autorizaciones

Vías de Administración

Dispensación Terceros

Unidades de Medida Mymod

Arrastre una columna aquí para agrupar por o en columna

ALMACÉN	LOTES	FECHA VENCIMIENTO	DISPONIBLE	COMPROMETIDA	EXISTENCIA
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	AE9789	30/04/2021	0,00	0,00	0,00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	AF2241	31/05/2021	0,00	0,00	0,00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	AF1354	31/05/2021	0,00	0,00	0,00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	AF5846	31/05/2021	0,00	0,00	0,00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	AF5816	30/06/2021	0,00	0,00	0,00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	AF7977	31/08/2021	0,00	0,00	0,00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	AH1584	30/09/2021	0,00	0,00	0,00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	1607610CE	21/10/2019	0,00	0,00	0,00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	1721909CE	17/09/2020	0,00	0,00	0,00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	1722864CE	30/04/2021	0,00	0,00	0,00
					Existencia Total: 0,00

Record 8 of 123

Cantidad Total en Préstamos de Salida: 70.00

Activar Windows

Ver actualización para

Grabar

Cerrar

121QQ031201 - CERA PARA HUESO 2.5gr

Cordialmente,



LUIS ARMANDO RODRIGUEZ PINILLA
Cargo: Tecnólogo Apoyo Administrativo
Oficina Apoyo Administrativo
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 3044826645

- @subredcentrooriente
- @subred_centrooriente
- @SubRedCentroOri
- Subred Centro Oriente
- www.subredcentrooriente.gov.co

De: pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: lunes, 15 de abril de 2024 1:34 p. m.

Para: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>

Cc: Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

se informa que este insumo no se encuentra contratado.

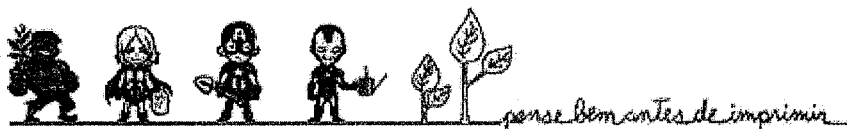
1. 121QQ031201 - CERA PARA HUESO 2.5gr



Janet Magnolia Ardila Ortiz

Cargo: Apoyo a la Gestión de Insumos y Abastecimiento
Dirección Administrativa: Compras
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E
Teléfono: 302 340 56 02 - 302 329 05 48

📧 @subredcentrooriente 📧 @subred_centrooriente
📞 @SubRedCentroOri 📞 Subred Centro Oriente
🌐 www.subredcentrooriente.gov.co



De: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: lunes, 15 de abril de 2024 12:05 p. m.

Para: cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>

Cc: Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Buenos Días, Cordial Saludo

De acuerdo a solicitud se solicita confirmación del siguiente dispositivo pendiente en la modalidad de trámite por caja menor:

1. 121QQ031201 - CERA PARA HUESO 2.5gr

Agradezco su atención prestada y pronta respuesta

Cordialmente

187




Cristian Camilo Leguizamón Arguello

Cargo: Profesional Especializado
Gestión de Abastecimiento en Insumos.
Apoyo Subgerencia de Servicios de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 6013282828 Ext: 10152
Celular: 3013744592

- @subredcentrooriente
- @subred_centrooriente
- @SubRedCentroOri
- Subred Centro Oriente
- www.subredcentrooriente.gov.co

Arpa Medical SAS
MQ \$996.000=

188



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-002
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-05-16

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA

BOGOTÁ, ABRIL 16 DE 2024

NOMBRE FUNCIONARIO

CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO

ÁREA / DEPENDENCIA

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- GESTION DE ABASTECIMIENTO EN INSUMOS

CENTRO DE COSTO

15CH99 589723003

UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

ITEM	CÓDIGO	NOMBRE / DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	OBSERVACIÓN
1	121QQ031201	CERA PARA HUESO 2.5gr	UNIDAD	120	

3. JUSTIFICACIÓN

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, requiere la compra del dispositivo médico quirúrgico hospitalario, necesario para la prestación del servicio a los usuarios de la subred integrada de servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. La disponibilidad de los dispositivos médico quirúrgicos constituye una obligación, para con sus usuarios y beneficiarios, para la prestación de servicios de salud con calidad, dando cumplimiento de las normas legales vigentes. Estos insumos se requieren de forma inmediata ya que el no contar con su disponibilidad acarrea riesgos en la prestación de los servicios a los usuarios, por lo que se hace necesario adelantar una caja menor para los servicios de urgencias para salas de cirugía por tratarse de una necesidad urgente para la atención y así dar continuidad en la prestación de los servicios de salud de la Subred Integrada De Servicios De Salud.

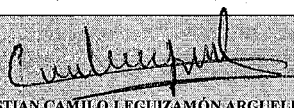
Teniendo en cuenta lo anterior se realizará como procedimiento para compra por caja menor toda vez que es un mecanismo expedito e inmediato con el que se suplirá la contratación de los insumos requeridos. Es importante resaltar que en este momento los servicios no pueden esperar la realización de un proceso de contratación mayor a 20 o 30 días, dado que el comportamiento de su demanda y la actual disponibilidad no alcanzan a dar cubrimiento necesario, por ello se solicita contar con los bienes que se describen a continuación de manera casi inmediata como medida urgente, de lo contrario sería poner en riesgo la continuidad de la prestación del servicio de salvar como derecho fundamental, aunado a que actualmente nos encontramos y como parte del proceso, para lograr el 100% en la atención para los pacientes que se encuentran en áreas de intervención de adulto que requieren una atención intra hospitalaria y así brindar una atención oportuna, este insumo facilita la contención hemorrágica actuando como hemostático cubriendo los espacios que deja el corte, esto con el fin de brindar una atención segura como se indica en el protocolo que debe atenderse con criterios de oportunidad y calidad, de manera inmediata. Este insumo se requiere para la prestación del servicio de los usuarios de la Subred Integrada de Salud Centro Oriente E.S.E.

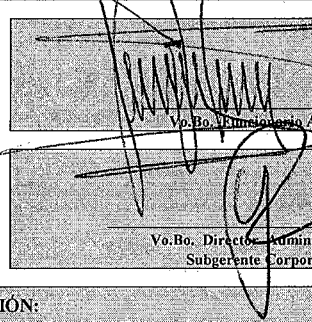
4. ¿Existe en Almacén Central?

SI

NO

NO


CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO
Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

1. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL: 121QQ031201, NOMBRE/ DESCRIPCIÓN: CERA PARA HUESO 2.5gr : NO CONTRATADO CON LA INSTITUCIÓN.

E. J. J. 4



Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA

Nº00000000000075783

PROVEEDOR: ARPA MEDICAL SAS
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.)
DIRECCION: CL 96 N 10 - 31
TELEFONO: 3134321040
Nº FACTURA: 3432

NIT: 900879934

FECHA: 19/04/2024 02:12 p.m.

ESTADO: Confirmado

MONEDA: Pesos

TASA CAM:

0.00

FECHA FAC: 19/04/2024 12:00 a.m.

% ICA: 4.1400

PLAZO: 0

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DITO	%IVA
121QQ031201	CERA PARA HUESO 2.5gr	UNIDAD	120.00	\$ 2.300.00	\$ 996.000.00	0.00	0.00

DETALLE

CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL: \$ 996.000.00

DESCUENTO: \$ 0.00

IMPUESTO: \$ 0.00

FLETES: \$ 0.00

IMP FLETES: \$ 0.00

RETE IVA: \$ 0.00

RETE ICA: \$ 4.123.00

RETE FUENTE: \$ 24.900.00

OTRAS RETE: \$ 0.00

OTRAS DEDUC: \$ 0.00

IMP DISTRI: \$ 0.00

AJUSTE REP: \$ 0.00

AJUSTE AL TOTAL: \$ 0.00

TOTAL COMPR: \$ 966.977.00

TOTAL COMPROBANTE:

NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS CON CERO
CTVS M/CN.

Ezequiel Alvarado

Adriana M. Lugo


CUENTAS POR PAGAR


Revisado Impuesto

1: INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6157	FECHA	19/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	S88.500,00		
LA SUMA DE:	OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTO PESOS M.CTE.		

CONCEPTO:	VALOR CANCELADO A MARCO HERNÁNDEZ NIT 79.988749 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO AUTORIZADO POR JUAN FELIPE FUENTES, LIDER GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO
-----------	--

VALOR	
FECHA	
LA SUMA DE	
VALOR	
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO	


	
Vo.Bo. CUENTADANTE	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO PLANILLA DE AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTES POR CAJA MENOR

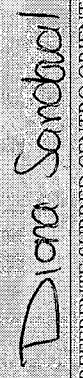
CÓDIGO: AP-
RF-FT-001
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-

Nº.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	IM	COLECTIVO	
1	24/03/24	Altamira	Libertadores	Revisión de Subrosas	X				2.950
2	08/03/24	Libertadores	Alper	Revisión de Touques para	X				2.950
3	05/03/24	Altamira	Alper	Techo Consultorio	X				2.950
4	05/03/24	Alper	Libertadores	Revisión de Chaper	X				2.950
5	05/03/24	Libertadores	Altamira	Retorno a la sede	X				2.950
6	06/03/24	Altamira	Libertadores	Revisión de lavavaso	X				2.950
7	06/03/24	Libertadores	Altamira	Retorno a la Sede	X				2.950
8	06/03/24	Altamira	Alper	Revisión de Chaper	X				2.950
9	08/03/24	Altamira	Libertadores	Revisión de equipos	X				2.950
10	08/03/24	Libertadores	Alper	Revisión de equipo	X				2.950
TOTAL									29.500

188.500=



NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 29 988 249
MARCO GERARDO DEL




VoBo. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.




VoBo. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)


7AD403
51123001

Recibo 88.500 


No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	IM	COLECTIVO	
1	10/03/24	Altamira	Libertad	Revisión baño	X				2.950
2	11/03/24	Libertad	Alper	Revisión llave	X				2.950
3	11/03/24	Alper	Altamira	Revisión a la Sede	X				2.950
4	12/03/24	Altamira	Alper	Revisión de luminaria	X				2.950
5	12/03/24	Alper	Altamira	Revisión a la Sede	X				2.950
6	14/03/24	Altamira	Libertad	Revisión Pasarela	X				2.950
7	14/03/24	Libertad	Altamira	Revisión a la Sede	X				2.950
8	15/03/24	Altamira	Libertad	Revisión Equipos	X				2.950
9	15/03/24	Libertad	Alper	Revisión de Equipos	X				2.950
10	15/03/24	Alper	Altamira	Revisión a la Sede	X				2.950
TOTAL									29.500



NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 78 188 744
MARCO HERNANDEZ




Vo Bo. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E



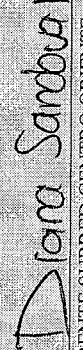
Vo Bo. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

7A0M03
51123001

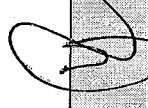
Nº.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	IM	COLECTIVO	
1	19/03/24	Altamira	Alper	Revisar e luminaria Oficina	X				2.950
2	19/03/24	Altamira	Libertad a Bravo	Cambio de puel led	X				2.950
3	20/03/24	Altamira	Bravo Ruez	Arreglo de Chapas	X				2.950
4	20/03/24	Bravo Ruez	Altamira	Retorno a la Sede	X				2.950
5	21/03/24	Altamira	Bravo Ruez	Arreglo de Puerta	X				2.950
6	21/03/24	Bravo Ruez	Altamira	Retorno a la Sede	X				2.950
7	24/03/24	Altamira	Libertad a Bravo	Revisión de equipos industriales	X				2.950
8	24/03/24	Libertad a Bravo	Alper	Revisión Equipos industriales	X				2.950
9	25/03/24	Altamira	Libertad a Bravo	Desape de Sargento	X				2.950
10	26/03/24	Libertad a Bravo	Altamira	Retorno a la Sede	X				2.950
TOTAL									29.500




NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 99 888 749
MARCO A. HERNÁNDEZ





Vo.Bo. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E





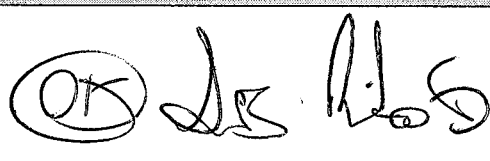
Vo.Bo. DIRECTOR ADMINISTRATIVO (A)


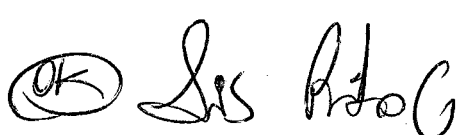
 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	ALTAMIRA		Unidad	LIBERTADORES	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reporte Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
REVISIÓN DE CUBIERTA			REVISAR CUBIERTA		
Fecha de solicitud	04-03-2024		Fecha de mantenimiento	04-03-2024	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	1 HORA	
			Nombre del tecnico	MARCOS H.	
Fecha de recibido	04-03-2024		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	OK [Signature]		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			



 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	LIBERTADORES		Unidad	ALPES	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
REVISIÓN DE TANQUES			REVISAR NIVEL DE TANQUES		
Fecha de solicitud	04-03-2024		Fecha de mantenimiento	04-03-2024	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	3 HORAS	
			Nombre del tecnico	MARCOS H.	
Fecha de recibido	04-03-2024		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	OK [Signature]		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			



		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	ALTAMIRA		Unidad	ALPES	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reporte Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
TECHO CONSULTORIO			REPARACION DE TECHO CONSULTORIO		
Fecha de solicitud	05-03-24		Fecha de mantenimiento	05-03-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	2 HORAS	
			Nombre del tecnico	MARCO H.	
Fecha de recibido	05-03-24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	OK JTB Rb C.		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	ALPES		Unidad	LIBERTADORES	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
REVISION DE CHAPAS			SE REVISAN LAS CHAPAS DE PUERTAS		
Fecha de solicitud	05-03-24		Fecha de mantenimiento	05-03-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	2 HORAS	
			Nombre del tecnico	MARCO H.	
Fecha de recibido	05-03-24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	OK JTB Rb C.		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			


 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	URETADORES		Unidad	ALTAMIRA	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reporte Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
RETORNO A LA JUE			ME REGRESO AL CS.		
Fecha de solicitud	05-03-24		Fecha de mantenimiento	05-03-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
			1 hora		
			Nombre del tecnico		
			MARCO H.		
Fecha de recibido	05-03-24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			


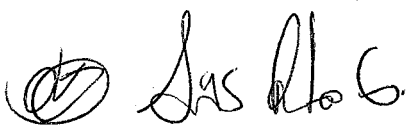
 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	ALTAMIRA		Unidad	URETADORES	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
REVISAR LAVAMANOS			REVISAR FUGA DE AGUA LAVAMANOS		
Fecha de solicitud	06-03-24		Fecha de mantenimiento	06-03-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
			3 HORAS		
			Nombre del tecnico		
			MARCO H		
Fecha de recibido	06-03-24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			


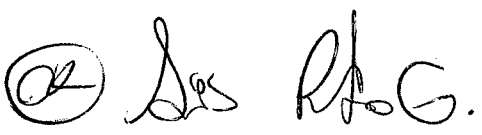
 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	LIBERADORES		Unidad	ALTAMIRA	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reporte Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
RETORNO A LA SEDE			RETORNO A LA SEDE		
Fecha de solicitud	06-03-24		Fecha de mantenimiento	06-03-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	1 HORA	
			Nombre del tecnico	MARCO H.	
Fecha de recibido	06-03-24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	ALTAMIRA		Unidad	ALPES	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
REVISION DE CHAPAS			SE REVISAR LAS CHAPAS DE LOS CONJUNTOS		
Fecha de solicitud	06-03-24		Fecha de mantenimiento	06-03-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	2 HORAS	
			Nombre del tecnico	MARCO H.	
Fecha de recibido	06-03-24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	ALTA MIRAS		Unidad	LIBERTADORES	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reporte Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
REVISION DE EQUIPOS INDUS.			REVISAR PLANTA, MOTOR BOMBAS. ETC.		
Fecha de solicitud	08-03-24		Fecha de mantenimiento	08-03-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	3 HORAS	
			Nombre del tecnico	MARCO H.	
Fecha de recibido	08-03-24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	OK Des Rto G.		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	LIBERTADORES		Unidad	ACE	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
REVISION DE EQUIPOS IND.			REVISAR LOS EQUIPOS DE LA SIDA		
Fecha de solicitud	08-03-24		Fecha de mantenimiento	08-03-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	3 HORAS	
			Nombre del tecnico	MARCO H.	
Fecha de recibido	08-03-24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	OK Des Rto G.		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	ACTAMIRA		Unidad	LIBERTADORES	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reporte Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
REVISION BAÑOS FUNCIONARIOS			BAÑOS CON FUGA, SE LE PARAN		
Fecha de solicitud	11-03-24		Fecha de mantenimiento	11-03-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	2 H	
			Nombre del tecnico	MARCO H.	
Fecha de recibido	11-03-24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	LIBERTADORES		Unidad	ALPES	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
ARREGLO LLAVE DE PUERTA			REPARACION DE LLAVE.		
Fecha de solicitud	11-03-24		Fecha de mantenimiento	11-03-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	2 H	
			Nombre del tecnico	MARCO H.	
Fecha de recibido	11-03-24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

201



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6158

FECHA

22/04/2023

RUBRO PRESUPUESTAL:

BIENESTAR

VALOR:

\$250.000,00

LA SUMA DE:

DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. FE-165 JULIAN ALEXANDER URREGO VELÁSQUEZ NIT 80.845.602-1 COMPRA DE OFRENDAS FLORALES, CON EL FIN DE REALIZAR ENTREGA POR FALLECIMIENTO DEL FUNCIONARIO Y/O PÉRDIDA DEL FAMILIAR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., SOLICITADO POR JOHANNA PATRICIA RODRÍGUEZ GÓMEZ, DIRECTORA TALENTO HUMANO.
R.FTE 6%.....\$15.000
R.ICA 9.66 POR MIL..... 2.415

Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bø. CUENTADANTE

*

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

9ef8b6fa746b3ea0efbc31be122fef757e3a80f0ba2c529ea784b9c16b23596738ea1296666d0671f71e80ae54a54a3d

Número de Factura: FE-165

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 05/04/2024

Medio de Pago: Efectivo

Fecha de Vencimiento: 05/04/2024

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: URREGO VELASQUEZ JULIAN ALEXANDER

Nombre Comercial: URREGO VELASQUEZ JULIAN ALEXANDER

Nit del Emisor: 80845602

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Bogotá

Régimen Fiscal: R-99-PN

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Dirección: CL 33 A 15 23

Actividad Económica:

Teléfono / Móvil: 3212365005

Correo: rapiforesbogota@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 900959051

Departamento: Bogotá

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Régimen fiscal: R-99-PN

Dirección: dg 34 5 43

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Teléfono / Móvil: 3053870410

Correo: cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1		ofrendas por fallecimiento y o pérdidas familiares	NIU	1,00	\$ 250.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 250.000,00

Notas Finales

Línea de negocio:

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

14807935091



(415)7707212489984(8020) 000001480793509 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 0 8 4 5 6 0 2

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación

8 0 8 4 5 6 0 2

27. Fecha expedición

2 0 0 4 0 1 1 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

URREGO

32. Segundo apellido

VELASQUEZ

33. Primer nombre

JULIAN

34. Otros nombres

ALEXANDER

35. Razón social

36. Nombre comercial

RAPIFLORES

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

Dirección principal

CL 33 A 15 23

42. Correo electrónico

rapifloresbogota@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 1 2 3 6 5 0 0 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

4 7 7 3

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 0 0 8 1 3

Actividad secundaria

48. Código

4 7 5 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 0 0 8 1 3

Otras actividades

50. Código

8 2 9 9

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

54. Código

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios

0

61. Fecha

2022 - 01 - 22 / 16 : 21 : 12

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

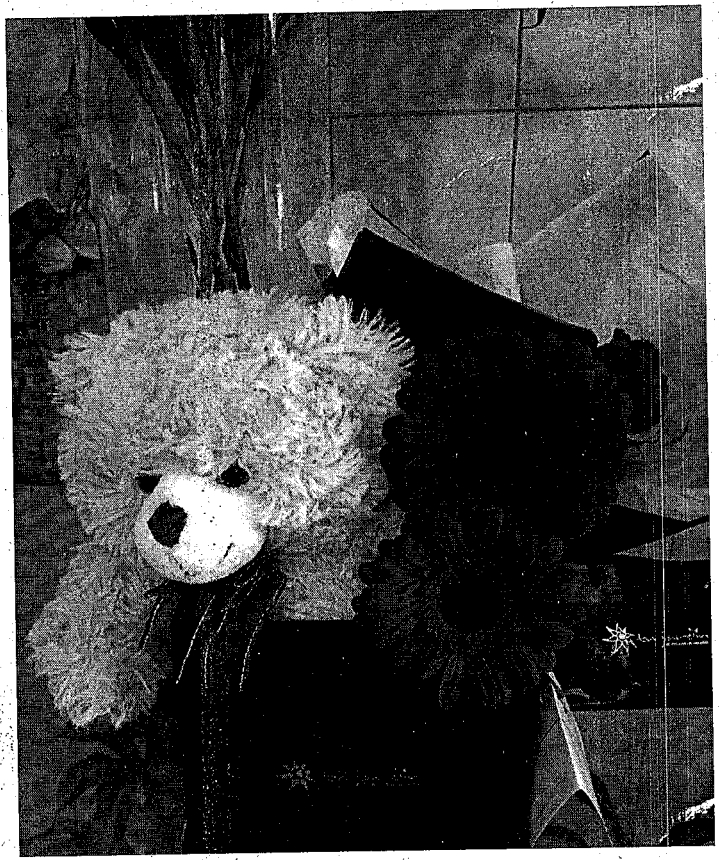
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

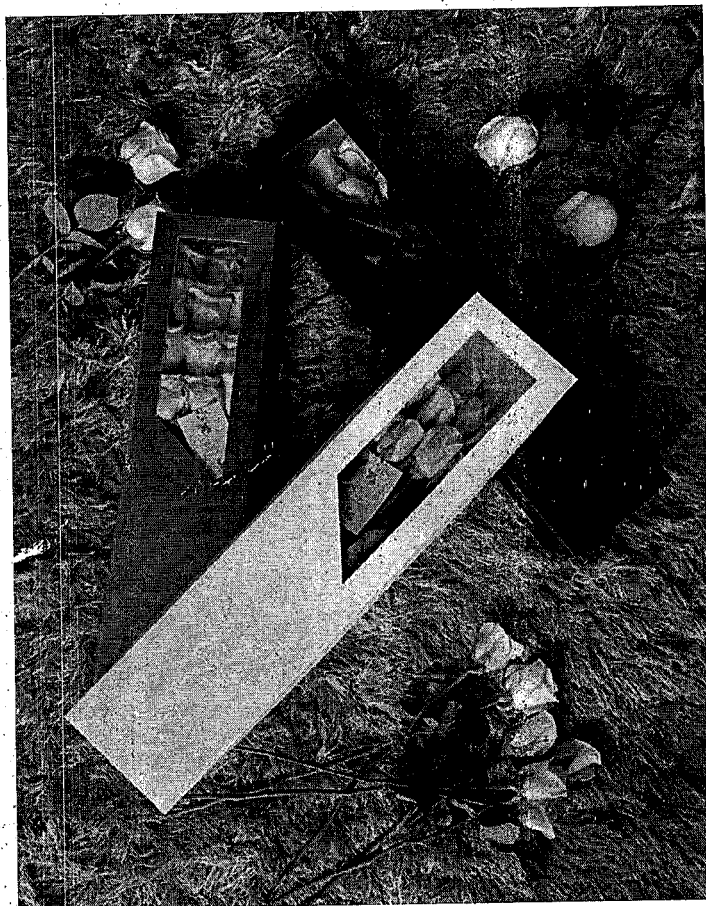
984. Nombre URREGO VELASQUEZ JULIAN-ALEXANDER

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DESCRIPCIÓN.	CANTIDAD.	VALOR
Caja decorada. con peluche y flores	1.	\$60.000



DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR
CAJA X 12 ROSAS	1	\$50.000



TOTAL 250.000

Cordialmente

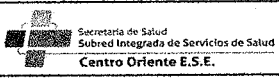

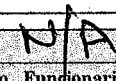

RAPIFLORES

Julián Alexander Urrego Velásquez



Nit: 80845602-1

Tel: 3212365005

Dirección: Calle 33ª #15-23 Teusaquillo

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR		CÓDIGO: AP-RF-FT-002 VERSIÓN: 03 FECHA: 2018-05-16	
1. INFORMACIÓN					
CIUDAD Y FECHA		Bogotá 1/04/2024			
NOMBRE FUNCIONARIO		Johanna Patricia Rodríguez Gómez			
ÁREA / DEPENDENCIA		Talento Humano			
CENTRO DE COSTO		7AMDOS 7ADMOS 511190002			
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD		Administrativa 34 B			
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR					
Compra de ofrendas florales por un valor total \$ 250,000 pesos, con el fin de realizar la entrega por fallecimiento del funcionario y/o pérdida del familiar de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.					
3. JUSTIFICACIÓN					
La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, para el desarrollo de su talento humano, reconoce situaciones especiales y/o difíciles, lo cual nos permite mejorar el ámbito del trabajo que favorezcan en lo personal, social y laboral al servidor público. Teniendo en cuenta los Acuerdos Sindicales establecidos en la vigencia 2020, se hace necesaria la compra por caja menor de ofrendas florales, con el fin de hacer entrega a los funcionarios de la Subred C.O.					
4. ¿Existe en Almacén Central?		SI	NO		
			X		
					
Nombre Funcionario y/o Contratista		Vo.Bo. Funcionario Almacén			
					
		Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo			
5. OBSERVACIÓN:					

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6159	FECHA	23/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	GASTOS COMPUTADOR		
VALOR:	\$251.764,00		
LA SUMA DE:	DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. FBOG-460840 SOCIEDAD CAMERAL DE CERTIFICACIÓN DIGITAL CERTICAMARA S.A. NIT 830.084.433-7, FIRMA DIGITAL DE LA GERENTE (E) PARA REPORTES A ENTES DE CONTROL, SOLICITADO POR MARCIA GREICY GUACANEME VALBUENA, LIDER OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL. R.IVA 15% \$6.030		
 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bo. CUENTADANTE	

*



SOCIEDAD CAMERAL DE CERTIFICACION DIGITAL

Certicámara S.A.

N.I.T. 830084433-7

KR 7 26 20 P 18

Telefonos: 7442727 - 3790300 Ext.1310

info@certicamara.com

www.certicamara.com



FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No FBOG-460840

REGIMEN COMÚN. NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. AUTORRETENEDOR RESOLUCIÓN DIAN 02490 DE 2007/03/06 - RESOLUCIÓN DE FACTURACIÓN DIAN 18764051838386 13/07/2023-13/07/2024 RANGO DESDE 436927 HASTA 600000 - SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES DE ICA SHD BOGOTÁ RESOLUCION DDI-023769 DEL 29 DE NOV DEL 2021.

REPRESENTACION GRAFICA DE FACTURACIÓN ELECTRONICA

FECHA DE EMISIÓN 15/04/2024 10:17:08 pm
PLAZO Pago de contado
VENCIMIENTO 15/04/2024
COMERCIAL
PEDIDO PV-000546618
TIPOLOGIA T1
PERIODO DE FACTURACIÓN 2024-03-01 a 2024-03-31

CLIENTE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	CODIGO SUCURSAL	
N.I.T.	900959051-7	SUCURSAL	
DPTO	DIAGONAL 34 NO 5 43	DIRECCION	DIAGONAL 34 NO 5 43
DIRECCIÓN	BOGOTÁ D.C.	DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
CIUDAD	BOGOTÁ	CIUDAD	BOGOTÁ
TELÉFONO	1-3444484	TELEFONO	1-3444484

ID LINEA	CODIGO IDC	DESCRIPCIÓN	DETALLE	CODUN	CANT.	PR.UNI.	SUBTOTAL
1	50-FD-FDTV-0015	EMISIÓN DE CERTIFICADO PARA FIRMA CENTRALIZADA FUNCIÓN PÚBLI	Emisión De Certificado Para Firma Centralizada Función Públi	05	1,00	211.566,00	211.566,00

R.S.V.A 15% \$6.030⁼
A pagar \$245.734⁼

TOTAL LINEAS	1	SUBTOTAL	211.566,00
SON: Dos Cien Cuarenta y Cinco Mil Siete Cien Treinta y Cuatro pesos y 30/100 Moneda legal		BASE GRAVABLE	211.566,00
		TOTAL DESCUENTO	0,00
		IVA	40.198,00
		TOTAL	251.764,00
		RTE.ICA	0,00
		RET.IVA	-6.029,70
		NETO A PAGAR	245.734,30
		Moneda:	COP

NOTA:



ELABORADO POR

FIRMA CERTICAMARA S.A.

FIRMA CLIENTE ACEPTANTE

El cliente se obliga a pagar el valor total a la fecha de vencimiento, luego de esta fecha se obliga a pagar además interés de mora en las condiciones del Art. 884 del Código de Comercio. Se deja expresa constancia que el comprador ha recibido real y materialmente las mercancías y/o servicios vendidos a su entera satisfacción. Esta factura se asimila en sus efectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

El hecho generador del ingreso de "Certicámara S.A." se genera en la ciudad de Bogotá, favor abstenerse de realizar retenciones de ICA si se encuentra ubicado en otra ciudad.

Entidad de certificación Digital Abierta autorizada por la Superintendencia de Industria y Comercio.

Proveedor tecnológico Certicámara - Certifatura

CUFE: 0e34d5eb808f573077bb19e85898cabd7788a5bed42917e90dce09fcedebd8a12cc896e09098c96c389668d1a2119ae3
Fecha validación: 17-04-2024 22:17:17



ORDEN DE PEDIDO No. 2034711

Nit/CC: 9009590517

Razón Social/Nombre: SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

Dirección: DG 34 5 43

Teléfono 1: 1-3444484 Ext. 1004

Teléfono 2:

Fax:

Ciudad: BOGOTA D.C.

Departamento: BOGOTA D.C.

País: COLOMBIA

Código Actividad ICA: 8610

REGIMEN:

☐ Gran Contribuyente ☒ Empresa del Estado ☐ Régimen Común ☐ Régimen Simplificado ☐ No Residente en el País ☐ No Responsable de IVA

Cantidad**Tipo de Producto/Servicio**

Valor Unitario

1

Funcion Publica

\$ 211,566.00

SUBTOTAL:

\$ 211.566.00

IVA

\$ 40,198.00

RETEIVA

\$ 6,030.00

NETO A PAGAR:

\$ 245,734.00

IMPORTANTE:

El Formulario Orden de Pedido se ajusta a lo establecido en la Declaración de Prácticas de Certificación (DPC) de Certificámara S.A. Certificámara se reserva el derecho de recalcular las cifras, montos y valores, de conformidad con la información suministrada por el solicitante.

El proceso de revisión y aprobación de su solicitud de certificado digital solo inicia una vez radique los documentos a través de nuestro sistema de solicitudes. Así mismo, para poder continuar, es necesario realizar el pago y hacer el proceso de validación de identidad.

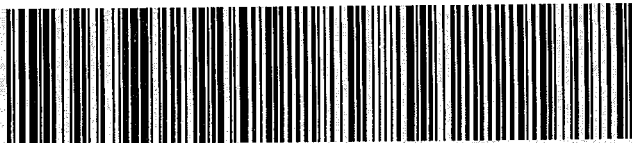
Datos Suministrados

El usuario es el único responsable de la veracidad, exactitud, vigencia y autenticidad de los datos diligenciados y se compromete a mantenerlos debidamente actualizados ante Certicámara.

Realice el pago ahora:



NOTA: Imprima esta orden de pedido y preséntela en cualquier sucursal del **Banco BBVA**, los cajeros liquidarán y recibirán su pago, con el código de barras impreso en la parte inferior de este documento. **Recuerde** que el Banco solo acepta pagos en efectivo.






(415)7709998014442(8020)000203471103(3900)0000245734

(415)7709998014442(8020)000203471103(3900)0000245734

09/04/2024



 POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14733108597	
				 (415)7707212489984(6020) 000001473310859 7	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 3 0 0 8 4 4 3 3		6. DV 7	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		11. Buzón electrónico
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona jurídica		25. Tipo de documento 1		26. Número de identificación	
27. Fecha expedición		28. País		29. Departamento	
30. Ciudad/Municipio		31. Primer apellido		32. Segundo apellido	
33. Primer nombre		34. Otros nombres		35. Razón social SOCIEDAD CAMERAL DE CERTIFICACION DIGITAL CERTICAMARA S A	
36. Nombre comercial		37. Sigla CERTICAMARA S.A.		UBICACIÓN	
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.	
41. Dirección principal CR 7 26 20 P 18		42. Correo electrónico martha.moreno@certicamara.com		43. Código postal 2 9 8 2 4	
44. Teléfono 1 3 7 9 0 3 0 0		45. Teléfono 2 3 1 0 2 1 1 4 0 2 1		CLASIFICACIÓN	
Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimientos	
46. Código 6 2 0 9		47. Fecha inicio actividad 2 0 0 1 0 4 0 2		48. Código 4 6 5 1	
49. Fecha inicio actividad 2 0 0 1 0 4 0 2		50. Código 6 2 0 2 6 3 1 1		51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 3 5 7 8 9 1 0 1 4 5 2 3 3 9 4 1 4 2 4 8 5 2					
03- Impuesto al patrimonio 15- Autorretenedor					
05- Impo. renta y compl. régimen ordinario 23- Agente de retención en ventas					
07- Retención en la fuente a título de renta 39- Proveedor de Servicios Tecnológicos					
08- Retención timbre nacional 41- Declaración anual de activos en el exte					
09- Retención en la fuente en el impuesto 42- Obligado a llevar contabilidad					
10- Obligado aduanero 48- Impuesto sobre las ventas - IVA					
14- Informante de exogena 52- Facturador electrónico					
Obligados aduaneros					
54. Código 2 3 2 2					
Exportadores					
55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3					
57. Modo 1 2 4					
58. CPC 8 1 8 1 8 1					
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación.					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Fojos: 0					
61. Fecha: 2021 - 01 - 22 / 14 : 40: 20					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016 Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:					
984. Nombre RAMIREZ SEPULVEDA MARIA JOSE					
985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado					

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTA, 09 DE ABRIL DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	MARCIA GREICY GUACANEME VALBUENA
ÁREA / DEPENDENCIA	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
CENTRO DE COSTO	7ADM08 51190002
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SEDE ADMINISTRATIVA CALLE 34

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

FIRMA DIGITAL CON CERTICAMARA DE LA GERENTE (E) PARA REPORTES A ENTES DE CONTROL

3. JUSTIFICACIÓN

SE REQUIERE FIRMA DIGITAL PARA EL REPORTE ANTE LOS ENTES DE CONTROL

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X



Nombre Funcionario y/o Contratista 52150028

N/A

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

NOVEDAD DE.FIRMAS

Oficina 4828	Ciudad BOGOTA	Fecha 2024 04 19	Naturaleza JURIDICA			
Apellidos y Nombres / Razón Social	Clase de Firmante	No. Identificación	Tipo ID	Tipo Aut.	Vigencia	Novedad
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	RL	0099590517	3			NA
MELISSA TRIANA LUNA	RL	52706216	1			NA
CLAUDIA LUCIA ARDILA TORRES	AUT	39681610	1			E
Condiciones de Manejo						
PARA TODA TRANSACCION SE REQUIEREN LAS DOS FIRMAS REGISTRADAS CON SELLO HUMEDO						M M
CLASE DE SELLO						
SELLO HUMEDO						A
SELLO HUMEDO 003						E
Cuenta Empleador	Tipo de Manejo Individual	Tipo de producto Davivienda Cuenta Corriente		Número de producto 008469999208		
Firma del Titular (Si tiene Autorizado) ó Representante Legal						
Firma(s), sellos y Huellas del (los) titulares / Autorizados						
CAJA MENOR Servicio de Salud Bogotá Centro Oriente E.S.E.						
Firma y C.C. ó Sello		Firma y C.C. ó Sello				
Firma y C.C. ó Sello		Firma y C.C. ó Sello				

Declaro que el documento de identificación de (los) titulares de este producto es el que aparece en el campo Número de Identificación

SANDRA PATRICI FLOREZ RINCON

Usuario

NOTA: Si dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al diligenciamiento de este formato desea llevar a cabo alguna transacción sobre los recursos depositados solo podrá hacerlo en la oficina de radicación del producto.

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6160

FECHA

24/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

MATERIALES Y SUMINISTROS

VALOR:

\$150.000,00

LA SUMA DE:

CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA N° 0888 WILLIAN DARIO CLAVIJO BENAVIDES NIT 79.976.994-1 GANCHOS ADHESIVOS MEDIANOS, NECESARIAS PARA COLGAR KITS DE DERRAME EN LOS DISTINTOS CENTROS DE SALUD PERTENCIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E. EN CUMPLIMIENTO A LA ATENCIÓN DE DERRAMES QUÍMICOS Y RESIDUOS QUÍMICOS Y BIOLÓGICOS, SOLICITADO POR PAOLA PULIDO SALGADO, LIDER GESTIÓN AMBIENTAL.

Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bø. CUENTABANTE

12726

*

[illegible]

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario14711785378

(415)7707212489984(8020)0000014711785378

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)7997699416. DV112. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá14. Buzón electrónico32

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona natural o sucesión ilíquida225. Tipo de documentoCédula de Ciudadanía1326. Número de Identificación7997699427. Fecha expedición1998,08,26

Lugar de expediciónCOLOMBIA28. País16929. DepartamentoBogotá D.C.1130. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.001

31. Primer apellidoCLAVIJO32. Segundo apellidoBENAVIDES33. Primer nombreWILLIAM34. Otros nombresDARIO

35. Razón social

36. Nombre comercial37. Sigla

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA16939. DepartamentoBogotá D.C.1140. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.00

41. Dirección principalCR 14 B 3 09 SUR

42. Correo electrónicodaly221@hotmail.com

43. Código postal44. Teléfono 1365477845. Teléfono 23133670174

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal46. Código475247. Fecha inicio actividad2014,07,0948. Código951149. Fecha inicio actividad2004,01,0550. Código12

Otras actividades

Ocupación

51. Código52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código2249

22. Obligado a cumplir deberes formales a49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma56. TipoServicio12357. Modo58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. AnexosSI[]NO[X]60. No. de Folios061. Fecha2022-09-08/17:54:27

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. NombreCLAVIJO BENAVIDES WILLIAM DARIO
985. CargoCONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 08-09-2022 06:25:47PM

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-002 VERSIÓN: 03 FECHA: 2018-05-16</div>
---	---	---

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTA, 17 DE ABRIL DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	PAOLA PULIDO SALGADO
ÁREA / DEPENDENCIA	GESTIÓN MEDIO AMBIENTE
CENTRO DE COSTO	7ADM02 51114001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

GANCHOS ADHESIVOS MEDIANOS

3. JUSTIFICACIÓN

NECESARIOS PARA COLGAR LOS KITS DE DERRAME EN LOS DISTINTOS CENTROS DE SALUD PERTENECIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E., EN CUMPLIMIENTO A LA ATENCIÓN DE DERRAMES QUÍMICOS Y RESIDUOS QUÍMICOS Y BIOLÓGICOS.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

 Nombre Funcionario y/o Contratista

 Vo.Bo. Funcionario Almacén
--

 Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

ACTUALMENTE NO CONTAMOS CON CONTRATO PARA EL SUMINISTRO DE ESTE INSUMO EN LA SUPERVISION REALIZADA POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA.



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000075859

PROVEEDOR: WILLIAM DARIO CLAVIJO BENAVIDES NIT: 79976994
CIUDAD: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C.)
DIRECCION: CL 62S N II B - 67 ESTE
TELEFONO: 3654778
Nº FACTURA: CECO0000000186 % ICA: 0.0000 PLAZO: 0
FECHA: 23/04/2024 02:08 p.m.
ESTADO: Confirmado
MONEDA: Pesos
TASA CAM: 0.00
FECHA FAC: 23/04/2024 12:00 a.m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
101C0015128	GANCHOS PLASTICOS ADHESIVOS MEDIANOS	UNIDAD	250.00	\$600.00	\$150.000.00	0.00	0.00

DETALLE SUBTOTAL: \$150.000.00

COMPRA POR CATA MENOR - HOSPITAL SANTA CLARA - VICTOR CHAVEZ: DESCUENTO: \$0.00

IMPUESTO: \$0.00

FLETES: \$0.00

IMP FLETES: \$0.00

RETE IVA: \$0.00

RETE ICA: \$0.00

RETE FUENTE: \$0.00

OTRAS RETE: \$0.00

OTRAS DEDUC: \$0.00

IMP DISTRI: \$0.00

AJUSTE RED: \$0.00

AJUSTE AL TOTAL: \$0.00

TOTAL COMPR: \$150.000.00

TOTAL COMPROBANTE:

CIENTO CINCUENTA MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Adriana M. Lugo

CUENTAS POR PAGAR

Revisado Impuestos:

Elaboro:

Reviso Almacen



Síguenos en Youtube:

• Revisa nuestro último video promocional, concursos, productos, eventos y tips.

Y en Facebook:

• Entrate de las promos, eventos y concursos que realizamos



CAPITAL
COLOMBIA.COM

CAPITAL COLOMBIA COM SAS
NIT 900.389.650-2 - Régimen Común
Bogotá D.C. - Colombia

Tel. (+57 1) 564 7649
(+57 1) 433 0527
Cel. (+57) 300 7040483
www.capitalcolombia.com
ventas@capitalcolombia.com

Empresa: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT / CC: 900959051-7 (Id. Cliente 69923)

Contacto:

Teléfono: 3124283948

Dirección: DG. 34 # 5-43

Ciudad/Dpto/Pais: BOGOTÁ / Bogotá / Colombia

Email: activosifjosimi@subredcentroorienta.gov.co

Atendió: KAREM BOTELLO

COTIZACIÓN No. W-137316

Fecha: 2024-03-22 08:52:15

*Válido hasta: 2024-03-23 08:52:16

FORMA DE PAGO POR CONSIGNACIÓN:

Contado, consignación en BANCOLOMBIA:

Cuenta de Ahorros: 167-641427-17

Titular: CAPITAL COLOMBIA COM S.A.S.

Enviar comprobante al email: ventas@capitalcolombia.com

Id. Item	Descripción del Producto y/o Servicio	Precio Base por Unidad (antes de IVA)	Cantidad	IVA	Total (IVA Incluido)
(LD422179-P855)	Lector de código de barras láser con sensor de lectura automática y con base conexión USB - 3inStar (SC100) - (Click para ver el producto) (IVA 19.00%)	\$ 181,513	3	\$ 103,462	\$ 648,000
(LD422180-P64)	Envío (IVA 0.00%)	\$ 15,000	1	\$ 0	\$ 15,000

Notas:

Resumen de valores cotizados	
Subtotal =	\$ 659,538
Iva =	\$ 103,462
Ajuste al peso =	\$ 0
Total =	\$ 663,000

• Disponibilidad sujeta a inventario, los precios pueden variar sin previo aviso

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR	CÓDIGO: AP-RF-FT-002 VERSIÓN: 03 FECHA: 2018-05-16
---	--	--

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	Boytá D.C, 19 de Abril 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	Nelly camila Lopez Mendoza
ÁREA / DEPENDENCIA	Activos Fijos
CENTRO DE COSTO	7 ADM12 51114001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	Santa Clara

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Lector de código de barras laser con sensor de lectura automatica.

3. JUSTIFICACIÓN

Se solicita la compra de 3 pistolas para el area de activos fijos, las cuales se solicitan para la toma fisica.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

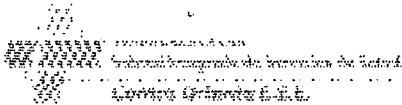

Bo. Funcionario Almacén

Nelly Camila Lopez Mendoza
Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

El Supervisor del Contrato de Ferreteria 02 BS 0147 2023, Certifica que el ítem objeto de esta solicitud no está contratado bajo este contrato Fabio Fernandez



COMPROBANTE ENTRADA

Nº0000000000076214

PROVEEDOR: CAPITAL COLOMBIA COM SAS NIT: 900869630 FECHA: 26/04/2024 04:23 p.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CR.109 N 81 - 44 BRR.BOLIVIA MONEDA: Pesos
TELEFONO: 4769601 TASA CAM: 0.00
N FACTURA: FVC18987 %ICA: 0.0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 24/04/2024 12:00 a.m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/UN	SUBTOTAL	%INTO	%IVA
134UC014525	LECTOR DE CODIGO DE BARRAS	UNIDAD	1.00	135.71400	135.714200	0.00	19.00

DETALLE

CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA, ACTIVOS FIJOS, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL:	135.714200
DESCUENTO:	10.00
IMPUESTO:	1102.83700
FLETES:	10.00
IMP FLETES:	10.00
RETE IVA:	10.00
RETE ICA:	10.00
RETE FUENTE:	10.00
OTRAS RETE:	10.00
OTRAS DEDUC:	10.00
IMP DISTRI:	10.00
AJUSTE RED:	11.00
AJUSTE AL TOTAL:	10.00
TOTAL COMPR:	1683.000.00

TOTAL COMPRANTE:

SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MIL PESOS CON CERO CTVS MAS.

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

CUENTAS POR PAGAR

Revisado Impuesto:

6/61

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6162

FECHA

24/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

VALOR:

\$88.500,00

LA SUMA DE:

OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

CANCELADO A MIGUEL FRANCISCO LASTRE CÁRDENAS NIT 9.141.154 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE PARA REALIZAR ACTIVIDADES CON EQUIPOS DE SERVICIOS ASISTENCIALES, AUTORIZADO POR ADRIANA MARCELA VERANOS, LIDER GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA.

Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bø. CUENTADANTE


CÓDIGO: AP-RP-FT-001
VERSION: 02
FECHA: 2017-05-09

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO PLANILLA DE AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTES POR CAJA MENOR

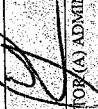
Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

Nº.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		RUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	4/04/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	UMHES SANTA CLARA	INSTALACION DE MOTOR DE COMPRESOR	X					\$ 2.950,00
2	4/04/2024	UMHES SANTA CLARA	RETORNO PRIMERA DE MAYO	GESTION ADMINISTRATIVA	X					\$ 2.950,00
3	5/04/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	USS CANDELARIA	REVISION DE COMPRESORES Y UNIDADES ODONTOLÓGICAS	X					\$ 2.950,00
4	5/04/2024	USS CANDELARIA	UMHES SANTA CLARA	RECOGER REPUESTOS PARA EQUIPOS ODONTOLÓGICOS	X					\$ 2.950,00
5	5/04/2024	UMHES SANTA CLARA	USS CANDELARIA	REVISION DE CAVITRONES Y UN SCALER	X					\$ 2.950,00
6	8/04/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	USS ALPES	REVISION DE FUGA, DE UNIDAD ODONTOLÓGICA	X					\$ 2.950,00
7	8/04/2024	USS ALPES	SEDE PRIMERA DE MAYO	DESBLOQUEO DE UNIDAD UNO, Y LUZ H3	X					\$ 2.950,00
8	8/04/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	USS ALPES	REVISION DE LOS CERTIFICADOS DE LOS TERMOMIGROMETROS	X					\$ 2.950,00
9	8/04/2024	USS ALPES	USS ALTAMIRA	VACUNACION, REVISION DE CONGELADOR DE PAQUETES	X					\$ 2.950,00
10	9/04/2024	UMHES SANTA CLARA	SEDE PRIMERA DE MAYO	REVISION DE UNIDAD ODONTOLÓGICA BOMBILLO, LUZ H3	X					\$ 2.950,00
TOTAL										\$ 29.500,00


NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 9141154


V.O. Bo. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

7ADN002
51123001


V.O. Bo. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

Revisado 25-04-2024
p. M. J. C. 11/11/2014

733



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

I. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6163

FECHA

24/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

VALOR:

\$123.900,00

LA SUMA DE:

CIENTO VEINTIRÉS MIL NOVECIENTOS PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

CANCELADO AWILSON ARLEY FRANCO, NIT 1.023.938.283 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE PARA REALIZAR ACTIVIDADES CON EQUIPOS DE SERVICIOS ASISTENCIALES, AUTORIZADO POR ADRIANA MARCELA VERANOS, LIDER GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA.

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

*

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
1	01/04/2024	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	USS cruces	llamado revision equipo		X			\$ 2.950
2	01/04/2024	USS Cruces	USS laches	llamado revision equipo		X			\$ 2.950
3	01/04/2024	USS laches	CAPS Perseverancia	Traslado de repuesto		X			\$ 2.950
4	02/04/2024	Hospital santa clara	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	solicitud repuestos almacén		X			\$ 2.950
5	02/04/2024	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	CAPS Perseverancia	Cambio de respueto		X			\$ 2.950
6	02/04/2024	CAPS Perseverancia	CAPS Samper Mendoza	llamado revision equipo		X			\$ 2.950
7	03/04/2024	Hospital santa clara	USS la candelaria	revision compresor		X			\$ 2.950
8	03/04/2024	USS la candelaria	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	ronda salas CX		X			\$ 2.950
9	03/04/2024	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	USS Laches	llamado revision equipo		X			\$ 2.950
10	04/04/2024	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	CAPS Samper Mendoza	ronda servicios juvenes		X			\$ 2.950
11	04/04/2024	CAPS Samper Mendoza	USS cruces	verificacion repuestos solicitados		X			\$ 2.950
12	04/04/2024	USS cruces	CAPS perseverancia	ronda servicios juvenes		X			\$ 2.950
13	05/04/2024	Hospital santa clara	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	solitud papel termico		X			\$ 2.950
14	05/04/2024	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	CAPS perseverancia	visita seguimiento calibraciones		X			\$ 2.950
15	08/04/2024	USS cruces	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	llamado revision equipo		X			\$ 2.950
TOTAL									\$ 44.250

Wilson Arce Jairo

NOMBRE FUNCIONARIO Y CONTRATISTA

CC. 1.023.938.285

১৯৭৩
১৯৭৩


V. B. REFERENTE SI BBED CENTRO ORIENTE E.S.E

V0 B0 DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO(A)

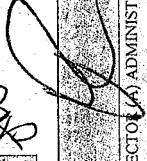
Recibo \$123.00
William Franco

7AD4D2
11300

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
16	08/04/2024	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	USS Laches	llamado revision equipo			X		\$ 2.950
17	08/04/2024	USS Laches	CAPS Samper Mendoza	instalacion reguladores			X		\$ 2.950
18	08/04/2024	CAPS Samper Mendoza	Hospital Santa Clara	solicitud repuesto			X		\$ 2.950
19	10/04/2024	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	CAPS perseverancia	llamado revision equipo			X		\$ 2.950
20	10/04/2024	CAPS perseverancia	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	documentos equipo RX			X		\$ 2.950
21	12/04/2024	CAPS perseverancia	CAPS samper mendoza	verificacion equipo electrocardiografo			X		\$ 2.950
22	12/04/2024	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	CAPS perseverancia	llamado revision equipo			X		\$ 2.950
23	12/04/2024	CAPS perseverancia	CAPS samper mendoza	entrega repuesto			X		\$ 2.950
24	15/04/2024	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	USS la candelaria	pruebas compresores			X		\$ 2.950
25	15/04/2024	CAPS perseverancia	CAPS Samper Mendoza	revision camas			X		\$ 2.950
26	16/04/2024	Hospital santa clara	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	ronda salas CX			X		\$ 2.950
27	16/04/2024	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	CAPS perseverancia	pruebas electrocardiografo			X		\$ 2.950
28	17/04/2024	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	USS la candelaria	revision unidades			X		\$ 2.950
29	17/04/2024	USS la candelaria	CAPS primera de mayo	recoger repuestos			X		\$ 2.950
30	17/04/2024	CAPS primera de mayo	USS laches	revision unidades			X		\$ 2.950
TOTAL									\$ 88.500



WILSON ARLEY FRANCO
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 1.023.938.233




Vo.Bo. DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO (A)



Vo.Bo. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

236



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO- GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO PLANILLA DE AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTES POR CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FI-001
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-05-09

Nº	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TMI	COLECTIVO	TAXI
31	18/04/2024	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	USS Laches	datos calibracion equipos			X		\$ 2.950
32	18/04/2024	USS Laches	CAPS Samper Mendoza	ronda verificacion servicios			X		\$ 2.950
33	18/04/2024	CAPS Samper Mendoza	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	ronda verificacion servicios			X		\$ 2.950
34	18/04/2024	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	CAPS samper mendoza	ronda verificacion servicios			X		\$ 2.950
35	19/04/2024	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	CAPS perseverancia	ajuste equipos			X		\$ 2.950
36	19/04/2024	CAPS perseverancia	CAPS samper mendoza	instalacion repuesto odontologia			X		\$ 2.950
37	19/04/2024	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	CAPS perseverancia	llamado revision equipo			X		\$ 2.950
38	20/04/2024	CAPS primera de mayo	CAPS liberadores	revision equipo			X		\$ 2.950
39	22/04/2024	CAPS samper mendoza	Hospital Santa Clara	solicitud papel electrocardiografo			X		\$ 2.950
40	22/04/2024	CAPS perseverancia	CAPS Samper Mendoza	revision camas			X		\$ 2.950
41	22/04/2024	CAPS Samper Mendoza	USS crices	verificacion punto odontologia			X		\$ 2.950
42	23/04/2024	Hospital Jorge Eliecer Gaitan	Hospital Santa Clara	trashedo ecografos a IMI			X		\$ 2.950
TOTAL									\$ 123.900

Wilson Alex Franco

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

CC. 1.023.988.283

[Signature]

V.O. Bo. DIRECCION (Y) ADMINISTRATIVO (A)

[Signature]

V.O. Bo. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

237

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6164

FECHA

24/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

IMPRESOS Y PUBLICACIONES

VALOR:

\$39.500,00

LA SUMA DE:

TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURAS Nos. 387 \$29,500 y 388 \$10.000 CARLOS ANDRÉS RINCÓN RUEDA NIT 79.744.368-5 POR ANILLADOS LIBROS DIARIO Y MAYOR VIGENCIAISS 2019, 2020, 2021 Y 2023, ESTADOS FINANCIEROS 2022- 2023, CON EL FIN DE CONSERVAR LOS DOCUMENTOS EN EL ÁREA CONTABLE PARA CONSULTA. SOLICITADO POR WILSON PARRADO, PROFESIONAL ESPECIALIZADO CONTADOR.

Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bø. CUENTADANTE

*



Betwee Digital

Entrepreneurship and Technology

BETWEEN DIGITAL
CARLOS RINCON NIT 79744368-5
SOLUCIONAMOS TUS IDEAS
CARRERA 5 # 33-50 LOCAL 09
312 549 9404 / 313 822 9128
puntodigital3350@gmail.com

Factura POS: 388
Fecha: 19/04/2024 12:09:55 PM
CLIENTE : MOSTRADOR
NIT/CC : 0000000000
Atendido por: Administrator

Item	Precio	Cant.	Valor
VELOBIND	5.000,00	x2	\$10.000,00

Items count: 2

Total

\$10.000,00

Efectivo

Recibido:

\$10.000,00

Cambio:

\$0,00

Valor Neto:

\$10.000,00


Imp:

\$0,00

Current Debt: \$0,00

GRACIAS POR CONTAR CON NOSOTROS
SOMOS "BETWEEN DIGITAL"

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 13 Actualización de oficio				4. Número de formulario 14987696159	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 7 9 7 4 4 3 6 8		6. DV 5		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico					
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 7 9 7 4 4 3 6 8	
27. Fecha expedición 1 9 9 4, 0 6, 2 0		28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1	
30. Ciudad/Municipio Bogotá D.C. 0 0 1		31. Primer apellido RINCON		32. Segundo apellido RUEDA	
33. Primer nombre CARLOS		34. Otros nombres ANDRES		35. Razón social	
36. Nombre comercial BETWEEN DIGITAL		37. Sigla		38. País COLOMBIA 1 6 9	
39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1		41. Dirección principal CR 5 33 50 LC 9	
42. Correo electrónico puntodigital3350@gmail.com		43. Código postal 1 1 0 3 1 1		44. Teléfono 1 3 1 2 5 4 9 9 4 0 4	
45. Teléfono 2 3 1 6 3 7 5 5 0 5 9		CLASIFICACIÓN		Actividad económica	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 1 8 1 1		47. Fecha inicio actividad 1 9 9 8, 0 1, 1 3		48. Código 9 5 1 1	
49. Fecha inicio actividad 1 9 9 8, 0 7, 2 0		50. Código 4 7 4 1		51. Código 8 2 5 1	
52. Número establecimientos 1		Responsabilidades, Calidades y Atributos		53. Código 4 9 5 2	
49 - No responsable de IVA		52 - Facturador electrónico		Usuarios aduaneros	
Exportadores		54. Código		55. Forma	
56. Tipo		57. Modo		58. CPC	
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2024 - 03 - 04 / 14 : 56: 43	
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. Firma del solicitante:		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:		984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA	
				985. Cargo	



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-002
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-05-16

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTA 19 ABRIL 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	WILSON PARRADO LEON / PROFESIONAL ESPECIALIZADO CONTADOR
ÁREA / DEPENDENCIA	DIRECCION FINANCIERA - CONTABILIDAD
CENTRO DE COSTO	7AD702 51121001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	CONTABILIDAD

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

ANILLADO LIBRO DIARIO Y LIBRO MAYOR VIGENCIAS 2019-2020-2021 Y 2023 ANILLADO ESTADOS FINANCIEROS VIGENCIA 2022 ESTADOS FINANCIEROS VIGENCIA 2023	ANILLADO
--	----------

3. JUSTIFICACIÓN

SE REALIZA CON EL FIN DE CONSERVAR LOS DOCUMENTOS EN EL AREA CONTABLE PARA CONSULTA

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

N/A

Vo.Bo. Funcionario Almacén



Nombre Funcionario y/o Contratista



Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

242



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

I. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6165

FECHA

24/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

MANTENIMIENTO ESE

VALOR:

\$40.000,00

LA SUMA DE:

CUARENTA MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. 0686 JESÚS ANDRÉS VARGAS AVELLANEDA NIT 80.279.993-8 ARREGLO Y VULCANIZADO DE LLANTA AMBULANCIA 6280 DE PLACA OLN 267 PERTENECIENTE A LA SUBREED CENTRO ORIENTE, SOLICITADO POR ANA VICTORIA PICO R, FEFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA .

Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bø. CUENTADANTE

243



SERVITECA

Lubricación y Montallantas HV

Jesús Andrés Vargas

Nit. 80.279.993-8 • Régimen Simplificado

Av. caracas No. 3 - 08 Cels: 316 721 7983 - 314 219 5828

Estación de Servicio Petrobras Esquina

PETROBRAS

SEÑOR	SUBRED CENTRO ORIENTE	RECIBO	0686
FECHA	21-01-21	PLACA	OLN-267

Cant.	Descripción	Valor
	DESPINCHE	
	BALANCEO	
	RECTIFICACIÓN DE RINES	
1	VULCANIZADO 1	40.000
	VÁLVULAS	
	NEUMÁTICOS	
	DESMONTE DE PLUMBOS	
	ROTACIÓN	
	MONTAJE	
	PARCHE RADIAL	
	NITRÓGENO	
	ALINEACION	

Nit. 80.279.993-8
CANCELADO

Handwritten signature and date: 21-01-21

SON:	TOTAL	40.000
FIRMA:	Jesús AV	

Impreso por: Cels. Tarete Gráficas Alvarado - NANCY NOVOA NIT. 52714583-9 CEL: 313 827 3863



SERVITECA

Lubricación y Montallantas HV

Jesús Andrés Vargas

Nit. 80.279.993-8 • Régimen Simplificado

Av. Caracas No. 3 - 08 Cels: 316 721 7983 - 314 219 5828

Estación de Servicio Petrobras Esquina

PETROBRAS

SEÑOR	RECIBO Nº 0682
FECHA 17 - oct - 2024	PLACA

Cant.	Descripción	Valor
	DESPINCHE	
	BALANCEO	
	RECTIFICACIÓN DE RINES	
1	VULCANIZADO <i>cofibración</i>	40 000
	VÁLVULAS	
	NEUMÁTICOS	
	DESMONTE DE BLINDAJE	
	ROTACIÓN	
	MONTAJE	
	PARCHE RADIAL	
	NITRÓGENO	
	ALINEACION	

SON:	TOTAL
FIRMA:	

Impreso por Com. Fact. Gráfico / Anso • MANDY ROVOA NIT 927163634 CEL: 313 927 3903

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario14856746779

(415)7707212489984(8020) 0000014856746779

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)802799938

6. DV8

12. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona natural o sucesión ilíquida2

25. Tipo de documentoCédula de Ciudadanía13

26. Número de Identificación80279993

27. Fecha expedición19930330

Lugar de expediciónCOLOMBIA

28. País169

29. DepartamentoCundinamarca25

30. Ciudad/MunicipioVilleta875

31. Primer apellidoVARGAS

32. Segundo apellidoAVELLANEDA

33. Primer nombreJESUS

34. Otros nombresANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercialSERVITECA LUBRICACION Y MONTALLANTAS HV

37. Sigla

38. PaísCOLOMBIA169

39. DepartamentoBogotá D.C.11

40. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.001

41. Dirección principalAK 14 # 03 - 08 SUR

42. Correo electrónicoomitar2607@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 13116064272

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código4520

47. Fecha inicio actividad20220830

Actividad secundaria

48. Código4530

49. Fecha inicio actividad20220830

Otras actividades

50. Código12

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código20

20. Obtención NIT

Usuarios aduaneros

12345678910

11121314151617181920

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

123

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación.

Para uso exclusivo de la DIAN

59. AnexosSI☐NO☒

60. No. de Folios:0

61. Fecha2022-08-30/11:23:25


La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. NombreVARGAS AVELLANEDA JESUS ANDRES
985. CargoCONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 14-03-2024 12:41:42PM

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-002 VERSIÓN: 03 FECHA: 2018-05-16</div>
---	---	---

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	19-08-2024	
NOMBRE FUNCIONARIO	Ana Victoria Pico R	
AREA/DEPENDENCIA	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA - DIR. URGENCIAS	
CENTRO DE COSTO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 381409	
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SAN BLAS	738602005

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

ARRUGIO Y VOLCANIZADO LLANTA AMBULANCIA 6280
PLACA OLN 267

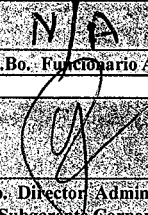
3. JUSTIFICACIÓN

SE SOLICITA ARRUGIO LLANTA DE REPUESTO DANADA PARA RESPECTIVO FUNCIONAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

N/A
Vo.Bo. Funcionario Almacén

Ana Victoria Pico R
Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

247



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6166

FECHA

24/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

MANTENIMIENTO ESE

VALOR:

\$740.600,00

LA SUMA DE:

SETECIENTOS CUARENTA MIL SEISCIENTOS PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. 1005100259640 SODIMAC COLOMBIA S.A. NIT 800.242.106-2 MOTOBOMBA CON SUS RESPECTIVOS ACCESORIOS PARA CONEXIÓN, REQUERIDA PARA REALIZAR LA INYECCIÓN DE AGUA POTABLE EN LAS DIFERENTES UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD PERTENCIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA ADECUADA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS Y ATENCIÓN A LOS USUARIOS, SOLICITADO POR JUAN FELIPE FUENTES SARMIENTO, LIDER GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO.

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12727

*

248



FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° 1005100259640

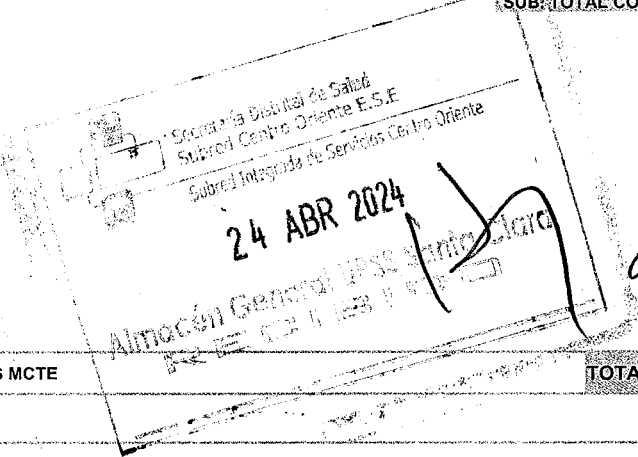
SODIMAC COLOMBIA S.A.
NIT 800.242.106-2
Iva Régimen Común
ICA Actividad Económica CIU 4719
Grandes Contribuyentes Resolución 12220 26 DIC 2022
AUTORRETENEDORES Resolución DIAN 00931 de 29 ENE 2009
Agente de Retención de IVA

INFORMACIÓN DEL CLIENTE			
Razón Social:	subred integrada de servicios de salud centro oriente	Fecha de Expedición	: 2024/04/20 08:39:19
NIT	: 900.959.051-7	Fecha de Vencimiento	: 2024/04/20
Dirección	: CR 68 #80-77	Fecha de Validación	: 2024/04/20
Teléfono	: 3904100	Fecha de Compra	: 2024/04/20
Correo	: profesionalesst3@subredcentrooriente.gov.co	Remisión de Entrega	:
Dirección de Entrega	:	Ciudad de Entrega	: BOGOTÁ, D.C.
Forma de Pago	: Contado	Nro O/C	:
Plazo	: 0 Días de Pago	Tipo Moneda	: COP
Nro. Interno	: 42714727	Medio de Pago	: TARJ CRE/DEB
CUFE	: 1c3f125b41038f8ce69c495341113fcf5ec8f23c3b2329e406a9594e9a4c950a6b0a723583179d8aec5417df010bc941		
Observaciones	: /		

CANT	SKU	DESCRIPCIÓN	VR. VENTA UNITARIO	VR. BRUTO SIN IVA	% DESCUENTO	VR. DESCUENTO	SUB-TOTAL	% IVA	VR. IVA	SUB-TOTAL CON IMPTO
1	240770	MOTOBOMBA GASOLINA 5	567.142,86	567.142,86	0,00	0,00	567.142,86	19,00	107.757,14	674.900,00
1	337538	ADAPTADOR IMPACTO 60	16.722,69	16.722,69	0,00	0,00	16.722,69	19,00	3.177,31	19.900,00
2	120950	VALVULA PVC 1/2pulg	5.798,32	11.596,64	0,00	0,00	11.596,64	19,00	2.203,36	13.800,00
1	120951	VALVULA PVC 3/4pulg	8.151,26	8.151,26	0,00	0,00	8.151,26	19,00	1.548,74	9.700,00
1	74882	UNION 1/2 10 Und PRE	2.268,91	2.268,91	0,00	0,00	2.268,91	19,00	431,09	2.700,00
1	74883	ADAPTADOR MACHO 1/2	2.268,91	2.268,91	0,00	0,00	2.268,91	19,00	431,09	2.700,00
1	135322	CINTA TEFLON 50m PTF	10.840,34	10.840,34	0,00	0,00	10.840,34	19,00	2.059,66	12.900,00
4	4731	ADAPTADOR MACHO 3/4	840,34	3.361,34	0,00	0,00	3.361,34	19,00	638,66	4.000,00

VALOR BRUTO	\$	622.352,95
DESCUENTO	\$	0,00
SUB-TOTAL	\$	622.352,95
IVA	\$	118.247,05
SUB-TOTAL CON IMPTO	\$	740.600,00

Cometado al sub.



Recibido
29/04/2024

SON: SETECIENTOS CUARENTA MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE	TOTAL A PAGAR \$	740.600,00
--	------------------	------------

OBSERVACIONES: /



Autorización de Numeración de Facturación DIAN 18764046052852 del 16/03/2023, Prefijo 1005, Rango 100228800 hasta 150200000 con una vigencia desde el 16/03/2023 hasta 13/09/2024.
La presente Factura Electrónica de Venta, es un título valor de acuerdo con lo establecido en el Código de Comercio y en especial en los artículos 621,772 y 774, el Decreto 2242 del 24 de noviembre de 2015 y el Decreto Único 1074 de mayo de 2015. El presente título valor se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio Art.779 del Código de Comercio.

ADVANCE RETAIL SOLUTION NCR COLOMBIA LTDA NIT 860005074-8

eFactura cadena. NIT. 800.933.334-0

SON: SETECIENTOS CUARENTA MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE	TOTAL A PAGAR \$	740.600,00
--	------------------	------------

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA BOGOTA - 22/04/2024

NOMBRE FUNCIONARIO JUAN FELIPE FUENRES SARMIENTO

ÁREA / DEPENDENCIA AMBIENTE FISICO- INFRAESTRUCTURA

CENTRO DE COSTO 7AD103 51115001

UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Se requiere realizar la compra de motobomba con sus respectivos accesorios para conexión

3. JUSTIFICACIÓN

La motobomba es requerida para realizar la inyección de agua potable en las diferentes unidades prestadoras de salud, con el fin de garantizar la adecuada prestación de los servicios y la atención de los usuarios

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

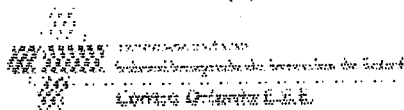
Juan Felipe Fuentes Sarmiento
Arquitecto
A11220220-1019077311
Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

El supervisor del contrato 02 BS 0147 2023, certifica que el elemento requerido en este formato, no está incluido en los ítems objeto del contrato... Fabio Fernández



COMPROBANTE ENTRADA
N000000000000/5986

PROVEEDOR: SODIMAC COLOMBIA S A NIT: 900242106 FECHA: 25/04/2024 07:49 a.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CR 68 DN 80 - 70 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 5013904100 TASA CAM: 0.00
N° FACTURA: 1005100239640 % ICA: 0.0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 20/04/2024 12:00

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	% ITO	% IVA
132RM013084	MOTOBOMBA GASOLINA	UNIDAD	1.00	\$ 567.142,86	\$ 567.142,86	0.00	19.00
132RM014970	ADAPATADOR	UNIDAD	1.00	\$ 16.722,89	\$ 16.722,89	0.00	19.00
132RM013064	VALVULA	UNIDAD	3.00	\$ 6.382,63	\$ 19.747,89	0.00	19.00
133CH014395	UNION PVC 1	UNIDAD	2.00	\$ 2.268,91	\$ 4.537,82	0.00	19.00
132RM013901	CINTA TEFLON INDUSTRIAL	ROLLO	1.00	\$ 10.840,34	\$ 10.840,34	0.00	19.00
133CH013671	ADAPTADOR MACHO PVC	UNIDAD	4.00	\$ 840,34	\$ 3.361,36	0.00	19.00

DETALLE
CAJA MENOR, GESTION MEDIO AMBIENTE- UNIDAD SANTA CLARA, DIGNA LUDY TORRES

SUBTOTAL: \$ 622.353,00
DESCUENTO: \$ 0.00
IMPUESTO: \$ 118.247,00
FLETES: \$ 0.00
IMP FLETES: \$ 0.00
RETE IVA: \$ 0.00
RETE ICA: \$ 0.00
RETE FUENTE: \$ 0.00
OTRAS RETE: \$ 0.00
OTRAS DEDUC: \$ 0.00
IMP DISTRI: \$ 0.00
AJUSTE MED: \$ 0.00
AJUSTE AL TOTAL: \$ 0.00
TOTAL COMPR: \$ 740.600,00

TOTAL COMPROBANTE:
SETECIENTOS CUARENTA MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERD CIVE MIL.

Revisó Almacén

Aárian M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR
Revisó Impuestos

6166

753



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

I. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6167	FECHA	25/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	IMPRESOS Y PUBLICACIONES		
VALOR:	\$89.250,00		
LA SUMA DE:	OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. FE2615 FARHI ALBERTO VALENCIA BARRETO NIT 80.228.697-4 TRES UNIDADES DE AVISOS EN MATERIAL ACRÍLICO DE 16 X 16 PARA SEÑALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LA UNIDAD RENAL DEL HOSPITAL SANTA CLARA, SOLICITADO POR JUAN FELIPE FUENTES SARMIENTO, LIDER GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO.		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE



Factura electrónica de venta No: FE2615

Fecha Factura: 18 de abril de 2024

Fecha de vencimiento: 18 de abril de 2024

Fecha de Validación: 18 de abril de 2024 a las 03:03 PM



FARHI ALBERTO VALENCIA BARRETO

NIT: 80228697-4
DIRECCIÓN: CALLE 11 NO 28- 17 / BOGOTÁ, D.C.
DEPARTAMENTO: Bogotá
TELÉFONO: 4708100
TIPO DE EMPRESA: Persona Natural
RÉGIMEN TRIBUTARIO: Impuesto sobre las ventas IVA
CUFE:

Autorización de numeración de facturación DIAN No. 18764060340497 del 21 de noviembre de 2023 al 21 de mayo de 2024 con prefijo FE del No. 2559 al 5000.

CLIENTE: SUBRED INTEGRADASERVICIOS DE SALUD NORTE
E.S.E.
NIT: 900971006-4
DIRECCIÓN:
CIUDAD:

DEPARTAMENTO:
TELÉFONO: 4431790
REGIMEN TRIBUTARIO: Impuesto sobre las ventas IVA

ITEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	U. MEDIDA	VALOR UNIDAD	TOTAL
1	2001	Señales de 16x16 en acrílico	3,00	unidad	\$25.000,00	\$89.250,00

CONDICIONES DE PAGO

Forma de pago: Contado
Medio de pago: Acuerdo mutuo
VALOR EN LETRAS: Ochenta y nueve mil doscientos cincuenta pesos m/cte.

Subtotal	\$	75.000,00
Fletes	\$	
IVA 19%	\$	14.250,00
Total a pagar	\$	89.250,00

OBSERVACIONES:

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES ESTA FACTURA DE VENTA ES UN TITULO VALOR SEGÚN LEY 1231 DE 2008. CON ESTA FACTURA DE VENTA EL COMPRADOR DECLARA HABER RECIBIDO DE FORMA REAL Y MATERIAL LAS MERCANCIAS Y/O SERVICIOS DESCRITOS EN LA MISMA.

cancelado
C.F. y
instalado
correcto real

FIRMA DIGITAL

Proveedor Tecnológico: Olimpia IT SAS NIT: 900032774-4 - Factura Electrónica de Olimpia IT

Recibido
29/04/2024

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-002
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-05-16

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA

BOGOTA D.C 19 DE ABRIL DE 2023

NOMBRE FUNCIONARIO

JUAN FELIPE FUENTES SARMIENTO

AREA / DEPENDENCIA

COMUNICACIONES, IMPRESIONES

CENTRO DE COSTO

7ADN03 51121001

UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD

SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Solicitud de: Tres (3) unidades de avisos en material acrílico de 16x16 para señalización de los servicios en la unidad renal.

3. JUSTIFICACIÓN

Se requiere comprar los insumos (tres (3) unidades de avisos en material acrílico de 16x16) con el fin de señalizar los servicios en la unidad renal.

4. ¿Existe en Almacén Central?

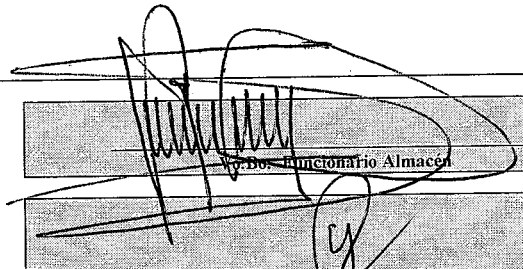
SI

NO

x

Juan Felipe Fuentes Sarmiento
Arquitecto
AS5220220-101907331

Nombre Funcionario y/o Contratista



Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

La solicitud y adquisición de estos insumos se realiza ya que no se encuentran en un contrato vigente bajo mi supervisión.

758

1. INFORMACIÓN

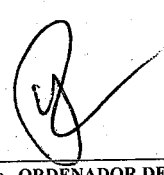
COMPROBANTE N°	6168	FECHA	25/04/2024
----------------	------	-------	------------

RUBRO PRESUPUESTAL:	IMPUESTOS TASAS DERECHOS CONTRIBUCIONES Y MULTAS
---------------------	--

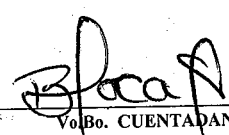
VALOR:	\$154.700,00
--------	--------------

LA SUMA DE:	CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS M.CTE.
-------------	--

CONCEPTO:	CANCELADO A SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO NIT 899.999.007-0 POR EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE TRADICIÓN Y LIBERTAD PARA LOS PREDIOS DE LAS UNIDADES SANTA CLARA, ALPES Y CANDELARIA, PARA DAR CUMPLIMIENTO CON REQUERIMIENTO POR PARTE DE LA REVISORIA FISCAL, SOLICITADO POR KATERINE AVENDAÑO FLOREZ, ACTIVOS FIJOS.
-----------	---



Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO



Vo.Bo. CUENTADANTE

4

RECIBO

53007400



MINJUSTICIA



DE NOTARIADO
& REGISTRO
La guarda de la ley pública



GOBIERNO
DE COLOMBIA

Fecha compra: 23-04-2024 15:23
Fecha generación: 23-04-2024 15:39

Comprobante de transacción

Tipo de Pago: Reval
Servicio: Certificados Tradicion
Convenio: CTLS

Datos Personales

Solicitante: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
Documento: NI-900959051-7
Usuario / P.: CC1069052032 ORIP Bogota Zona Sur
Inf. Pago: - 0 - 23/04/2024

Código	Oficina Registral	Matrícula	PIN	Valor
102747945	BOGOTA ZONA CENTRO	00469332	240423869993437437	\$ 22,100
102747951	BOGOTA ZONA SUR	40428933	240423835393437443	\$ 22,100
102747949	BOGOTA ZONA SUR	40417950	240423817193437441	\$ 22,100
102747947	BOGOTA ZONA SUR	00354993	240423576493437439	\$ 22,100
102747946	BOGOTA ZONA SUR	00354995	240423888593437438	\$ 22,100
102747948	BOGOTA ZONA SUR	00807031	240423508693437440	\$ 22,100
102747950	BOGOTA ZONA SUR	40417951	240423664793437442	\$ 22,100
Total				\$ 154,700

El PIN tiene una vigencia de 30 días a partir de su adquisición, máximo a 31 de Diciembre a las 23:59 horas, recuerde que puede validar la autenticidad de los certificados adquiridos ingresando a snrbotondepago.gov.co opción Validar Certificado

Dirección: Calle 26 No. 13-49 Interior 201


Teléfonos Soporte: (1) 390 55 05 Correo Soporte: ctl@supernotariado.gov.co
NIT: 899.999.007-0

NOMBRE DE SEDES	PLACAS	DIRECCION	IDENTIFICACION INMOBILIARIA	CEDULA CATASTRAL	CLAVE	TIPO DE SEDE ADMINISTRATIVA	ESCRITURA / O ACTO ADMINISTRATIVO	PROPIETARIO	TOTAL AREA DE TERRENO (m2)	TOTAL AREA DE CONSTRUCCION (m2)	CONSERVACION
CANDELARIA	CO-04991 TERRENO CO-01312 EDIFICIO	KR 3 No 12D-23	0505000469312	15 3 39	AAA003ZONEA	ASISTENCIAL	CONTRATO DE COMODATO N° 01/2005 RENOVADA CONTRATO N°063 DEL 2021	FONDO DE DESARROLLO LOCAL LA CANDELARIA	136.00	136.00	
ALPES	SC-04256 EDIFICIO	TV 108 ESTE No 36D-13 SUR	0505000000000	091112300100100000	AAA0035T5K	ASISTENCIAL	CARTA RADICADO N° 201630300011861	SIN INFORMACION		351.00	NO HAY ESCRITURA Y SEGUN CARTA DEL DADEP NO CUENTA CON REGISTRO UNICO DE PROPIEDAD INMOBILIARIA
SANTA CLARA 2	SCL-06793-1	CL 1 SUR No 14B 15	050500954995	35 15 17	AAA0011UBHK	ASISTENCIAL	ESCRITURA N° 2838 DEL 22 DE DICIEMBRE 1999	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA CLARA		183.00	
SANTA CLARA 3	SCL-06792-1	KR 16 No 0 59 SUR	050500354993	35 15 16	AAA0011UBZF	ASISTENCIAL	ESCRITURA N° 2838 DEL 22 DE DICIEMBRE 1999	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA CLARA			
SANTA CLARA 4	SCL-06793-1	CL 1 SUR No 14B 63	050500807031	35 15 14	AAA0011UBDE	ASISTENCIAL	ESCRITURA N° 2124 DEL 22 DE DICIEMBRE DE 1999	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA CLARA			
SANTA CLARA 5	SCL-06794-1	CL 1 No 16 65	050540417950	002102200200000000	AAA0011UANN	ASISTENCIAL	ESCRITURA N° 677 DEL 29 DE ABRIL DEL 2004	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA CLARA			
SANTA CLARA 6	SCL-06795-1	CL 1 SUR No 14B 37	050540417951	35 15 15	AAA0011UBEP	ASISTENCIAL	ESCRITURA N° 677 DEL 29 DE ABRIL DEL 2004	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA CLARA			
SANTA CLARA 7	SCL-06796-1	CL 1 SUR No 14B 21	050540429933	35 15 13	AAA0011UBCN	ASISTENCIAL	ESCRITURA N° 2431 DE 27 DE SEPTIEMBRE DE 2004	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA CLARA			

ADATO
DEFINIR PROPIEDAD
TA POR DEFINIR SITUACION DE LOS PREDIOS

Elabora: Danyerli Juliana Alvarez - Tecnico administrativo

260

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS</div> <div>FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-002</div> <div>VERSIÓN: 03</div> <div>FECHA: 2018-05-16</div>
---	---	---

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	23/04/2024
NOMBRE FUNCIONARIO	KATERINE AVENDAÑO FLOREZ
ÁREA / DEPENDENCIA	ACTIVOS FIJOS
CENTRO DE COSTO	7ADM12 511164001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

8 CERTIFICADOS DE TRADICION Y LIBERTAD PARA LOS PREDIOS DE SANTA CLARA ALPES Y CANDELARIA

3. JUSTIFICACIÓN

PARA REVISORIA FISCAL

4: ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

N/A


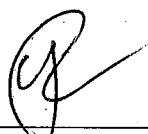
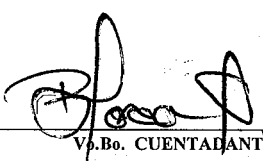
Vo.Bo. Funcionario Almacén

Katherine Avendaño

Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-092 VERSIÓN: 1 FECHA: 2019-01-25</div>	
1. INFORMACIÓN			
COMPROBANTE N°	6169	FECHA	25/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	\$60.000,00		
SUMA DE:	SESENTA MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A FREDY ALEXANDER RODRÍGUEZ GARCÍA NIT 1.013.617.294 POR TRANSPORTE TRANSPORTE REGISTRADURÍA NACIONAL PARA REALIZAR CEDULACIÓN DE PACIENTE EN ABANDONO SOCIAL.AUTORIZADO POR FANNY LUCIA RUGELES DE HERNÁNDEZ, LIDER PARTICIPACIÓN Y SERVICIOS DE LA SUABRED CENTRO ORIENTE E.S.E.		
<div> Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO</div>		<div> Vo.Bø. CUENTADANTE</div>	



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO PLANILLA DE AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTES POR CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-001
VERSION: 02
FECHA: 2017-05-09

Nº	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
1	24-04-24	Hospital Universitario Santo Clara	Registro turno profesional	Transporte para el trabajador					\$ 30.000
2	24-04-24	Registro turno profesional	Hospital Universitario Santo Clara	Transporte para el trabajador					\$ 30.000
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
TOTAL									60.000

Fredy Alexander Rodríguez Corrales
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 1013617294

Fredy Alexander Rodríguez Corrales
Vo Bo REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

Fredy Alexander Rodríguez Corrales
Vo Bo DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

Concedido 60.000

Fredy Alexander Rodríguez Corrales

77ADDA15
511230001



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6170

FECHA

25/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

VALOR:

\$59.000,00

SUMA DE:

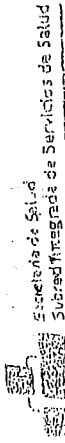
CINCUENTA Y NUEVE MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

CANCELADO A PEDRO P MUNEVAR NIT 79.261.047 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO, AUTORIZADO POR JUAN ANDRÉS FUENTES SARMIENTO, LIDER GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO.

Vo.Bó. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bó. CUENTADANTE



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO PLANILLA DE AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTES POR CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FF-001
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-05-09

Nº	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
1	18-4-24	Jongbe Eliécer	Cps Pensacovan	Mantenimiento	X				2,950
2	22-4-24	Cps Pensacovan	Jongbe Eliécer	Mantenimiento	X				2,950
3	22-4-24	Jongbe Eliécer	Cps Pensacovan	Mantenimiento	X				2,950
4	23-4-24	Cps Pensacovan	Cps Smaper	Mantenimiento	X				2,950
5	23-4-24	Cps Smaper	Cps Cauce's	Mantenimiento	X				2,950
6	23-4-24	Cps Cauce's	Cps Pense	Mantenimiento	X				2,950
7	24-4-24	Cps Pensacovan	Santa Clara	Mantenimiento	X				2,950
8	24-4-24	Santa Clara	Cps Pensacovan	Mantenimiento	X				2,950
9	25-4-24	Cps Pensacovan	Matteano	Mantenimiento	X				2,950
10	25-4-24	Matteano	Cps Pensacovan	Mantenimiento	X				2,950
TOTAL									29,500

Peono P. Munevar B. REEIBI LA SUMA DE \$59,000
A 30/12
25-4-2024

Peono P. Munevar B.
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
79261047 BTA
C.C.

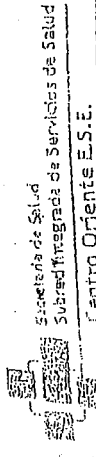
V.O. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

V.O. DIRECTOR ADMINISTRATIVO (A)
[Signature]

[Signature]
V.O. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

\$59,000.00

7ADM03
51123001



Ministerio de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO PLANTILLA DE AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTES POR CAJA MENOR

CÓDIGO: AS-RF-FI-001
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-05-09

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI
1	23-3-24	CPS CARACENA	CPS PENSACORAN	Mantenimiento	X				2950
2	8-4-24	CPS PENSACORAN	SANTA CLARA	Mantenimiento	X				2950
3	8-4-24	SANTA CLARA	CPS PENSACORAN	Mantenimiento	X				2950
4	10-4-24	CPS PENSACORAN	SANTA CLARA	Mantenimiento	X				2950
5	10-4-24	SANTA CLARA	CPS PENSACORAN	Mantenimiento	X				2950
6	11-4-24	SANTA CLARA	JOSE ELIECEN	Mantenimiento	X				2950
7	14-4-24	JOSE ELIECEN	CPS PENSACORAN	Mantenimiento	X				2950
8	15-4-24	CPS PENSACORAN	SANTA CLARA	Mantenimiento	X				2950
9	15-4-24	SANTA CLARA	CPS PENSACORAN	Mantenimiento	X				2950
10	18-4-24	CPS PENSACORAN	JOSE ELIECEN	Mantenimiento	X				2950
TOTAL									29500

Vo.Bo. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

NOMBRE FUNCIONARIO VO CONTRA LISTA

C.C. 79267047-371


Vo.Bo. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)


Ing. Fabian Torres Salazar
Director Administrativo

TRANSACCIONES
RECORRIDO
CÓDIGO

600


266

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio:	Oficina Coordinación	Unidad:	CAP Perseverancia
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Requerimiento varios labores		Of. Coordinación: Arreglo escritorio cajones, hacer superficie e instalar. Ascensor: Retirar lámparas, modificar e instalar de nuevo. Residuos Aproximables: Arreglo de chapu. Terraza: Hacer nueva instalación de tubería para tanques aéreos.	
Fecha de solicitud	24-04-24	Fecha de mantenimiento	24-04-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	7 horas
	Lele Carmona	Nombre del técnico	Pedro Munera
Fecha de recibido	24-04-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe		1 superficie 60x120 mt. 2 lámparas incandescentes 18w. 15 mt tubos para luz.	
Niveles de satisfacción		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio:		Unidad:	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Hospital Santa Clara por orden de Carlos Osorio por árbol de entrada para casa 2.		Ir a Santa Clara por árbol de entrada para CASA 2. De Santa Clara a CAP Perseverancia	
Fecha de solicitud	24-04-24	Fecha de mantenimiento	24-04-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	1 hora
	Carlos Osorio	Nombre del técnico	Pedro Munera
Fecha de recibido	24-04-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			
Niveles de satisfacción		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		


269


Servicio		Unidad	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456		Hospital Materno	
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Hospital Materno por silicon por orden de Carlos Osorio		Ir a Hospital Materno por silicon por orden de Carlos Osorio	
Osorio		De Hospital Materno a CAP Perseverancia	
Fecha de solicitud		Fecha de mantenimiento	
25-04-24		25-04-24	
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
Carlos Osorio		1 hora	
Fecha de recibido		Nombre del técnico	
25-04-24		Pedro Murcia	
Nombre de quien recibe		Materiales utilizados	
Niveles de satisfacción		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

 SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.			SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO			CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad					
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456							
Descripción de necesidad				Descripción del mantenimiento			
Fecha de solicitud				Fecha de mantenimiento			
Nombre de quien solicita				Tiempo empleado			
				Nombre del técnico			
Fecha de recibido				Materiales utilizados			
Nombre de quien recibe							
Niveles de satisfacción				Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		Si	No				
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?		Si	No				
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?		Si	No				

600

268

 SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio: Auditorio		Unidad: Sede 34			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad:			Descripción del mantenimiento:		
Requerimiento varias labores.			Auditorio: Arreglo mesa de centro, base y patas. Arreglo de muebles insumos servicios generales. Prender Planta y revisión. CASA 2: Retirar lavamanos por daño de tubo, arreglo del tubo y grifería. Acompañamiento a señor de revisión de cubiertas CASA 1 y CASA 2.		
Fecha de solicitud: 23-04-24		Fecha de mantenimiento: 23-04-24			
Nombre de quien solicita: Jefe Carmona		Tiempo empleado: 7 horas			
Fecha de recibido: 23-04-24		Nombre del técnico: Pedro Muriel			
Nombre de quien recibe: [Signature]		Materiales utilizados: 2 rollos 30x10. 1 acople lavamanos. 1/4 de tubo 3/4			
Niveles de satisfacción:			Observaciones:		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			


 SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio:		Unidad: CAP Samper			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad:			Descripción del mantenimiento:		
Requerimiento ir de CAP Perseverancia a CAP Samper por escape. De CAP Samper a USS Cruces ir por 2 tomas dobles para Hospitalización.			Ir a CAP Samper por escape. De CAP Samper a USS Cruces ir por 2 tomas dobles para Hospitalización. De USS Cruces a CAP Perseverancia		
Fecha de solicitud: 23-04-24		Fecha de mantenimiento: 23-04-24			
Nombre de quien solicita: Carlos Osorio		Tiempo empleado: 2 horas			
Fecha de recibido: 23-04-24		Nombre del técnico: Pedro Muriel			
Nombre de quien recibe: [Signature]		Materiales utilizados:			
Niveles de satisfacción:			Observaciones:		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			


269

Servicio	Consulta Extern	Unidad	CAP Perseverancia
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Requerimiento varios labores		Consulta Extern: Cambio de llave humanas. Urgencias Barro: Cambio de registro y acople. CASA 1. Tesorería: Arreglo de puerta, hacer con. Of. Contabilidad 5: Desparchar techo y muro. Arreglo piso. Parte: hospitalización: Hacer rep. s. p.m TDT y organizar cables.	
Fecha de solicitud	22-04-24	Fecha de mantenimiento	22-04-24
Nombre de quien solicita	Jefe Carranza	Tiempo empleado	7 horas
Fecha de recibido	22-04-24	Nombre del técnico	Pedro Placer
Nombre de quien recibe	CVB	Materiales utilizados	1 llave, 1 registro plástico, 1 acople humanas, 1 repile 20x20.
Niveles de satisfacción		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	De CAP Perseverancia a Jorge Eliecer	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

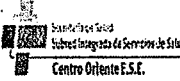
Servicio		Unidad	Jorge Eliecer
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Requerimiento ir de Porse a Jorge Eliecer Gaitán por registro para baño y acople. Urgencias por orden de Carlos Osorio.		Ir a Jorge Eliecer por registro para baño y acople Urgencias por orden de Carlos Osorio	
		De Jorge Eliecer a Perseverancia.	
Fecha de solicitud	22-04-24	Fecha de mantenimiento	22-04-24
Nombre de quien solicita	Carlos Osorio	Tiempo empleado	1 hora
Fecha de recibido	22-04-24	Nombre del técnico	Pedro Placer
Nombre de quien recibe	CVB	Materiales utilizados	
Niveles de satisfacción		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		


270

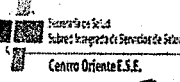
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Cocina	Unidad	CASA 1
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Requerimiento varios labores		Cocina: Pesar los muros, zona bienestar y baño. CASA 2: Pesar los muros y entrada principal. Of. Contratación: Retirar lámpara del techo. Perse: Cuarto de Ascensor: Raspar muros y techos, esmer 1 parte de las paredes.	
Fecha de solicitud	18-04-24	Fecha de mantenimiento	18-04-24
Nombre de quien solicita	Jefe. Carmona	Tiempo empleado	1 día
Fecha de recibido	18-04-24	Nombre del técnico	Pedro Munívar
Nombre de quien recibe	[Firma]	Materiales utilizados	
		1/4 cónete de estuco, 1/4 escayola	
Niveles de satisfacción		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

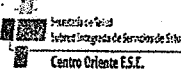
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad	Jorge Eliacer
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Jorge Eliacer por accesorios de plomería para poder bombear agua del cisterna tanque a tanques aéreos de CAP Perseverancia por orden de Carlos Osorio		Ir a Jorge Eliacer por accesorios de plomería para poder bombear agua del cisterna tanque a tanques aéreos de CAP Perseverancia	
Fecha de solicitud	18-04-24	Fecha de mantenimiento	18-04-24
Nombre de quien solicita	Carlos Osorio	Tiempo empleado	1 hora
Fecha de recibido	18-04-24	Nombre del técnico	Pedro Munívar
Nombre de quien recibe	[Firma]	Materiales utilizados	
Niveles de satisfacción		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		


291

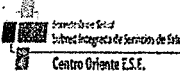
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Arden Fachada		Unidad	CAP Perseverancia	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Requerimiento varios labores			Arden Fachada: Limpieza cajón de aguas negras para señores de laboratorio del medio ambiente R. CASA 1:		
			Instalar puesto de trabajo y arreglo de mueble. Of. Cartera Alta: Instalar cancelas. CASA 1: Baño Funcionario: Cambio agua - stop		
Fecha de solicitud	15-04-24		Fecha de mantenimiento	15-04-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	7 horas	
Jefe Carmona			Nombre del tecnico	Pedro Plummer	
Fecha de recibido	15-04-24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe			1 agosto		
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si /	No	Ir de Cap Perseverancia a Santa Clara		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si /	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si /	No			


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio			Unidad	Santa Clara	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Santa Clara por orden de Carlos Osorio por árbol de entrada para baño Farmacia.			Ir a Santa Clara por árbol de entrada para baño Farmacia.		
De Santa Clara a CAP Perseverancia.			De Santa Clara a CAP Perseverancia.		
Fecha de solicitud	15-04-24		Fecha de mantenimiento	15-04-24.	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado	1 hora	
Carlos Osorio			Nombre del tecnico	Pedro Plummer	
Fecha de recibido	15-04-24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si /	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si /	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si /	No			

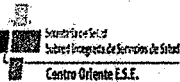
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio: <u>Sotano</u>		Unidad: <u>CAP Perseverancia</u>			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad: <u>Requerimiento varios arreglos</u>			Descripción del mantenimiento: <u>Sotano: Hacer mobiliario a CASA 2 con sectores de utilidades. Acompañamiento técnico Ingeniería de bombas y plantas. Reto Fumac: Arreglo cable de entrada por fuga de Sub: tuberías de Oxígeno del Sotano a Hospitalización. Revisión de Infraestructura</u>		
Fecha de solicitud: <u>11-04-24</u>		Fecha de mantenimiento: <u>11-04-24</u>			
Nombre de quien solicita: <u>Jefe Cimentación</u>		Tiempo empleado: <u>7 horas</u>			
Fecha de recibido: <u>11-04-24</u>		Nombre del técnico: <u>Pedro Munier</u>			
Nombre de quien recibe: <u>[Signature]</u>		Materiales utilizados			
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<u>Ir de Santa Clara a Jorge Eliecer por pintura para Urgencias CAP Perseverancia. De Santa Clara a Jorge Eliecer.</u>		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio:		Unidad:			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad: <u>Requerimiento ir por orden de Carlos Osorio de Santa Clara a Jorge Eliecer por pintura para Urgencias CAP Perseverancia - Urgencia</u>			Descripción del mantenimiento: <u>Ir de Santa Clara a Jorge Eliecer por pintura para Urgencias CAP Perseverancia. De Jorge Eliecer a CAP Perseverancia</u>		
Fecha de solicitud: <u>11-04-24</u>		Fecha de mantenimiento: <u>11-04-24</u>			
Nombre de quien solicita: <u>Carlos Osorio</u>		Tiempo empleado: <u>1 hora</u>			
Fecha de recibido: <u>11-04-24</u>		Nombre del técnico: <u>Pedro Munier</u>			
Nombre de quien recibe: <u>[Signature]</u>		Materiales utilizados			
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Telaiza		Unidad	CAP Perseverancia	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Requerimiento varias labores			Telaiza: Limpiar tejas y fijar planche por v. entos. Casa 1: Of. Subgerencia Corporativa: Reubicación Oficina. Desarmar puestas de trabajo y cambiar de un sitio a otro. Instalar puerto internet. CASA 1: Of. Contabilidad: Arreglo piso.		
Fecha de solicitud	10-04-24		Fecha de mantenimiento	10-04-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
Jefe Comuna			8 horas		
Fecha de recibido			Nombre del tecnico		
10-04-24			Pacho Munera		
Nombre de quien recibe			Materiales utilizados		
Diferente tornilleria					
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	Of. Tesoreria: Arreglo de mueble, instalar entrepuerros, arreglo de azulejos y fijar. Casa 2: Of. Archivo: Arreglo puerta de trabajo puertas y superficies.		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No	De CAP Perseverancia a Santa Clara		

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio			Unidad	Santa Clara	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Requerimiento ir a Santa Clara por orden de Carlos Osorio por acoples para bno farmacia y bno Sede 34.			Ir por acoples para Bno Farmacia y Bno Sede 34. De Santa Clara a CAP Perseverancia		
Fecha de solicitud	10-04-24		Fecha de mantenimiento	10-04-24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
Carlos Osorio			1 hora		
Fecha de recibido			Nombre del tecnico		
10-04-24			Pacho Munera		
Nombre de quien recibe			Materiales utilizados		
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio	CASA 1			Unidad	CAP Perseverancia
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Requerimiento de lámparas			Casa 1: Cambio de lámparas cocina y pasillo, 3 lámparas led 24w. Sede 3t: Instalación y fijación de tanque aéreo. Arreglo torcido cocina. Casa 2: Arreglo piso. Contracción. Perse: Cocina. Destape lámparas. Revisión tanques aéreos.		
Fecha de solicitud	8-04-24		Fecha de mantenimiento	8-04-24	
Nombre de quien solicita			Nombre del técnico	Tiempo empleado	
Jefe Carman			Pedro Plummer	1 día	
Fecha de recibido	8-04-24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe			3 lámparas led 24w.		
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio				Unidad	Santa Clara
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Santa Clara por lámparas por orden Carlos Osorio.			Ir a Santa Clara a recoger lámparas por orden de Carlos Osorio. De Santa Clara a CAP Perseverancia		
Fecha de solicitud	8-04-24		Fecha de mantenimiento	8-04-24	
Nombre de quien solicita			Nombre del técnico	Tiempo empleado	
Carlos Osorio			Pedro Plummer	1 hora	
Fecha de recibido	8-04-24		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

295

 <div>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad		Perseverancia	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Requerimiento ir de Candelaria a CAP Perseverancia por daño de portón, intento de robo. Arreglo de puyebas portón y compra de candados.			Ir a CAP Perseverancia por daño de portón, intento de robo. Arreglo de puyebas portón y compra de candados		
Fecha de solicitud		23-03-24		Fecha de mantenimiento	
Nombre de quien solicita		Carlos Osorio		Tiempo empleado	
Fecha de recibido		23-03-24		Nombre del tecnico	
Nombre de quien recibe		[Signature]		Pedro Moreno	
Niveles de satisfaccion				Materiales utilizados	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		Si / No		Observaciones	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?		Si / No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?		Si / No			

276

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6171	FECHA	25/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MEDICAMENTOS		
VALOR:	S334.950,00		
SUMA DE:	TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M.CTE.		

CONCEPTO:	FACTURA No. BS3893 BONNE SANTE GROUP SAS NIT 901.256.347-8 MEDICAMENTOS (LUGOL, SULFATO FÉRRICO, ÁCIDO ACÉTICO 3% Y 85%), NECESARIOS PARA PREPARACIONES MAGISTRALES PARA LA REALIZACIÓN DE COLPOSCOPIAS EN EL HOSPITAL LA VICTORIA, SOLICITADO POR ALEXIS ORJUELA ANGULO, SERVICIO FARMACÉUTICO HOSPITAL SANTA CLARA.
-----------	---

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

17380

*

BONNE SANTE GROUP SAS
NIT 901,256,347-8



RESPONSABLE DE IVA
ACTIVIDAD ECONOMICA 4645 - 8621
AV 19 152 A 14 Tel: 3134985698
E-mail: g.financiero.bsgs@gmail.com

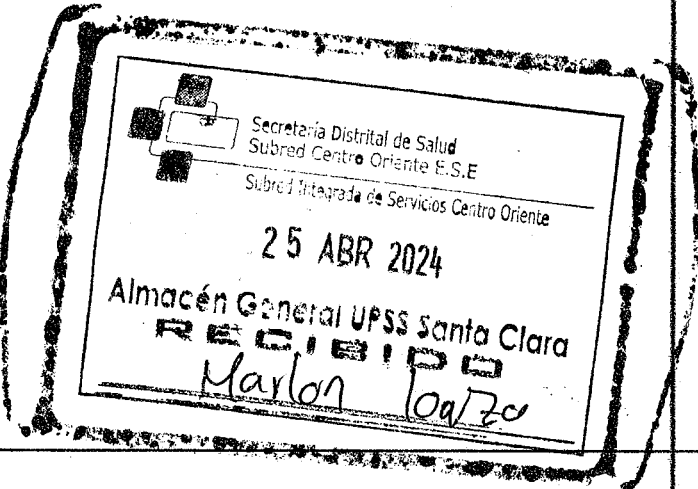
FACTURA ELECTRONICA
DE VENTA

BS 3893

RESOLUCION DIAN No.18764054187522 FECHA: 22/08/2023
NUMERACIÓN DE AUTORIZADA DEL No. BS 2501 AL BS 4999 VIGENCIA 12 MESES.

FECHA FACTURA			FECHA VENCIMIENTO			Señor (ES):			
23	04	2024	23	04	2024	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E			
NIT O C.C.			Dirección:			Ciudad:		Tel:	Forma de Pago:
900959051-7			DG 34 5 43			BOGOTÁ		3444484	CONTADO

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION	IVA %	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
LGL	1	LUGOL SOLUCIÓN FCO*250 ML	0 %	\$243,000	\$243,000
ACTC250	1	ACIDO ACETICO 85% FCO*250 ML	0 %	\$49,950	\$49,950
ACTC	1	ACIDO ACETICO AL 3% FCO*500 ML	0 %	\$42,000	\$42,000



SON	SUB-TOTAL \$	\$334,950
TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE	I.V.A \$	\$0
IA: Esta Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a una Letra de Cambio según Artículo 774 del Código de Comercio.	RETEFUENTE	\$0
OC 103012 REM:2024564	RETEICA	\$0
	TOTAL \$	\$334,950

BONNE SANTE GROUP SAS	FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE	FECHA DE RECIBIDO
-----------------------	---------------------------	-------------------



Fecha G. 23/04/2024 1:19:39 p. m.
Fecha Ex. 23/04/2024 1:19:39 p. m.
Email maryoliruz@hotmail.com
CUFE 20e150c4752e4cb5fc0d58282681770eb2b27fd10dcdba7be48d277dda8f4118a5e90f7d78fcaa79da07bac36a7892

**RE: SOLICITUD FORMULAS MAGISTRALES SERVICIO COLPOSCOPIAS VICTORIA
MARZO/2024**

Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>

Jue 14/03/2024 7:49

Para: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>; Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>; Jaime Leonardo Gonzalez Aldana <compras4@subredcentrooriente.gov.co>

Dr. Alexis Orjuela, Buenos días, Cordial saludo.

De acuerdo con su solicitud, comedidamente me permito informar que revisado el stock de inventario en el almacén principal, sub -almacenes y farmacias de la Subred Centro Oriente, a la fecha, no contamos con existencias de estas preparaciones magistrales.

122MV043261 LUGOL SOLUCION FRASCO 250 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU

122MV043172 SULFATO FERRICO O SOLUCION MONSEL FRASCO 500 ML SOLUCION TOPICA
PREPARACION MAGISTRAL SDMDU

122MV043165 ACIDO ACETICO 3% SOLUCION TOPICA FRASCO 500 ML

122MV043174 ACIDO ACETICO 85% SOLUCION TOPICA FRASCO SDMDU

Cordialmente,

Miguel Angel Cortes Tovar
Profesional Universitario
Almacén General Unidad Santa Clara

De: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: miércoles, 13 de marzo de 2024 4:22 p. m.

Para: Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>; Jaime Leonardo Gonzalez Aldana <compras4@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: RV: SOLICITUD FORMULAS MAGISTRALES SERVICIO COLPOSCOPIAS VICTORIA MARZO/2024

Buenas tardes, Solicito su amable colaboración en el sentido de determinar si se encuentra existencia de estas preparaciones magistrales o existe actual contrato para su adquisición

Cordialmente

ALEXIS ORJUELA ANGULO
Químico Farmacéutico

Supervisor Contratos Medicamentos
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

De: subalmacen205 <subalmacen205@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: lunes, 4 de marzo de 2024 14:47

Para: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: SOLICITUD FORMULAS MAGISTRALES SERVICIO COLPOSCOPIAS VICTORIA MARZO/2024

Buenas Tardes

Cordial Saludo

Me permito adjuntar necesidad de formulas magistrales para el servicio de Colposcopias correspondiente al mes de Marzo/2024 de la Unidad La Victoria.

Agradezco el apoyo a la gestion.

Cordialmente,



Patricia Barreto

Cargo: Tecnico Administrativo

Oficina Subalmacen La Victoria

Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.

Teléfono: 3183362458

@subredcentrooriente

@subred_centrooriente

@SubRedCentroOri

Subred Centro Oriente

www.subredcentrooriente.gov.co

283



COTIZACIÓN

Insumos y dispositivos médicos, catéteres, mallas, Kit de baño fácil, sondas para gastrostomía, ropa quirúrgica y elementos de protección personal, elementos de bioseguridad, productos de aseo institucional y desechables

RAZOÓN SOCIAL: BONNE SANTE GROUP SAS
NIT: 901256347-8
DIRECCIÓN: AV 19 #152A 14
CIUDAD: BOGOTÁ
TELÉFONO: (57) 3224433902
CORREO: g.financiero.bsgs@gmail.com
FORMA DE PAGO:
Señores:

FECHA	21/03/2024
FECHA VALIDEZ	21/03/2024
N°	2571

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

MARCA	DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	INVENTARIO	VALOR	IVA	TOTAL
Lab Occa	Lugol colposcopias	Fco*250 ml	1	243.000	0%	\$ 243.000
Lab Occa	Ácido acético 3%	Fco*500 ml	1	42.000	0%	\$ 42.000
Lab Occa	Ácido acético 85%	Fco*500 ml	1	70.400	0%	\$ 70.400
	MONTO MINIMO DE FACTURACIÓN \$ 100,000					

OBSERVACIONES: POR FAVOR VALIDAR QUE LOS PRODUCTOS COTIZADOS SEAN LOS REQUERIDOS Y LA VIGENCIA DE ESTA COTIZACIÓN LA ENTREGA DE ESTE PRODUCTO SE REALIZARA DE 2 A 5 DIAS HABILES

TOTAL	\$ 355.400
IVA	
RTE FTE	
RTE ICA	
TOTAL	\$ 355.400
	\$ 12.000

Diana

DIAN

POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario14889462403

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)9012563478

6. DV8

12. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona jurídica1

25. Tipo de documento

26. Número de Identificación

27. Fecha expedición

Lugar de expedición28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón socialBONNE SANTE GROUP SAS

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA169

39. DepartamentoBogotá D.C.11

40. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.00

41. Dirección principalAV 19 152 A 14 BRR CEDRITOS

42. Correo electrónicoggeneral.bsgs@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 13134985698

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código4645

47. Fecha inicio actividad20190214

Actividad secundaria

48. Código8621

49. Fecha inicio actividad20190214

Otras actividades

50. Código1869228699

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código5714424852

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

07- Retención en la fuente a título de renta

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

Obligaciones aduaneras

54. Código

11121314151617181920

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

57. Modo

58. CPC

123

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. AnexosSI NOX

60. No. de Folios:0

61. Fecha2023 - 01 - 19 / 09 : 02: 29

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. NombreGALLO POSADA IVONNE ANDREA

985. CargoRepresentante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 19-01-2023 09:02:5

286

ICA 5x1000 MDE Y 6,6 x1000

ANNY CASTELLANOS

CLIENTE

Medicamentos
Bonne Sainte Group SAS \$334950

28

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR	CÓDIGO: AP-RF-FT-002 VERSIÓN: 03 FECHA: 2018-05-16
---	--	--

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTA DC, MARZO 13 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	ALEXIS ORJUELA ANGULO
AREA DEPENDENCIA	SERVICIO FARMACEUTICO
CENTRO DE COSTO	15CT05 735501001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SANTA CLARA

2. DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

122MV043261 LUGOL SOLUCION FRASCO 250 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU
122MV043172 SULFATO FERRICO O SOLUCION MONSEL FRASCO 500 ML SOLUCION TOPICA PREPARACION MAGISTRAL SDMDU
122MV043165 ACIDO ACETICO 3% SOLUCION TOPICA FRASCO 500 ML
122MV043174 ACIDO ACETICO 85% SOLUCION TOPICA FRASCO SDMDU

3. JUSTIFICACION

SE REQUIERE LA ADQUISICIÓN DE PREPARACIONES MAGISTRALES PARA LA REALIZACIÓN DE COLPOSCOPIAS EN LA SEDE VICTORIA

4. Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

Nombre Funcionario Vo. Contrata

Vo. Bo. Funcionario Almacén

Vo. Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACION

U.B. Anís Crísting
González Romero



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000076062

PROVEEDOR: BONNE SANTE GROUP SAS NIT: 901256347 FECHA: 25/04/2024 01:37 p.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: AV 19 N 152 A - 14 BRR CEDRITOS MONEDA: Pesos
TELEFONO: TASA CAM: 0,00
N° FACTURA: BS3893 % ICA: 0,0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 23/04/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DIO	%IVA
122MV043261	LUGOL SOLUCION FRASCO 250 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU	FRASCO	1,00	\$243.000,00	\$243.000,00	0,00	0,00
122MV043174	ACIDO ACETICO 85% SOLUCION TOPICA FRASCO SDMDU	FRASCO	1,00	\$49.950,00	\$49.950,00	0,00	0,00
122MV043165	ACIDO ACETICO 3% SOLUCION TOPICA FRASCO 500 ML	FRASCO	1,00	\$42.000,00	\$42.000,00	0,00	0,00

DETALLE

COMPRA POR CAJA MENOR-FISICAMENTE BEL PEDIDO LLEGO AL ALMACEN PRINCIPAL
DEL HOSPITAL SANTA CLARA - VICTOR CHAVEZ.

SUBTOTAL: \$334.950,00
DESCUENTO: \$0,00
IMPUESTO: \$0,00
FLETES: \$0,00
IMP FLETES: \$0,00
RETE IVA: \$0,00
RETE ICA: \$0,00
RETE FUENTE: \$0,00
OTRAS RETE: \$0,00
OTRAS DEDUC: \$0,00
IMP DISTRI: \$0,00
AJUSTE RED: \$0,00
AJUSTE AL TOTAL: \$0,00
TOTAL COMPR: \$334.950,00

TOTAL COMPROBANTE:

TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CTVS
M/Cte.

Elaboro: Reviso Almacen

Adriana M. Lugo

CUENTAS POR PAGAR
Revisado Impuestos:

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6172

FECHA

26/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO

VALOR:

\$1.167.000,00

LA SUMA DE:

UN MILLÓN CIENTO SESENTA Y SIETE MIL PESOS M.CTE

CONCEPTO:

FACTURAS No. FEBT120024 \$291.750, FEBT120023 \$875.250 DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS DISCOLMEDICAS SAS NIT 828.002.423-5 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE), NECESARIO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SOLICITADO POR EDUART HANNS GONZÁLEZ ROSA, GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO.

R.FTE. 2.5%.....\$29.175
R.ICA 4.14 POR MIL..... 4.832

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

ok
16.852

*

Somos Responsables de Iva - NO somos Agentes Retenedores de IVA

Distribución: FACTURA BOGOTA

Cliente SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E- MATER NIT 900959051-7
Razon Social SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Dirección CALLE 14 N- 29-09 B/ EL JARDIN Ciudad: BOGOTA - BOGOTA
Teléfono: - 3282828 Forma Pago: CREDITO Dias: 90 Medio Pago: Inst. No Determinado
0 Favor cancelar antes de: 11-07-2024
CUFE: ad0f6425c6527851e59a87cd1583a3e7338042f3a5a761db4650de7de12da84c7daad9b8c6cd0c5e33b8007a81b37d71



Ref.	PRODUCTO Descripción	Labo.	Lote.	Venc.	Cant.	Iva	Pr. Bruto	%Dct	Total
***	DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE UNIDAD R.S INVIMA:2015DM-0013014 CUM:0-0 ATC:	PROFAMILI A	ITE0053	30/12/2027	50	0	5.835,00	0	291.750,00

Rtc 25% \$ 7.294
Rtc 414% 1.208
\$ 8502
A pagar \$ 283.248
Recibo Efectivo \$ 283.248
Diana Aristizabal
52203549
22 ABR 2024

Somos Grandes Contribuyentes en el distrito capital de Bogotá. Resolución DDI-023769 del 29 de Noviembre del 2021. No practicar RtelCA.

Resolución de facturación:

HABILITACION 18764060065291 Desde 17/11/2023 Hasta 17/11/2024 Del No. 108098 Al No.200000 Prefijo :FEBT

bs: CAJA MENOR /SEDE MATERNO

Codigo: 22 Vendedor: DIANA CLEMENCIA ARISTIZABAL GONZALEZ

SUBTOTAL	291.750
Descuento	0
Iva	0
Total Factura	291.750
Retelva	0
ReteFte	0
Retelca	0

Mercancía Excluida: 291.750	BASE IVA 0	TOTAL NETO	291.750
-----------------------------	------------	------------	---------

Son: DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

SOLO ACEPTAMOS RECLAMOS HASTA TRES DIAS DESPUES DE RECIBIDA LA MERCANCIA. FAVOR GIRAR CON CHEQUE CRUZADO A NOMBRE DE DISCOLMEDICA SAS EXIJA RECIBO DE CAJA. ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS LEGALES A UN TITULO VALOR NEGOCIABLE DE ACUERDO A LA LEY 1231 DE JULIO 17 2008 - ARTICULO 772 A 774 Y 777 Y 779 DEL CODIGO DE COMERCIO. NOS RESERVAMOS LA PROPIEDAD DE LA MERCANCIA MIENTRAS NO SEA CANCELADA TOTALMENTE. EL NO PAGO DE ESTA FACTURA AUTORIZA A DISCOLMEDICA SAS A LLEVAR LA INFORMACIÓN A LAS CENTRALES DE RIESGO.

BANCOLOMBIA	cta cte	45431348898
AV VILLAS	cta cte	411170962
AGRARIO	cta cte	339050002304
BBVA	cta cte	483009478
DAVIVIENDA	cta cte	077769999861
POPULAR	cta cte	110390134195
OCCIDENTE	cta cte	383003126

Fecha y Hora Elaboracion: 12/04/2024 08:24
Fecha y Hora Expedición: 12/04/2024 09:25

RECIBI CONFORME

Nombre:

Identificación:

Cargo:

Fecha de Recibido:

Elaboró:
JESSICA LORENA AVILA RIVERA

Revisó:
JESSICA LORENA AVILA RIVERA

Dcto PP: 0.00

Somos Responsables de Iva - NO somos Agentes Retenedores de IVA

Distribución: FACTURA BOGOTA

Cliente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - LA VIC	NIT	900959051-7
Razon Social	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
Dirección	CARRERA 14 B # 1-45 SUR	Ciudad:	BOGOTA - BOGOTA
Teléfono:	0	Forma Pago:	CREDITO
		Días:	90
		Medio Pago:	Inst. No Determinado
		Favor cancelar antes de:	11-07-2024
CUFE: 9e7c26ca9065c65fcc3d53de513c14c5c0ec0c57a205e37905cdc1f9c9e91fd628ed037dec7fe5f37a1761c539676c56			



Ref.	PRODUCTO Descripción	Labo.	Lote.	Venc.	Cant.	Iva	Pr. Bruto	%Dct	Total
***	DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE UNIDAD R.S INVIMA:2015DM-0013014 CUM:0-0 ATC:	PROFAMILI A	ITE0053	30/12/2027	250	0	5.835,00	0	1.458.750,00

Base: 1.458.750
R.Fte 2.5% 36.21881
P.36.21881
A pagar: 1.494.968.881

Recibo Efectivo
\$ 849.745
Diana Aristizabal
52203549

22 ABR 2024

Somos Grandes Contribuyentes en el distrito capital de Bogotá. Resolución DDI-023769 del 29 de Noviembre del 2021. No practicar RetenCA.

Resolución de facturación

HABILITACION 18764060065291 Desde 17/11/2023 Hasta 17/11/2024 Del No. 108098 Al No.200000 Prefijo :FEBT

Obs: CAJA MENOR/SEDE LA VICTORIA

Codigo: 22 Vendedor: DIANA CLEMENCIA ARISTIZABAL GONZALEZ

SUBTOTAL	1.458.750
Descuento	0
Iva	0
Total Factura	1.458.750
Retelva	0
ReteFte	36.469
Retelca	0

Mercancía Excluida: 1.458.750	BASE IVA 0	TOTAL NETO	1.422.281
Son: UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTE DOS MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE			
SOLO ACEPTAMOS RECLAMOS HASTA TRES DIAS DESPUES DE RECIBIDA LA MERCANCIA. FAVOR GIRAR CON CHEQUE CRUZADO A NOMBRE DE DISCOLMEDICA SAS EXLUA RECIBO DE CAJA. ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS LEGALES A UN TITULO VALOR NEGOCIABLE DE ACUERDO A LA LEY 1231 DE JULIO 17 2008 - ARTICULO 772 A 774 Y 777 Y 779 DEL CODIGO DE COMERCIO. NOS RESERVAMOS LA PROPIEDAD DE LA MERCANCIA MIENTRAS NO SEA CANCELADA TOTALMENTE. EL NO PAGO DE ESTA FACTURA AUTORIZA A DISCOLMEDICA SAS A LLEVAR LA INFORMACIÓN A LAS CENTRALES DE RIESGO.		BANCOLOMBIA cta cte 45431348898 AV VILLAS cta cte 411170962 AGRARIO cta cte 339050002304 BBVA cta cte 483009478 DAVIVIENDA cta cte 077769999861 POPULAR cta cte 110390134195 OCCIDENTE cta cte 383003126	
Elaboró: JESSICA LORENA AVILA RIVERA	Revisó: JESSICA LORENA AVILA RIVERA	Dcto PP: 0.00	Fecha y Hora Elaboración: 12/04/2024 08:06 Fecha y Hora Expedición: 12/04/2024 09:26
		RECIBI CONFORME	
		Nombre:	
		Identificación:	
		Cargo:	
		Fecha de Recibido:	

Prov. Tecnológico: Discolmedica SAS Nit: 828.002.423-5

ORIGINAL

Software MantisWeb (RIBI828002423) - Somic Soluciones SAS Nit. 901030701-1

Reporte : RefacDiscoCom

Neiva, 30 de abril 2024

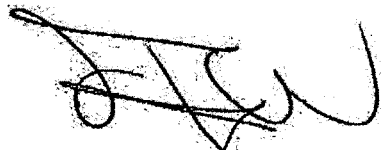
Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE
E.S.E
Bogotá D.C

Cordial saludo.

Yo ADDY FERNANDO CORTES CUBILLOS identificado con la cedula No 7.727.146 expedida en Neiva (H), actuando en calidad de Representante legal de DISCOLMEDICA SAS autorizo a la señora DIANA ARISTIZABAL GONZALEZ identificado con la cédula de ciudadanía No 52.203.549, para reclamar pagos a nombre de DISCOLMEDICA S.A.S.

Agradezco su atención.

Atentamente,



ADDY FERNANDO CORTES CUBILLOS

Centro Logístico Bogotá
Calle 15 N° 33 - 02
Cel. 316 523 9994
bogota@discolmedica.com.co

Sede Administrativa
Cra 12 N° 12 - 32 Cel. 318 734 6735
calidad@discolmedica.com.co
contabilidad@discolmedica.com.co

Centro Logístico Neiva
Calle 12 N° 16 - 75
Cel. 318 206 6844
neiva@discolmedica.com.co

Centro Logístico Pitalito
Calle 3 N° 1b - 08
Cel. 318 206 6840
pitalito@discolmedica.com.co



Centro Logístico Villavicencio
Calle 37 N° 40 - 30

Centro Logístico Tunja
Calle 47a N° 12 - 32

Centro Logístico Cali
Cra 43a N° 5a - 20

Centro Logístico Pereira
Av. 30 de Agosto No. 48 - 31

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52.293.549

ARISTIZABAL GONZALEZ

DIANA CLEMENCIA



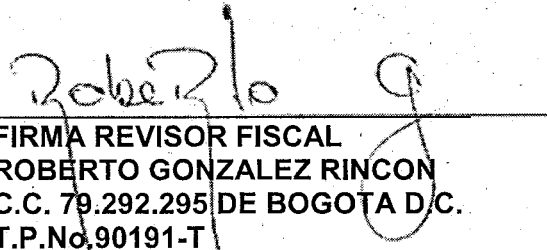
CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES
(ART. 50 LEY 789/02 – ART. 65 LEY 1819/16)

CERTIFICACIÓN

El suscrito **ROBERTO GONZALEZ RINCON**, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.292.295 Expedida en Bogotá D.C., en mi calidad de **REVISOR FISCAL** de la empresa **DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S. - DISCOLMEDICA S.A.S** Con NIT.828.002.423-5 bajo la gravedad de juramento manifiesto, que la sociedad ha cumplido con el pago de los aportes a la seguridad social de sus empleados a los sistemas de salud, Riesgos Laborales, Pensiones y Aportes Parafiscales a las cajas de Compensación Familiar, Sena y el ICBF; Durante los últimos Seis (6) Meses según lo dispuesto en el Artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Y en conformidad Artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, se estableció la exoneración de pago de Aportes a la seguridad social en salud y aportes parafiscales a favor del SENA y el ICBF, de los trabajadores que devengan menos de Diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Dada en Bogotá D.C., Al primer (01) día del mes de abril de 2024.


FIRMA REVISOR FISCAL
ROBERTO GONZALEZ RINCON
C.C. 79.292.295 DE BOGOTA D.C.
T.P.No.90191-T

Centro Logístico Bogotá
Calle 15 N° 33-08
Cel. 317 336 4165
bogota@discolmedica.com.co

Sede Administrativa
Cra 12 N° 12-32 Cel. 316 023 8133
calidad@discolmedica.com.co
contabilidad@discolmedica.com.co

Centro Logístico Neiva
Calle 12 N° 16-73
Cel. 315 347 5643
neiva@discolmedica.com.co

Centro Logístico Pitalito
Calle 3 N° 1b - 08
Cel. 318 206 6840
pitalito@discolmedica.com.co



www.discolmedica.com.co

Centro Logístico Villavicencio
Cra 33 N° 22-39-41
Cel. 317 501 0912
villavivencio@discolmedica.com.co



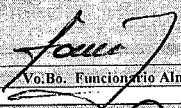
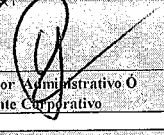
Centro Logístico Tunja
Cra 11 Cl 25-57
Cel. 318 752 4883
tunja@discolmedica.com.co

Centro Logístico Cali
Cra 43 N° 5a-20
Cel. 316 521 1952
cali@discolmedica.com.co

Centro Logístico Pereira
Av. 30 de agosto N° 46 - 75
Cel. 318 347 4409
pereira@discolmedica.com.co

295

HQ
Discolmedicas SAS
\$1.167.000=

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR		CÓDIGO: AP-RF-FT-002 VERSIÓN: 03 FECHA: 2018-05-16	
1. INFORMACIÓN					
CIUDAD Y FECHA		BOGOTÁ, ABRIL 02 DE 2024			
NOMBRE FUNCIONARIO		EDUARTE HANNS GONZALEZ ROA			
ÁREA / DEPENDENCIA		SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- GESTION DE ABASTECIMIENTO EN INSUMOS			
CENTRO DE COSTO		15CH99 589723003			
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD		HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA			
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR					
ITEM	CÓDIGO	NOMBRE / DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	
1	121QQ031271	DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE	UNIDAD	200	
3. JUSTIFICACIÓN					
<p>La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., requiere la compra del dispositivo médico quirúrgico hospitalario, necesario para la prestación del servicio a los usuarios de la subred integrada de servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. La disponibilidad de los dispositivos médico quirúrgicos constituye una obligación, para con sus usuarios y beneficiarios, para la prestación de servicios de salud con calidad, dando cumplimiento de las normas legales vigentes. Estos insumos se requieren de forma inmediata ya que el no contar con su disponibilidad acarrea riesgos en la prestación de los servicios a los usuarios, por lo que se hace necesario adelantar una caja menor para los servicios de urgencias para salas de cirugía por tratarse de una necesidad urgente para la atención y así dar continuidad en la prestación de los servicios de salud de la Subred Integrada De Servicios De Salud.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior se realizará como procedimiento para compra por caja menor toda vez que es un mecanismo expedito e inmediato con el que se suplirá la contratación de los insumos requeridos. Es importante resaltar que en este momento los servicios no pueden esperar la realización de un proceso de contratación mayor a 20 o 30 días, dado que el comportamiento de su demanda y la actual disponibilidad no alcanzan a dar cubrimiento necesario, por ello se solicita contar con los bienes que se describen a continuación de manera casi inmediata como medida urgente, de lo contrario sería poner en riesgo la continuidad de la prestación del servicio de salvar como derecho fundamental, aunado a que actualmente nos encontramos y como parte del proceso, para lograr el 100% en la atención para los pacientes que se encuentran en áreas de intervención para el área de Ginecología destinada para planificación familiar brindando una atención oportuna, logrando que este insumo facilite la toma de decisiones medica según los criterios de legibilidad en planificación familiar, esto con el fin de brindar una atención segura como se indica en el protocolo que debe atenderse con criterios de oportunidad y calidad, de manera inmediata. Este insumo se requiere para la prestación del servicio de los usuarios de la Subred integrada de salud Centro Oriente E.S.E.</p>					
4. ¿Existe en Almacén Central?		SI	NO		
			NO		
					
EDUARTE HANNS GONZALEZ ROA Nombre Funcionario y/o Contratista		Vo.Bo. Funcionario Almacén			
					
		Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo			
5. OBSERVACIÓN:					
1. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL: 121QQ031271 - NOMBRE / DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO: DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE EL CUAL NO ESTA ENTREGADO EN LA INSTITUCIÓN.					

Vo (30
E/ may 3

296



John Jairo Guerrero González
Profesional Especializado Código 222 Grado 24
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.

- @subredcentrooriente
- @subred_centrooriente
- @SubRedCentroOri
- Subred Centro Oriente
- www.subredcentrooriente.gov.co


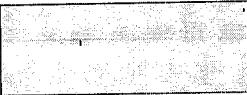


De: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: miércoles, 3 de abril de 2024 12:52 p. m.
Para: pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>; Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>; Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>; Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: SOLICITUD COMPRA POR CAJA MENOR DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN COBRE


Buenos días, cordial saludo.

Por medio de la presente envió documento formato para compra por caja menor de dispositivo medico quirúrgico con el código: 121QQ031271- NOMBRE / DESCRIPCIÓN DETALLADA: DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE.

ITEM	CÓDIGO	NOMBRE / DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1	121QQ031271	DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE	UNIDAD	200

Estamos atentos a su respuesta para continuar el proceso par el grupo terapéutico de Ginecología en planificación familiar.

 POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 Actualización				4. Número de formulario 14928922658			
				 (415)7707212489984(8020) 000001492892265 8			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 2 8 0 0 2 4 2 3		6. DV 5	12. Dirección seccional Operativa de Grandes Contribuyentes		14. Buzón electrónico 3 1		
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona jurídica		25. Tipo de documento 1		26. Número de identificación		27. Fecha expedición	
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
35. Razón social DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S.-DISCOLMEDICA S.A.S							
36. Nombre comercial						37. Sigla	
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		0 0 1	
41. Dirección principal CL 15 33 02 P 5							
42. Correo electrónico facturaelectronica@discolmedica.com.co							
43. Código postal 1 1 1 6 1 1				44. Teléfono 1 6 0 1 7 0 2 3 2 6 7		45. Teléfono 2 6 0 8 8 7 1 5 5 0 5	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación		52. Número establecimientos	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	52. Número establecimientos	
4 6 4 5	2 0 0 3 0 9 2 5	4 7 7 3	2 0 0 3 0 9 2 5	4 6 5 9	2 1 0 0	7 2	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 48- Impuesto sobre las ventas - IVA							
07- Retención en la fuente a título de rent 52- Facturador electrónico							
09- Retención en la fuente en el impuesto 55- Informante de Beneficiarios Finales							
13- Gran contribuyente							
14- Informante de exogena							
33- Impuesto nacional al consumo							
42- Obligado a llevar contabilidad							
Obligados aduaneros				Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				57. Modo			
				58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2023 - 07 - 24 / 14 : 53: 24			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016 Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre CORTES CUBILLOS ADDY FERNANDO 985. Cargo Representante legal Certificado			



DISCOLMEDICA S.A.S
CALIDAD Y SERVICIO PROMERENDO EN SU SALUD
NIT: 828.002.423-5

DISCOLMEDICA SAS
828002423-5
Calle 15 # 33-02-7023267

Pag. 1 de 1

COTIZACION NRO.
CTB044514

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

Cliente SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.
CC o Nit 900959051
Direccion CARRERA 14 B # 1-45 SUR
Telefono 3282828 - -
Dpto. BOGOTA

Fecha Expedicion 02/04/2024
Condicion de pago CREDITO
Vendedor DIANA CLEMENCIA ARISTIZABAL GO
Fecha entrega / /
Validez Oferta 0 Días

EN ATENCION A SU SOLICITUD DE COTIZACION, OFRECEMOS LOS SIGUIENTES PRODUCTOS:

IT	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	LABORATORIO	CUM	INVIMA	CANT	VR. UNIT.	DCT	IVA	VR. TOTAL
1	IM00107	DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE UNIDAD	PROFAMILIA	0-0	2015DM-00130	300	5.835	0,00	0	1.750.500

Observaciones	Subtotal	1.750.500,00
	Descuento	0,00
	Iva 19%	0,00
	Total	1.750.500,00



RE: SOLICITUD COMPRA POR CAJA MENOR DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN COBRE

pedidos <pedidos@subredcentroorientegov.co>

Jue 4/04/2024 1:35 PM

Para: John Jairo Guerrero <almacen@subredcentroorientegov.co>; Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentroorientegov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentroorientegov.co>
CC: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentroorientegov.co>; Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentroorientegov.co>; Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentroorientegov.co>; Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentroorientegov.co>

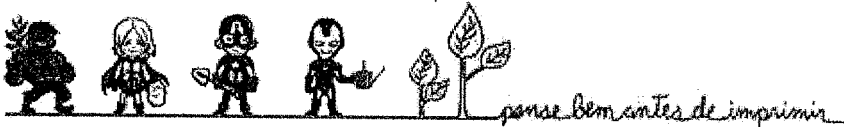
Cordial saludo

El insumo 121QQ031271 DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE. no se encuentra contratado

**Janet Magnolia Ardila Ortiz**

Cargo: Apoyo a la Gestión de Insumos y Abastecimiento
Dirección Administrativa: Compras
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 302 340 56 02 - 302 329 05 48

@subredcentroorientegov @subred_centroorientegov
 @SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
 www.subredcentroorientegov.co



De: John Jairo Guerrero <almacen@subredcentroorientegov.co>

Enviado: miércoles, 3 de abril de 2024 2:58 p. m.

Para: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentroorientegov.co>; pedidos <pedidos@subredcentroorientegov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentroorientegov.co>

Cc: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentroorientegov.co>; Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentroorientegov.co>; Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentroorientegov.co>; Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentroorientegov.co>

Asunto: RE: SOLICITUD COMPRA POR CAJA MENOR DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN COBRE

Cordial saludo

Me permito informar, que una vez revisado el módulo de inventarios con corte al día de hoy 03/04/2024, no aparece existencias en los almacenes del insumo que se relaciona a continuación:

121QQ031271 DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE.

302

ITEM	CÓDIGO	NOMBRE / DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1	121QQ031271	DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE	UNIDAD	200

Estamos atentos a su respuesta para continuar el proceso par el grupo terapéutico de Ginecología en planificación familiar.



Eduardt Hanns González Roa

Cargo: Enfermero - Profesional Especializado
Gestión de Abastecimiento en Insumos.
Apoyo Subgerencia de Servicios de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 6013282828 Ext: 10152
Celular: 3202593512
@subredcentrooriente @subred_centrooriente
@SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co

Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000075820

PROVEEDOR: DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS SAS DISCOL MEDICA SAS NIT: 828002423 FECHA: 23/04/2024 08:36 a.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CR 12 N 12 - 32 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 8659940 TASA CAM: 0.00
Nº FACTURA: FFBT120024 % ICA: 4,1400 PLAZO: 0 FECHA FAC: 12/04/2024 12:00 a.m.

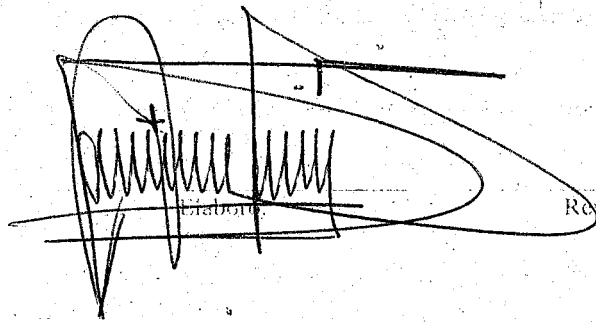
COBIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%OTO	%IVA
0200000001	DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE	UNIDAD	50.00	\$ 5.835.00	\$ 291.750.00	0.00	0.00

DETALLE
COMPRA POR CAJA MENOR-HOSPITAL MATERNO INFANTIL - VICTOR CHAVEZ

SUBTOTAL: \$ 291.750.00
DESCUENTO: \$ 0.00
IMPUESTO: \$ 0.00
FLETES: \$ 0.00
IMP FLETES: \$ 0.00
RETE IVA: \$ 0.00
RETE ICA: \$ 1208.00
RETE FUENTE: \$ 7291.00
OTRAS RETE: \$ 0.00
OTRAS DEDUC: \$ 0.00
IMP DISTRI: \$ 0.00
AJUSTE RED: \$ 0.00
AJUSTE AL TOTAL: \$ 0.00
TOTAL COMPR: \$ 283.248.00

TOTAL COMPROBANTE:
DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS CON CERO
CIVS M/Cte.

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR



Revisó Almacen

Revisado Impuestos:



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000075958

PROVEEDOR: DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS SAS DISCOLMEDICA SAS NIT: 828002423
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.)
DIRECCION: CR-12 N 12 - 32
TELEFONO: 8659940
Nº FACTURA: FEBT120023 % ICA: 4.1400 PLAZO: 0
FECHA: 24/04/2024 02:52 p. m.
ESTADO: Confirmado
MONEDA: Pesos
TASA CAM: 0.00
FECHA FAC: 12/04/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
121QQ031271	DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE	UNIDAD	150.00	\$5.835.00	\$875.250.00	0.00	0.00

DETALLE

COMPRA POR CAJA MENOR - HOSPITAL LA VICTORIA - DIFERENCIA SOPORTADA CON NOTA CREDITO No.DVB014493-24/04/2024-VICTOR CHAVEZ.

SUBTOTAL:	\$875.250.00
DESCUENTO:	\$0.00
IMPUESTO:	\$0.00
FLETES:	\$0.00
IMP FLETES:	\$0.00
RETE IVA:	\$0.00
RETE ICA:	\$3.624.00
RETE FUENTE:	\$21.881.00
OTRAS RETE:	\$0.00
OTRAS DEDUC:	\$0.00
IMP DISTRI:	\$0.00
AJUSTE RED:	\$0.00
AJUSTE AL TOTAL:	\$0.00
TOTAL COMPR:	\$849.745.00

TOTAL COMPROBANTE:

OCHOCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Revisó:

Revisó Almacén

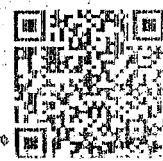
CUENTAS POR PAGAR
Revisado Impuestos:

DISCOLMEDICA SAS
CALLE 15 # 33-02 - BOGOTA
NIT: 828.002.423-5

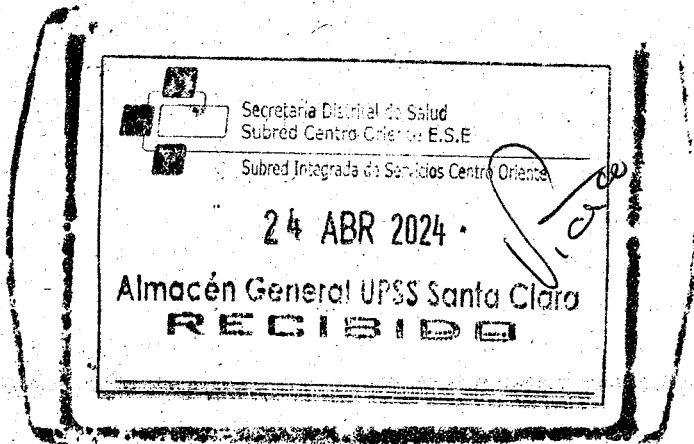
DISCOLMEDICA SAS
828002423-5
Calle 15 # 33-02 - BOGOTA
Tels 7023267

Pag. 1 de
Nota Crédito Electrónica
DVB014493
Fecha 24/04/2024

Cliente	900959051 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO	Por Inventario
Razon Social	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CEN	Doc. Orig FEBT120023
Dirección	CALLE 14 N- 29-09 B/ EL JÁRDIN	Concepto: 5
Bodega-Sucursal:	CAMBIO Y AJUSTES BOGOTA(129)	Vendedor: DIANA CLEMENCIA ARISTIZABAL G
CUDE:		



Id	Código	Detalle	Bod.	Lote	Vence	Und	Precio	Dct	Iva	Total
1	IM00107	DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE UNIDAD PROFAMILIA R.S INVIMA:2015DM-0013014 CUM:0-0 ATC:	129	ITE0053	30/12/2027	100	5.835	0,00	0	\$



Observaciones			Subtotal	583.500
SE HACE DEVOLUCIÓN YA QUE EL SE PASA DEL PRESUPUESTO DEL CLIENTE			Descuento	0
			Iva	0
			Copago	0
			Retención FTE	14.588
			Retención ICA	0
Elaboró	Revisó	Aprobó	TOTAL NETO	568.912
JESSICA LORENA AVILA RIVERA				



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6173	FECHA	29/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	S118.000,00		
LA SUMA DE:	CIENTO DIECIOCHO MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A GUSTAVO AVELLANEDA NIT 80.765.394 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO, AUTORIZADO POR JUAN FELIPE FUENTES SARMIENTO, LIDER GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	IM	TAXI	
1	22-04-24	Sta clara	Bello Horizonte	Falla ups	X				2.450=
2	22-04-24	Bello Horizonte	Sta clara	Falla ups	X				2.450=
3	24-04-24	Sta clara	Libertadores	Revision corte de agua	X				2.450=
4	24-04-24	Libertadores	Atamira	Revision corte de agua	X				2.450=
5	24-04-24	Atamira	Victoria	Revision corte de agua	X				2.450=
6	24-04-24	Victoria	San Blas	Revision corte de agua	X				2.450=
7	24-04-24	San Blas	Longo el cacer	Revision corte de agua	X				2.450=
8	24-04-24	Longo el cacer	Sta clara	Revision corte de agua	X				2.450=
9	25-04-24	Sta clara	San Blas	Falla planta electrica	X				2.450=
10	25-04-24	San Blas	Sta clara	Falla planta electrica	X				2.450=
TOTAL									2.9500=

Osorio Hernandez

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 80765394

\$118.000

Recibo 118.000=

San Felipe

VoBo: REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

Freddy Enrique Aguilar Castro /
Ing. Electromecánico
C.C. 1090423751

VoBo: DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

Juan Felipe Fuentes Sarmiento
Arquitecto
A11220220-1019077311

7ADN03
51123001

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE			VALOR	
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI
1	12-04-24	Santa clara	Altamira	Revision agua	X				2.950=
2	12-04-24	Altamira	Antonio niño	Revision agua	X				2.950=
3	13-04-24	Santa clara	Libertadores	Revision agua	X				2.950=
4	13-04-24	Libertadores	Altamira	Revision corte agua	X				2.950=
5	15-04-24	Altamira	Victoria	Revision corte agua	X				2.950=
6	15-04-24	Victoria	San blas	Revision corte agua	X				2.950=
7	15-04-24	San blas	Antonio niño	Revision corte agua	X				2.950=
8	15-04-24	Antonio niño	Santa clara	Revision corte agua	X				2.950=
9	18-04-24	Santa clara	Perseverancia	Revision corte agua	X				2.950=
10	18-04-24	Perseverancia	Santa clara	Revision corte agua	X				2.950=
TOTAL									29.500=

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

C.C. 180465394

VOBO REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

Freddy Enrique Aguilar Castro
Ing. Electromecánico
C.C. 1090423751

VOBO DIRECTOR ADMINISTRATIVO (A)

Juan Felipe Fuentes Surmientto
Arquitecto
A11220220-1019077311

[illegible]

Va.Ba REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

Juan Felipe Fuentes Sarmiento
Arquitecto
A11220220-1019077311

VOBO DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

10

Freddy Enrique Aguilar Castro
Ing. Electromecánico
C.C. 1090423751

Secretaría de Salud

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055

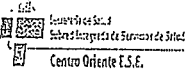
VERSIÓN: 02

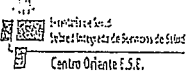
FECHA: 2019-09-11

372

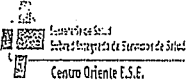
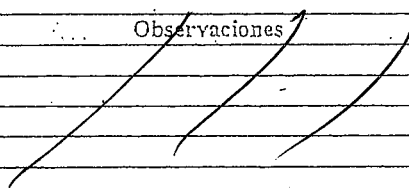
Servicio	San blas		Unidad	Bomba agua	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Se solicita revisión Bombas agua			Se realiza revisión de tanque y Bombas de agua		
Fecha de solicitud		24/04/24	Fecha de mantenimiento		24/04/24
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
			Nombre del tecnico		Gustavo Avellaneda
Fecha de recibido		24/04/24	Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

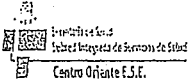
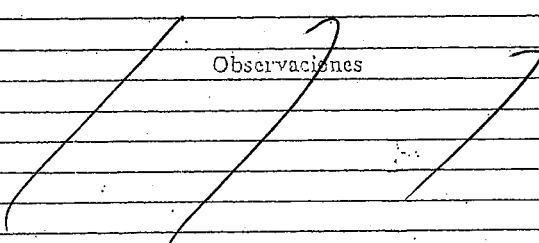
<div><div><div><div></div><div>Secretaría de Salud</div><div>Subred Integrada de Servicios de Salud</div><div>Centro Oriente E.S.E.</div></div><div><div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div><div>APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS</div><div>FORMATO ORDEN DE TRABAJO</div></div><div><div>CÓDIGO: AP-RF-FT-055</div><div>VERSIÓN: 02</div><div>FECHA: 2019-09-11</div></div></div></div>					
Servicio	Tanque clorador		Unidad	Bomba agua	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Se solicita revisión Bomba agua			Se realiza revisión de tanques y Bombas de agua		
Fecha de solicitud		24/04/24	Fecha de mantenimiento		24/04/24
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
			Nombre del tecnico		Gustavo Avellaneda
Fecha de recibido		24/04/24	Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Altamira		Unidad	Bomba de agua	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Se solicita revisión de Bombas de agua			Se realiza revisión de Tanque y Bombas de agua		
Fecha de solicitud			24/04/24		
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
Fecha de recibido			24/04/24		
Nombre de quien recibe			Nombre del técnico		
			Gustavo Avelleda		
Niveles de satisfacción			Materiales utilizados		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?			Observaciones		
Si			No		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?					
Si			No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?					
Si			No		

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Victoria		Unidad	Bomba agua	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Se solicita revisión de bomba de agua			Se realiza revisión de Tanque y Bombas de agua.		
Fecha de solicitud			24/04/24		
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
Fecha de recibido			24/04/24		
Nombre de quien recibe			Nombre del técnico		
			Gustavo Avelleda		
Niveles de satisfacción			Materiales utilizados		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?			Observaciones		
Si			No		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?					
Si			No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?					
Si			No		

314

 <div> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO </div> <div> CÓDIGO: AP-RF-FI-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11 </div>			
Servicio	Bello Horizonte	Unidad	Cuarto UPS
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Se solicita revisión de energía regulada		Se realiza revisión y se elimina falla de UPS.	
Fecha de solicitud	22/04/24	Fecha de mantenimiento	22/04/24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
		Nombre del tecnico	
Fecha de recibido	22/04/24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si No		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si No		

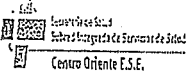
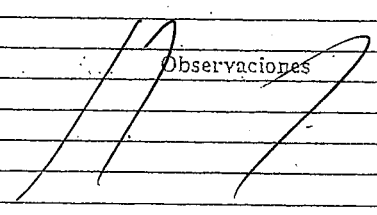
 <div> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO </div> <div> CÓDIGO: AP-RF-FI-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11 </div>			
Servicio	Libertadores	Unidad	Bombas agua
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Se solicita revision Bomba de agua		Se realiza revision de tanque y Bombas de agua.	
Fecha de solicitud	24/04/24	Fecha de mantenimiento	24/04/24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
		Nombre del tecnico	
Fecha de recibido	24/04/24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si No		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si No		

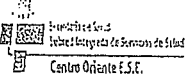
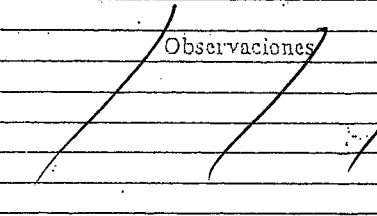
315

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Antonio Mariño	Unidad	Bomba de agua
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Se solicita revision		Se realiza revision de	
Bombas de agua		Bomba de agua por	
		corte en el servicio.	
Fecha de solicitud	15/04/24	Fecha de mantenimiento	15/04/24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
		Nombre del tecnico	
Fecha de recibido		Gustavo Acellones	
15/04/24		Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si No		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si No		

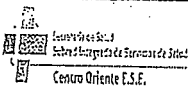
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Perseverancia	Unidad	Tangres agua
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Se solicita revision		Se realiza llenado de	
de tanque agua		tanque de agua en	
		el servicio.	
Fecha de solicitud	18/04/24	Fecha de mantenimiento	18/04/24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
		Nombre del tecnico	
Fecha de recibido		Gustavo Acellones	
18/04/24		Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si No		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si No		

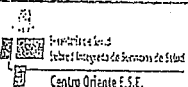
316

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Victoria		Unidad	Bombas agua	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Se solicita revision			Se realiza mantenimiento		
Bombas agua			a Bombas de agua		
			Por corte del servicio.		
Fecha de solicitud	13/04/24		Fecha de mantenimiento	13/04/24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
Fecha de recibido			Nombre del tecnico		
13/04/24			Gustavo Arellano		
Nombre de quien recibe			Materiales utilizados		
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	San Blas		Unidad	Bombas agua	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Se solicita revision			Se realiza mantenimiento		
Bombas de agua			a bombas de agua		
			Por corte del servicio		
Fecha de solicitud	13/04/24		Fecha de mantenimiento	13/04/24	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
Fecha de recibido			Nombre del tecnico		
13/04/24			Gustavo Arellano		
Nombre de quien recibe			Materiales utilizados		
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			


317

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FI-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Libertadores		Unidad	Bombas agua	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Se solicita revision de Bombas			Se realiza mantenimiento a bombas de agua por corte en el servicio.		
Fecha de solicitud			15/04/24		
Nombre de quien solicita			Fecha de mantenimiento		
			15/04/24		
Fecha de recibido			Nombre del tecnico		
15/04/24			Gustavo Buelleneda		
Nombre de quien recibe			Materiales utilizados		
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	/ / /		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

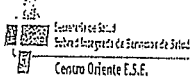
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FI-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Altamira		Unidad	Bombas agua	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Se solicita revision Bombas agua			Se realiza mantenimiento a Bombas de agua por corte en el servicio.		
Fecha de solicitud			15/04/24		
Nombre de quien solicita			Fecha de mantenimiento		
			15/04/24		
Fecha de recibido			Nombre del tecnico		
15/04/24			Gustavo Buelleneda		
Nombre de quien recibe			Materiales utilizados		
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	/ / /		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

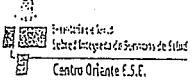
10
318

 INSTITUCIÓN Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Altamira		Unidad	Bombas de agua	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Se solicita revisión Bombas de agua			Se repara Fuga de agua en H. de presión.		
Fecha de solicitud			12/04/24		
Nombre de quien solicita			Fecha de mantenimiento		
			12/04/24		
Fecha de recibido			Nombre del técnico		
12/04/24			Gustavo Avellaneda		
Nombre de quien recibe			Materiales utilizados		
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	/		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

 INSTITUCIÓN Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Antonio varón		Unidad	Bombas agua	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Se realiza revisión Bomba se solicita reparación			Se realiza configuración de variador de frecuencia. Bombas quedan funcionando		
Fecha de solicitud			12/04/24		
Nombre de quien solicita			Fecha de mantenimiento		
			12/04/24		
Fecha de recibido			Nombre del técnico		
12/04/24			Gustavo Avellaneda		
Nombre de quien recibe			Materiales utilizados		
Niveles de satisfacción			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No	/		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

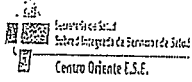
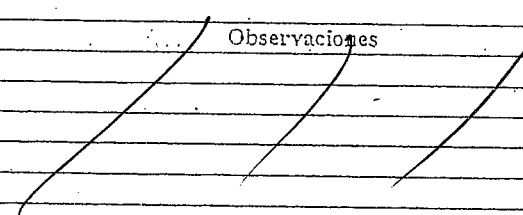
10
3/9

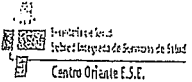
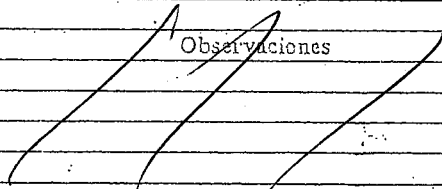
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	San Blas	Unidad	Urgencias	Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456	
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento			
Se solicita reparación Punto de red		Se realiza parchado de Jack en oficina urgencias			
Fecha de solicitud	08-04-24	Fecha de mantenimiento	08-04-24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado			
Fecha de recibido	08-04-24	Nombre del técnico		Gustavo Avello	
Nombre de quien recibe		Materiales utilizados			
Niveles de satisfacción		Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si No				
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si No				
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si No				

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Luz de cliecer	Unidad	Bambas agua	Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.	
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento			
Se solicita reparación Bomba de agua		Se realiza cambio de contactor de Bomba de agua.			
Fecha de solicitud	09/04/24	Fecha de mantenimiento	09/04/24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado			
Fecha de recibido	09/04/24	Nombre del técnico		Gustavo Avello	
Nombre de quien recibe		Materiales utilizados			
Niveles de satisfacción		Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si No				
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si No				
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si No				

370


10


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	San blas	Unidad	Planta electrica	Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456	
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento			
Se solicita reparación		Se realiza cambio de			
Planta electrica		Fusible de generador			
Fecha de solicitud	05/04/24	Fecha de mantenimiento	05/04/24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado			
		Nombre del tecnico		Gustavo Avellaneda	
Fecha de recibido	05/04/24	Materiales utilizados			
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion		Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Victoria	Unidad	Bomba de agua	Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.	
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento			
Se solicita revision Bomba		Se realiza cambio de			
agua		Presostato de Bomba de			
		agua.			
Fecha de solicitud	06/04/24	Fecha de mantenimiento	06/04/24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado			
		Nombre del tecnico		Gustavo Avellaneda	
Fecha de recibido	06/04/24	Materiales utilizados			
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion		Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			



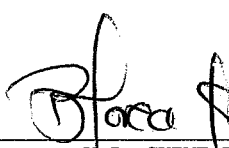
321

10

 <small>Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</small>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Jorge elias	Unidad	Planta electrica	Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456	
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento			
Se solicita revision de Planta electrica		Se realiza revision y Mantenimiento a planta electrica			
Fecha de solicitud	04/04/24	Fecha de mantenimiento	04/04/24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado			
Fecha de recibido	04/04/24	Nombre del tecnico		Gustavo Avalluneda	
Nombre de quien recibe		Materiales utilizados			
Niveles de satisfaccion		Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

 <small>Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</small>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Antonio Nario	Unidad	Planta electrica	Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.	
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento			
Se solicita revision de Planta electrica		Se realiza reparacion de Precolector de planta electrica.			
Fecha de solicitud	04/04/24	Fecha de mantenimiento	04/04/24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado			
Fecha de recibido	04/04/24	Nombre del tecnico		Gustavo Avalluneda	
Nombre de quien recibe		Materiales utilizados			
Niveles de satisfaccion		Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si	No			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si	No			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si	No			

326

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-092 VERSIÓN: 1 FECHA: 2019-01-25</div>	
1. INFORMACIÓN			
COMPROBANTE N°	6174	FECHA	29/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	\$23.600,00		
LA SUMA DE:	VEINTIRÉS MIL SEISCIENTOS PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A CARLOS A GÓMEZ H NIT 79.353.443 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO, AUTORIZADO POR JUAN FELIPE FUENTES SARMIENTO, LIDER GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO		
 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bo. CUENTADANTE	

SECRETARÍA DE SALUD

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

FORMATO PLANILLA DE AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTES POR CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-
RE-FT-001
VERSION: 02
FECHA: 2017-

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
1	05/04/24	Santa Clara	San José O.	Revisión AC de la center	X				\$2950=
2	05/04/24	San José O.	San José O.	Revisión AC de la center	X				\$2950=
3	15/04/24	Santa Clara	San Blas	Intubación manguera AC	X				\$2950=
4	15/04/24	San Blas	Santa Clara	Intubación manguera AC	X				\$2950=
5	16/04/24	Santa Clara	Jorge Eliecer	Revisión Aire	X				\$2950=
6	16/04/24	Jorge Eliecer	Santa Clara	Revisión Aire	X				\$2950=
7	19/04/24	Santa Clara	San José O.	Revisión AC de la center	X				\$2950=
8	19/04/24	San José O.	Santa Clara	Revisión AC de la center	X				\$2950=
9									
10									
TOTAL									\$23.600=

Carlos A. Gomez + H

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

C.C. 27.353.443

Yo Bo. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

Freddy Enrique Aguilar Castro

Ing. Electromecánico

C.C. 1090423751

Yo Bo. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

Juan Felipe Fuentes Sarmiento

Arquitecto

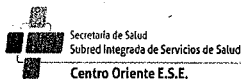
A412020220-1019077311

7ADN403

511230001

322

329



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6175	FECHA	29/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	\$106.200,00		
LA SUMA DE:	CIENTO SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A MARCELA MORALES NIT 1.018.461.633 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES CON EQUIPOS MÉDICOS, AUTORIZADO POR ADRIANA VERANO , LIDER GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA.		

Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bø. CUENTADANTE

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BISETA	TM	COLECTIVO	
16	11/04/2024	Hospital santa clara	USS San Jose Obrero	entrega repuesto			X		\$ 2.950
17	11/04/2024	USS San Jose Obrero	CAPS Diana Turbay	llamado revision equipo			X		\$ 2.950
18	11/04/2024	CAPS Diana Turbay	CAPS Antonio Nariño	llamado revision equipo			X		\$ 2.950
19	12/04/2024	Hospital santa clara	Hospital la Victoria	Recogida de repuestos almacen			X		\$ 2.950
20	12/04/2024	Hospital la Victoria	CAPS Diana Turbay	instalacion repuesto			X		\$ 2.950
21	12/04/2024	CAPS Diana Turbay	CAPS Chircales	instalacion repuesto			X		\$ 2.950
22	15/04/2024	CAPS Chircales	Hospital Santa Clara	ronda de seguridad cancelada			X		\$ 2.950
23	15/04/2024	Hospital Santa Clara	USS San Jorge	llamado revision equipo			X		\$ 2.950
24	15/04/2024	USS San Jorge	Hospital la Victoria	Recogida de repuestos almacen			X		\$ 2.950
25	15/04/2024	Hospital la Victoria	CAPS Antonio Nariño	entrega repuesto			X		\$ 2.950
26	17/04/2024	Hospital santa clara	CAPS Chircales	llamado revision equipo			X		\$ 2.950
27	17/04/2024	CAPS Chircales	USS San Jorge	llamado revision equipo			X		\$ 2.950
28	18/04/2024	USS San Jose Obrero	CAPS Antonio Nariño	ronda de seguridad			X		\$ 2.950
29	18/04/2024	CAPS Antonio Nariño	CAPS Chircales	ronda de seguridad			X		\$ 2.950
30	18/04/2024	CAPS Chircales	USS San Jorge	ronda de seguridad			X		\$ 2.950
TOTAL									\$ 88.500

Carcela y Forales

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

CC. 1013461633

Vo.Bo. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

Vo.Bo. DIRECTOR(S) ADMINISTRATIVO (A)

Transparencia

12/05/2024

12/05/2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO PLANILLA DE AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTES POR CAJA MENOR

Nº.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
31	18/04/2024	USS San Jorge	CAPS Diana Turbay	llamado revision equipo			X		\$ 2.950
32	23/04/2024	USS San Jose Obrero	Hospital la Victoria	recogida de repuesto			X		\$ 2.950
33	23/04/2024	Hospital la Victoria	USS San Jorge	instalacion repuestos correctivo odontologia			X		\$ 2.950
34	23/04/2024	USS San Jorge	CAPS Chircales	instalacion repuestos correctivo odontologia			X		\$ 2.950
35	24/04/2024	CAPS Chircales	USS San Jose Obrero	Traslado equipo con activos fijos			X		\$ 2.950
36	24/04/2024	USS San Jose Obrero	Hospital santa clara	recogida de repuesto			X		\$ 2.950
37									
38									
39									
40									
41									
42									
					TOTAL				\$106.200


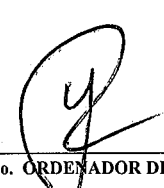

Nombre Funcionario y/o Contratista
C.C. 1018461633
Cafarelo Morales
DPM/MA/14

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

cc. 1018461633

Vo.Bo. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

Vo.Bo. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-092 VERSIÓN: 1 FECHA: 2019-01-25</div>	
1. INFORMACIÓN			
COMPROBANTE N°	6176	FECHA	29/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO		
VALOR:	\$657.000,00		
LA SUMA DE:	SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. FE1 15832 R.P. MEDICAS S.A. NIT 811.019.499-7 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (CATÉTER DOBLE J 4.7 FR X 14 CM), NECESARIO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SOLICITADO POR EDUART HANNS GONZÁLEZ ROA, GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO.		
 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bo. CUENTADANTE	



RP MEDICAS S.A
NIT. 811.019.499-7
Tv. 6 # 45-135 Patio Bonito
PBX: (574) 2684904
FAX. (574) 2684905
MEDELLIN-COLOMBIA
servicioalcliente@rpmedicas.co

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. FE1 15832 ORIGINAL

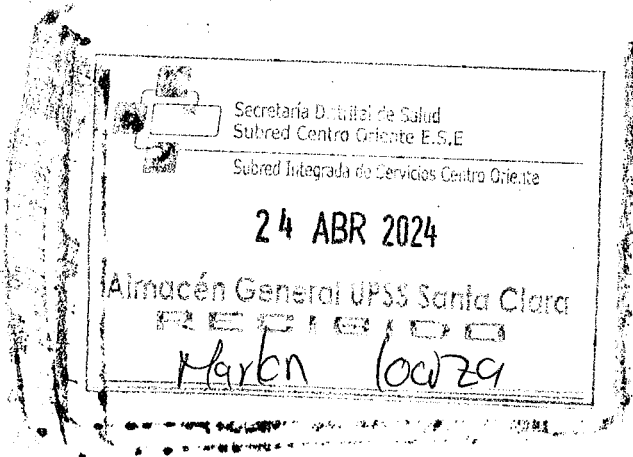


SEÑORES
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE
CR. 14B No. 1- 45 SUR
NIT: 900959051-7
TEL: 3102040836
BOGOTA D.C.
Bodega: WB01

No somos Grandes Contribuyentes
RESPONSABLE DE IVA
Actividad principal 4645
Autoretenedor ICA Municip. Medellin
Resol. 202450013185 de 28/02/2024

FORMA DE PAGO	FECHA DE FACTURA	FECHA VTO	VENDEDOR	ORDEN DE COMPRA	REMISION
A 90 DIAS	24/04/2024 13:38:41	23/07/2024	DIANA CAROLINA SANABRIA LARA	NO	38846
CODIGO	DESCRIPCION	CANT.	IVA %	PRECIO UNIDAD	SUMA
BT-DJ-4014-210-CL	CAT.URETERAL DOBLE J 4FX 14CM.PEDI, LOOP CERRADO D238528	2.00		219,000.00	438,000.00
	01/07/2026 Invima 2019DM-0020099				
BT-DJ-4014-210-CL	CAT.URETERAL DOBLE J 4FX 14CM.PEDI, LOOP CERRADO D237534	1.00		219,000.00	219,000.00
	01/06/2026 Invima 2019DM-0020099				

CANCELADO EFECTIVO
Redio Arvalo
losagorag
Recibo 657.000



Observaciones:

PAGO POR CAJA MENOR /

Son: SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL PESOS COLOMBIANOS

VOR CANCELAR CON CHEQUE PRIMER BENEFICIARIO A NOMBRE DE RP MEDICAS S.A. CONSIGNAR A LAS CUENTAS BANCOLOMBIA CTA CORRIENTE NRO. 029033393-01.
ESTA FACTURA DE VENTA CAUSARA INTERESES A LA TASA MAXIMA ESTIPULADA POR LA LEY. RP MEDICAS S.A. NO SE HACE RESPONSABLE POR LAS FALLAS DE FUNCIONAMIENTO QUE SE DERIVEN DE MAL ALMACENAMIENTO Y MANEJO DEL PRODUCTO DESPUES DE LA ENTREGA AL CLIENTE, NO ATENDER DE FORMA ESTRICTA LAS ADVERTENCIAS, CONTRAINDICACIONES Y FORMAS DE USO DE CADA PRODUCTO TANTO POR PARTE DEL PACIENTE COMO DEL PERSONAL MEDICO QUE LO MANIPULE Y POR AQUELLOS RIESGOS DE FALLA O RECHAZO PROPIOS DE LOS DISPOSITIVOS O EQUIPOS MEDICOS.
LAS OBLIGACIONES QUE DERIVAN DE LA PRESENTE FACTURA Y DEL NEGOCIO JURIDICO QUE LA CAUSA SE CUMPLIRAN EN LA CIUDAD DE MEDELLIN
FACTURACION ELECTRONICA RESOLUCION DIAN No: 18764060659771 De la fecha: 27/11/2023 Con vigencia de 12 meses. Rango de facturación : FE1-13046 A FE1-20000
CUFE: 99e7878et.b0270867dcbd2b61a3aecf299eadd567cc092891a6e380ee6698938b0181afdf39a9ee257e840dc83934f8e

SUB-TOTAL	657,000.00
IVA	0.00
DESCUENTO	0.00
RTE. FTE.	0.00
TOTAL	657,000.00

REVISADO POR


RP MEDICAS S.A.
NIT. 811.019.499-7

RECIBI LA MERCANCIA A SATISFACCIÓN
NOMBRE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD
FECHA DE RECIBIDO

R-P Medicas

335

HQ. \$627.000



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-002
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-05-16

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA

BOGOTÁ, ABRIL 22 DE 2024

NOMBRE FUNCIONARIO

EDUARDO HANNS GONZALEZ ROA

ÁREA / DEPENDENCIA

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- GESTION DE ABASTECIMIENTO EN INSUMOS

CENTRO DE COSTO

15CH99 589 723003

UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

ITEM	CÓDIGO	NOMBRE / DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	OBSERVACIÓN
1	SIN CÓDIGO	CATETER DOBLE J 4.7 Fr X 14cm	UNIDAD	3	

3. JUSTIFICACIÓN:

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, requiere la compra del dispositivo médico quirúrgico hospitalario, necesario para la prestación del servicio a los usuarios de la subred integrada de servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. La disponibilidad de los dispositivos médico quirúrgicos constituye una obligación, para con sus usuarios y beneficiarios, para la prestación de servicios de salud con calidad, dando cumplimiento de las normas legales vigentes. Estos insumos se requieren de forma inmediata ya que el no contar con su disponibilidad acarrea riesgos en la prestación de los servicios a los usuarios, por lo que se hace necesario adelantar una caja menor para los servicios de urgencias para salas de cirugía por tratarse de una necesidad urgente para la atención y así dar continuidad en la prestación de los servicios de salud de la Subred Integrada De Servicios De Salud.


Teniendo en cuenta lo anterior se realizará como procedimiento para compra por caja menor toda vez que es un mecanismo expedito e inmediato con el que se suplirá la contratación de los insumos requeridos. Es importante resaltar que en este momento los servicios no pueden esperar la realización de un proceso de contratación mayor a 20 o 30 días, dado que el comportamiento de su demanda y la actual disponibilidad no alcanzan a dar cubrimiento necesario, por ello se solicita contar con los bienes que se describen a continuación de manera casi inmediata como medida urgente, de lo contrario sería poner en riesgo la continuidad de la prestación del servicio de salvar como derecho fundamental, aunado a que actualmente nos encontramos y como parte del proceso, para lograr el 100% en la atención para los pacientes que se encuentran en áreas de intervención de adulto que requieren una atención intra hospitalaria y así brindar una atención oportuna, este insumo facilita la eliminación de la orina por la vía urinaria obstruida por algún motivo, esto con el fin de brindar una atención segura como se indica en el protocolo que debe atenderse con criterios de oportunidad y calidad, de manera inmediata. Este insumo se requiere para la prestación del servicio de los usuarios de la Subred integrada de salud Centro Oriente E.S.E.

4. ¿Existe en Almacén Central?

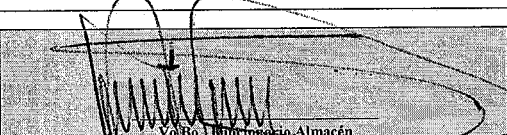
SI

NO

NO



EDUARDO HANNS GONZALEZ ROA
Nombre Funcionario y/o Contratista



Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

1. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL: SIN CÓDIGO, NOMBRE/ DESCRIPCIÓN: CATETER DOBLE J 4.7 Fr X 14cm : NO CONTRATADO CON LA INSTITUCIÓN.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E
DRA. Edith Montoya Bello
SUBGERENTE SERVICIOS DE SALUD

CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>

Lun 22/04/2024 9:34 AM

Para:Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>;cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>;pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>;compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>;John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co> CC:Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>;Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>

Buenos Días, Cordial Saludo

De acuerdo a solicitud se solicita confirmación del siguiente dispositivo pendiente en la modalidad de trámite por caja menor:

- 1. 121QQ034995 - CATETER DOBLE J 4.7 Fr X 18 cm

Agradezco su atención prestada y pronta respuesta

Cordialmente



Cristian Camilo Leguizamón Arguello

Cargo: Profesional Especializado
Gestión de Abastecimiento en Insumos.
Apoyo Subgerencia de Servicios de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 6013282828 Ext: 10152
Celular: 3013744592
f @subredcentrooriente @subred_centrooriente
v @SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co



Bogotá D.C. 23 de abril de 2024

BN-2304050

Señores:
SUBRED CENTRO ORIENTE

Cordial Saludo,

Tenemos el gusto de ofrecer a usted la cotización de los siguientes insumos médico-quirúrgicos marca:

BIOTEQUE

REF	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
BT-DJ-4014-210-CL	CATETER URETERAL DOBLE J 4FR X 14 CM	\$219.000	0%	\$219.000

CONDICIONES COMERCIALES:

FORMA DE PAGO:	De contado
VALIDEZ DE LA OFERTA:	30 días
TIEMPO DE ENTREGA:	Disponibilidad de inventario

Atentamente,

Diana Carolina Sanabria L.
Representante de Ventas
Cel. 320 688 2992
ventas3@rpmedicas.co




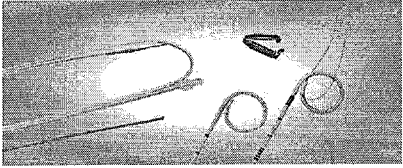
Carrera 54 No. 44B-03 la Esmeralda
Bogotá - Colombia



(57) (601) 7456807
Ext. 4170

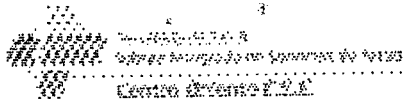


Nit. 811 019 499 - 7

		FICHA TÉCNICA - DISPOSITIVO MÉDICO		
		Código: CA11-F04	Versión:01	
INFORMACIÓN GENERAL				
NOMBRE COMERCIAL:	Set Stent Uretral Doble J			
NOMBRE GENÉRICO:	Catéter Doble J			
REGISTRO SANITARIO:	2019DM-0020099	VIGENCIA		16/07/2029
ESTÉRIL	Si	MÉTODO:		No se recomienda reesterilizar
CLASIFICACIÓN DE RIESGO:	IIB	VIDA ÚTIL:		3 Años
TIPO DE DISPOSITIVO:	Invasivo quirúrgico			
FABRICANTE:	BIOTEQUE CORPORATION J-LAN FACTORY II		PAÍS DE ORIGEN:	TAIWAN
NUMERO DE USOS PERMITIDOS:		Uno (1)	PRESENTACION COMERCIAL:	Bolsa Tyvek
CARACTERÍSTICAS				
DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO	El kit stent uretral o catéter doble J, esta diseñado para servir como vía de drenaje a través del catéter ubicado en los conductos del sistema ureteral para facilitar el drenaje del riñon hacia la vejiga. Se coloca de forma endoscópica por un médico especializado. El set consiste en: 1 catéter o stent 1 posicionador 1 cable guía 1 clamp. Disponibile en tamaños de 3 y 4 Fr indicados para la unión ureteropélvica a la vejiga en pacientes pediátricos.			
USO INDICADO	Facilitar el drenaje del riñon través del catéter ubicado en los conductos del sistema ureteral u órganos urinarios			
REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	INFORMACIÓN ADICIONAL		
BT-DJ-3012-210-CL	CATÉTER URETRAL DOBLE J 3FRX12CM PEDIÁTRICO, LOOP CERRADO	Tamaño 3 Fr, longitud 12 cm Abierto-abierto, sin sutura Con guía y clamp		
BT-DJ-3014-210-CL	CATÉTER URETRAL DOBLE J 3FRX14CM PEDIÁTRICO, LOOP CERRADO	Tamaño 3 Fr, longitud 14 cm Abierto-abierto, sin sutura Con guía y clamp		
BT-DJ-3016-210-CL	CATÉTER URETRAL DOBLE J 3FRX16CM PEDIÁTRICO, LOOP CERRADO	Tamaño 3 Fr, longitud 16 cm Abierto-abierto, sin sutura Con guía y clamp		
BT-DJ-3712-210-CL	CATÉTER URETRAL DOBLE J 3.7FRX12CM, LOOP CERRADO	Tamaño 3.7 Fr, longitud 12 cm		
BT-DJ-3714-210-CL	CATÉTER URETRAL DOBLE J 3.7FRX14CM, LOOP CERRADO	Tamaño 3.7 Fr, longitud 14 cm		
BT-DJ-3716-210-CL	CATÉTER URETRAL DOBLE J 3.7FRX16CM, LOOP CERRADO	Tamaño 3.7 Fr, longitud 16 cm		
BT-DJ-3718-210-CL	CATÉTER URETRAL DOBLE J 3.7FRX18CM, LOOP CERRADO	Tamaño 3.7 Fr, longitud 18 cm		
BT-DJ-4014-210-CL	CATÉTER URETRAL DOBLE J 4FRX14CM PEDIÁTRICO, LOOP CERRADO	Tamaño 4 Fr, longitud 14 cm Abierto-abierto, sin sutura Con guía y clamp		
BT-DJ-4016-210	CATÉTER URETRAL DOBLE J 4FRX16CM PEDIÁTRICO, LOOP CERRADO	Tamaño 4 Fr, longitud 16 cm Abierto-abierto, sin sutura Con guía y clamp		
BT-DJ-4512-210	CATÉTER URETRAL DOBLE J 3.7FRX12CM, LOOP CERRADO	Tamaño 3.7 Fr, longitud 12 cm Abierto-abierto, sin sutura Con guía y clamp		

340

		FICHA TÉCNICA - DISPOSITIVO MÉDICO	
		Código: CA11-F04	Versión:01
REFERENCIA		DESCRIPCIÓN	INFORMACIÓN ADICIONAL
BT-DJ-6026-211-CL-SC		CATÉTER URETRAL DOBLE J 6FRX26CM, LOOP CERRADO, SIN GUÍA	Tamaño 6 Fr, longitud 26 cm
BT-DJ-6026-211-SC		CATÉTER URETRAL DOBLE J 6FRX26CM, SIN GUÍA	Tamaño 6 Fr, longitud 26 cm
BT-DJ-60ML-211		CATÉTER URETRAL DOBLE J 6FR MULTI-LENGTH	Tamaño 6 Fr, longitud 22 a 30 cm Stent de longitud múltiple Durómetro estándar
BT-DJ-7024-211-CL		CATÉTER URETRAL DOBLE J 7FRX24CM, LOOP CERRADO, CON HILO	Tamaño 7 Fr, longitud 24 cm Pyelo-abierto, vejiga-abierto Cadena de seguridad
BT-PDS-0825-W-NK2-T(+CS/DB)		CATÉTER DE DRENAJE CON PUNTA PIGTAIL Y MANGUERA DE NYLON INCLUIDO CÁNULA DE ACERO INOXIDABLE Y ATIESADOR PLÁSTICO	Tamaño 8 Fr, longitud 24 cm
BT-PDS-1025-W-NK2-T(+CS/DB)		CATÉTER DE DRENAJE CON PUNTA PIGTAIL Y MANGUERA DE NYLON INCLUIDO CÁNULA DE ACERO INOXIDABLE Y ATIESADOR PLÁSTICO	Tamaño 10 Fr, longitud 24 cm
PARTES		MATERIAL CONSTITUTIVO	
Stent (catéter)		Poliuretano (PU) termoplástico	
Posicionador		Polietileno (PE)	
Cable guía		Acero inoxidable y recubrimiento de teflón	
Clamp		Polipropileno (PP)	
CUIDADOS EN TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO			
Temperatura recomendada (°C):		15 - 40	Humedad recomendada (%): 75
Recomendaciones Especiales		Almacenar en un lugar limpio y seco cumpliendo los parámetros establecidos. Procure mantener la integridad del empaque y del dispositivo.	



COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000000075998

PROVEEDOR: RF MEDICASSA NIT: 911019499 FECHA: 23/04/2024 09:00 a.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: TV 6 N 43-133 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 2684904 TASA CAM: 0,00
N FACTURA: FE113832 % ICA: 0,0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 24/04/2024 12:00 a.m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
12100033760	CATETER URETERAL DOBLE J 4 FR X 14 CM PEDIATRICO LOOP CERRADO	UNIDAD	2,00	\$ 219.000,00	\$ 438.000,00	0,00	0,00
12100033760	CATETER URETERAL DOBLE J 4 FR X 14 CM PEDIATRICO LOOP CERRADO	UNIDAD	1,00	\$ 219.000,00	\$ 219.000,00	0,00	0,00

DETALLE
CAJA MENOR UNIDAD SANTA CLARA, DIGNA LUDY TORRES



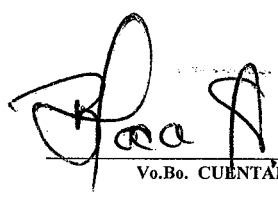
SUBTOTAL: \$ 657.000,00
DESCUENTO: \$ 0,00
IMPUESTO: \$ 0,00
FLETES: \$ 0,00
IMP FLETES: \$ 0,00
RETE IVA: \$ 0,00
RETE ICA: \$ 0,00
RETE FUENTE: \$ 0,00
OTRAS RETE: \$ 0,00
OTRAS DEDUC: \$ 0,00
IMP DISTRI: \$ 0,00
AJUSTE RED: \$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00
TOTAL COMPR: \$ 657.000,00

TOTAL COMPROBANTE:

SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL PESOS CON CERO CIVE MILCS.

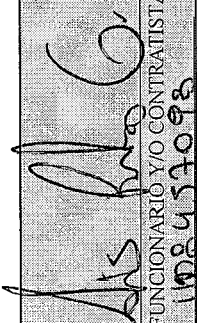
Adriana M. Lugo

CONTADOR PUN PUN
Remisado Impuestos

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-092 VERSIÓN: 1 FECHA: 2019-01-25</div>	
I. INFORMACIÓN			
COMPROBANTE N°	6177	FECHA	29/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	S29.500,00		
LA SUMA DE:	VEINTINUEVEMIL QUINIENTOS PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A LUIS PRIETO NIT 1.108.457.098 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA REALIZAR INSPECCIONES A TRABAJOS DE MANTENIMIENTO REALIZADOS. AUTORIZADO POR JUAN FELIPE FUENTES SARMIENTO, LIDER GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO.		
 Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bø. CUENTADANTE	

*

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	IM	COLECTIVO	
1	01-01-24	Santa Clara	Olave	Revisión hidroflow	x				2.950
2	01-01-24	Olave	Santa Clara	Revisión oficina	x				2.950
3	02-01-24	Santa Clara	Ira mayo	Revisión Cuadrante	x				2.950
4	02-01-24	Ira mayo	Santa Clara	Revisión oficina	x				2.950
5	03-01-24	Santa Clara	Chircales	Revisión Tanque	x				2.950
6	03-01-24	Chircales	Santa Clara	Revisión oficina	x				2.950
7	04-01-24	Santa Clara	Diana T.	Revisión de Seguridad	x				2.950
8	04-01-24	Diana T.	Santa Clara	Revisión oficina	x				2.950
9	05-01-24	Santa Clara	San José	Revisión archivo	x				2.950
10	05-01-24	San José	Santa Clara	Revisión oficina	x				2.950
TOTAL									27.500




NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 1028457093

Diana Sarmiento

Vo Bo. REPRESENTANTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

Recibido en
\$ 29.800
29-01-24

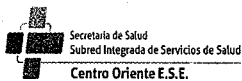
Vo Bo. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)



Juan Fajina
Representante Subred Centro Oriente E.S.E

4422020-4619077311

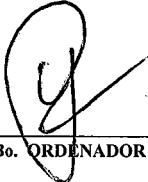

7ADN02
51123001



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6178	FECHA	29/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	\$35.000,00		
LA SUMA DE:	TREINTA Y CINCO MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A BLANCA PAULINA SUPAREZ ROSAS NIT 39.714.891 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A AL BANCO DAVIVIENDA SUCURSAL SAN MARTÍN, PARA REALIZAR CAMBIO DE CHEQUE PARA GASTOS EN EFECTIVO GENERADOS EN CAJA MENOR DE LA SUBRED INTREGADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, AUTORIZADO POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA.		
 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bo. CUENTADANTE	

*

TOTAL	\$ 35,000.00
--------------	---------------------


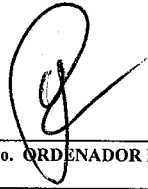

3074842a

~~V.O.B.O. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)~~

Rodbi \$35.00

2007

7A 040200

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS</div> <div>FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-092</div> <div>VERSIÓN: 1</div> <div>FECHA: 2019-01-25</div>	
1. INFORMACIÓN			
COMPROBANTE N°	6179	FECHA	29/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	IMPUESTOS TASAS DERECHOS CONTRIBUCIONES Y MULTAS		
VALOR:	\$11.424,00		
LA SUMA DE:	ONCE MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO DANIEL PALACIOS NIT 19.247.148-1 POR AUTENTICACIÓN FIRMA DE GERENTE DE SOLICITUD ENTREGA PROVISIONAL Y/O DEFINITIVA DE VEHÍCULO DE PLACAS ODT 114 - FISCLIA LOCAL DE BOGOTÁ S.C. (SEGUROS) Y AUTENTICACIÓN PODER DIRIGIDO A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOP ATLANTICO (CUENTAS MÉDICAS), SOLICITADO POR MELISSA TRIANA LUNA GERENTE (E)		
 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bo. CUENTADANTE	

348

Notaria 29 de Bogotá

DANIEL PALACIOS

19247148 -1

CARRERA 13 No. 33 - 42

7462929

RESPONSABLE DEL IMPUESTO A LAS VENTA

FACTURA DE VENTA FEV-131026

FECHA 25/ABR/2024 3:50 pm

Solicitud 368205

CONCEPTO	FACTURACION	CANT	VALOR
Biometria	1		\$ 4,400
Autenticaciones	7		\$ 5,200
Subtotal:			\$ 9,600
IVA:			\$ 1,824
TOTAL:			\$ 11,424

FORMA DE PAGO: Efectivo

C.C. 222222222222

CONSUMIDOR FINAL FACTURACION ELECTRONICA

Recibido: \$ 11,450

Cambio: \$ 26

NORA LUZ HENAO

Recibido a Conformidad:

Hora:

Resolución I.C.A 304

Formulario de Autorización de Numeración DIAN 18 64067463780 del 17 de marzo de 2024 hasta el 17 de septiembre de 2024 del número 127397 al 800000. Actividad Económica 4710. Tarifa de ICA 0.966%. Tarifa de IVA 19%. Plazo de Vigencia 30 días

Impresora: Corporación Avance

NIT. 804010424-7

SIGNO MR: Resol. SIC 19886 2017-04-19

Notaria 29 de Bogotá

DANIEL PALACIOS

19247148 -1

CARRERA 13 No. 33 - 42

7462929

RESPONSABLE DEL IMPUESTO A LAS VENTA

FACTURA DE VENTA FEV-131026

FECHA 25/ABR/2024 3:50 pm

Solicitud 368205

CONCEPTO	FACTURACION	CANT	VALOR
Biometria	1		\$ 4,400
Autenticaciones	7		\$ 5,200
Subtotal:			\$ 9,600
IVA:			\$ 1,824
TOTAL:			\$ 11,424

FORMA DE PAGO: Efectivo

C.C. 222222222222

CONSUMIDOR FINAL FACTURACION ELECTRONICA

Recibido: \$ 11,450

Cambio: \$ 26

NORA LUZ HENAO

Recibido a Conformidad:

Hora:

Resolución I.C.A 304

Formulario de Autorización de Numeración DIAN 18 64067463780 del 17 de marzo de 2024 hasta el 17 de septiembre de 2024 del número 127397 al 800000. Actividad Económica 4710. Tarifa de ICA 0.966%. Tarifa de IVA 19%. Plazo de Vigencia 30 días

Impresora: Corporación Avance

NIT. 804010424-7

SIGNO MR: Resol. SIC 19886 2017-04-19

Señores
FISCALIA LOCAL DE BOGOTÁ D.C.
E. S. D.

PROCESO: LESIONES PERSONALES CULPOSAS


RADICADO 1100160000132021

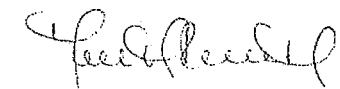
ASUNTO: SOLICITUD ENTREGA PROVISIONAL Y/O DEFINITIVA VEHÍCULO DE PLACAS ODT 114

MELISSA TRIANA LUNA, mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadana No. 52.706.216 de Bogotá D.C., en calidad de representante legal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., antes Hospital San Blas, propietaria del vehículo camioneta marca Mazda, de placas ODT 114, por medio del presente escrito, a usted respetuosamente manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a la Profesional del Derecho MONICA MARIA RAMOS MEJIA, mayor de edad, domiciliada en Bogotá, identificada con la Cedula de Ciudadanía No. 52.204.614 de Bogotá D.C., portadora de la T.P. No. 102.225 del C.S. de la J., con correo electrónico monikaramos7@hotmail.com, para que en mi nombre y representación eleve solicitud de ENTREGA PROVISIONAL Y/O DEFINITIVA del vehículo Camioneta marca MAZDA, de placas ODT114, cuyas características se encuentran contenidas en el certificado de tradición que se adjunta a este documento, por los hechos de tránsito ocurridos el día 14 de octubre del 2021, en la calle 13 con carrera 13 de Bogotá, proceso que se encuentra radicado con el número 1100160000132021 de la FISCALÍA LOCAL DE BOGOTÁ, donde resultaron lesionadas dos personas., igualmente otorgo poder a la togada para que me represente dentro del proceso penal que por lesiones culposas cursa en su despacho por los mismos hechos.

Mi apoderada queda ampliamente facultada para recibir el vehículo solicitado, transigir, desistir, conciliar, renunciar, sustituir, reasumir y en general, para todo cuanto en derecho estime conveniente y necesario en defensa de mis intereses. Este poder se hace extensivo a las actuaciones y recursos a que hubiere lugar. Todo de conformidad con el Código Procedimental penal. Sírvanse, reconocerle personería jurídica a mi apoderada en los términos y para los fines aquí indicados.

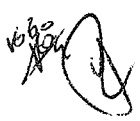
Atentamente;

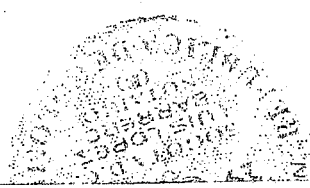

MELISSA TRIANA LUNA
C.C. No. 52.706.216 de Bogotá D.C.



MONICA MARIA RAMOS MEJIA
C.C. No. 52.204.614 de Bogotá D.C.

T.P. No. 102.225 del C.S. de la J.





Bogotá D.C.

Señores

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO

E. S. D.

Asunto: OTORGAMIENTO DE PODER

MELISSA TRIANA LUNA, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía número 52.706.216 de Bogotá D.C., nombrada mediante Decreto Distrital 009 del 01 de abril de 2024 y Resolución 379 del 01 de abril de 2024 como Gerente (E) y Representante Legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**, con Nit. No. 900.959.051-7, entidad creada mediante el Acuerdo Distrital No. 641 del 6 de abril de 2016 del Concejo de Bogotá D.C., la cual está conformada por los antes Hospitales **Rafael Uribe** Nit. 830.077.633, **San Cristóbal** Nit. 830.077.688, **Centro Oriente** Nit. 830.077.644, **San Blas** Nit. 800.216.303, **La Victoria** Nit. 800.197.177 y **Santa Clara** Nit. 860.020.188 ahora Unidades producto de la fusión; comedidamente manifiesto que **CONFIERO PODER ESPECIAL**, amplio y suficiente, a **JOHANA TRIANA RODRIGUEZ**, identificada con la cedula No. 28.554.488; **CLAUDIA RODRIGUEZ**, identificada con la cedula No. 52.164.270; **EMMA CRISTINA SANCHEZ** identificada con la cedula No 52.256.280, **TATIANA PAOLA CLAVIJO QUESADA**, identificada con la cedula No 52.431.204; en calidad de auditoras de cuentas médicas de esta Subred, para que convoquen, asistan, tramiten, suscriban y lleven hasta su culminación el proceso de conciliación total o parcial de las Glosas que surjan de las auditorías realizadas a las facturas expedidas por esta IPS, por concepto de la prestación de servicios de salud.

Las auditoras quedan ampliamente facultadas para radicar documentos, solicitar y recibir copias, firmar actas, aceptar total o parcial la glosa y realizar todos los trámites que, en concordancia con las normas vigentes, permita conciliar el tema de glosas generado por la auditoria de los servicios de salud que ha prestado la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., a pacientes asegurados por CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO.

Atentamente,



MELISSA TRIANA LUNA

Representante Legal (E)

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Acepto el poder,



JOHANA TRIANA RODRIGUEZ

Auditora Subred Centro Oriente

CC. 28.554.488



TATIANA PAOLA CLAVIJO QUESADA

Auditora Subred Centro Oriente

CC. 52.431.204



CLAUDIA RODRIGUEZ

Auditora Subred Centro Oriente

CC. 52.164.270



EMMA CRISTINA SANCHEZ

Auditora Subred Centro Oriente

C.C.52.256.280

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	25/04/2024
NOMBRE FUNCIONARIO	MELISSA TRIANA LUNA
ÁREA / DEPENDENCIA	GERENCIA
CENTRO DE COSTO	7AD01 51164001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SEDE CALLE 34

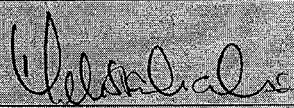
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

UNA (1) AUTENTICACIÓN DE SOLICITUD ENTREGA PROVISIONAL Y/O DEFINITIVA DE VEHÍCULO DE PLACAS ODT 114 - FISCALIA LOCAL DE BOGOTÁ S.C. (SEGUROS)
UNA (1) AUTENTICACIÓN PODER DIRIGIDO A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO (CUENTAS MÉDICAS)


3. JUSTIFICACIÓN

AUTENTICACIONES DE FIRMA DE LA DOCTORA MELISSA TRIANA LUNA - GERENTE (E) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS 1)SOLICITUD DE ENTREGA PROVISIONAL Y/O DEFINITIVA DE VEHÍCULO DE PLACAS ODT 114 - FISCALIA LOCAL DE BOGOTÁ S.C. (SEGUROS) Y 2)PODER DIRIGIDO A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO (CUENTAS MÉDICAS)




4 ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		x


Nombre Funcionario y/o Contratista

N/A
Vo.Bo. Funcionario Almacén


Vo.Bo. Director Administrativo Ó Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-092 VERSIÓN: 1 FECHA: 2019-01-25</div>	
1. INFORMACIÓN			
COMPROBANTE N°	6180	FECHA	30/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MANTENIMIENTO ESE		
VALOR:	\$252.870,00		
LA SUMA DE:	DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS SETENTA PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. TL8019154 AUTONIZA S.A. NIT 860.069.497-4 CAMBIO DE CORREAS BOMBA DIRECCI'ON HIDRAÚLICA Y VENTILADOR MOTOR DE LA MOVIL 7051 CON PLACAS LIS 787 PERTENECIENTE A LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E., SOLICITADO POR DANIEL MURCIA CRUZ ATENCIÓN PREHOSPITALARIA. R.ICA 9.66 POR MIL.....\$2.053,00		
 Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bø. CUENTADANTE	

AUTONIZA S.A.
Nit : 860.069.497-4
Tv 60 N.116 -56 – Diag. 170 N 64-80
Aut.Norte N. 222-91 –Cra 19B N 23-63
Aut.Medellin Km 2 Via Cota-Siberia
Cl 23 N 31-17 - Cl 164 N 19b-20
Cra 7 N 34-07
Pbx: 628 9999
Bogotá – Colombia
www.autoniza.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA TL80 19154

Fecha Entrada: Abr 29 2024 10:28AM
Fecha Factura: 29-04-2024 07:12
Vencimiento: 30-04-2024
Forma De Pago: Contado
Medio De Pago: Instrumento no definido
1303 TALLER CL 80



CUFE: a7f6e14ccedb2d87c29b76aabc50457ea066097e78dc29b1c4e7aaf5fb38873a47a3d14937084c47ed688d24cf867834

Cliente:	Asegurado(ra):	Vehiculo:	Orden 702686	Rombo 787
SURED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD ESE		CHASIS CAB NHR HU 3.0L CD 4X2 TM MODELO: 2022		
NIT 900,959,051-7	Póliza:	Linea:	Placa:	LIS787
CARRERA 14B #145	Mínimo: 0	Color: BLANCO NIEBLA	Motor:	168L48
Tel.: 3103924329	Siniestro:	Serie: 9GDNLR773NB018246	Kmts:	50.826
	Deducible: 0.000000000000	Fec. Vta:	Garantía:	

Notas: cambio correas

Operación	C/O	Descripción Operación	Cant.	Valor unidad	% Dcto	% Iva	% Aplica	Subtotal
T		Mano de Obra						
L CAMCORREAS_C	T	CAMBIO DE CORREAS	1.000000	67.000,00	0.00	19.00	100,00	67.000,00
H								
R		Repuestos						
8973151530	R	CORREA VENTILADOR MOTOR	1.000000	85.008,00	0.00	19.00	100,00	85.008,00
8970851310	R	CORREA BOMBA DIRECCION HIDRAULICA	1.000000	60.489,00	0.00	19.00	100,00	60.489,00
Total Taller:		67.000,00	Total Repuestos:	145.497,00	Total Excentos:	0,00	Total Otros:	0,00
Subtotal	Descuento	Subtotal-Descuento	Deducible	Base del IVA	IVA	VALOR TOTAL		
212.497,00	0,00	212.497,00	0,00	212.497,00	40.374,43	252.870,00		

R.ICA 9,66% \$2.053
A pagar \$250.817

RESOLUCION DIAN 1876406390196 DEL 30 DE MARZO DE 2024 7766 AL 20.000 02 DE ENERO 2024 VIGENCIA 18 MESES

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES CODIGO DE FACT. ECONOMICA ICA:4520 9.66x1.000

RETENEDOR DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS. NO EFECTUAR RETEIVA-RTE ICA

AUTORETENEDORES SEGUN RESOLUCION DIAN 00513993 DEL 25-MAY-2006- GRAN CONTRIBUYENTE SHD DDI-023769 DEL 29/11/RADICACION IVA 03-3/40-15 REGIMEN COMUN

Esta factura se asimila en todos sus efectos a la factura cambiaria de acuerdo con el artículo 774 del Código de Comercio. La no cancelación oportuna de esta factura, obligará al deudor al pago del máximo interés moratoria permitido por la ley.

PARA PRESENTAR SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO O SUGERENCIA, PUEDE HACER AL TELÉFONO EN BOGOTÁ 57-1-6289999, AL CORREO ELECTRÓNICO servicioalcliente@autoniza.com o www.autoniza.com. LA PQR TENDRÁ UNA RESPUESTA DENTRO DE LOS SIGUIENTES 15 DÍAS HÁBILES.

La presentación de la PQR no tiene que ser personal ni requiere la intervención de un abogado. En caso de no estar conforme con la decisión, podrá interponer una queja ante la SIC en Bogotá al teléfono 57-1-5920400, línea gratuita nacional 016000 910165 o al correo contactenos@sic.gov.co

Autorizo a Autoniza S.A., o a la entidad que ella designe expresa o irrevocablemente para que obtenga de cualquier fuente y se reporte a cualquier banco de datos las informaciones y referencias relativas a mi nombres, apellidos y documentos de identificación, acerca de mi comportamiento y crédito comercial, hábitos de pago, manejo mi (s) cuenta (s) y en general el cumplimiento de mis obligaciones pecuniarias.

Fecha validación Dian: 29-04-2024

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

AUTONIZA S.A.

Nit : 860.069.497-4

Tv 60 N.116-56 - Diag. 170 N 64-80

Aut.Norte N. 222-91 - Cra 19B N 23-63

Aut.Medellin Km 2 Via Cota-Siberia

CI 23 N 31-17 - CI 164 N 19b-20

Cra 7 N 34-07

Phx: 628 9999

Bogotá - Colombia

www.autoniza.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA TL80 19154

Fecha Entrada: Abr 29 2024 10:28AM
Fecha Factura: 29-04-2024 07:12
Vencimiento: 30-04-2024
Forma De Pago: Contado
Medio De Pago: Instrumento no definido
1303 TALLER CL 80



CUFE: a7f6e14ccdb2d87c29b76aabc50457ca066097e78dc29b1c4e7aa5fb38873a47a3d14937084c47cd688d24cf867834

Cliente:	Asegurado(ra):	Vehículo:	Orden 702686	Rombo 787
SURED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD ESE		CHASIS CAB NHR HU 3.0L CD 4X2 TM MODELO: 2022		
NIT 900,959,051-7	Póliza:	Siniestro:	Placa:	LIS787
CARRERA 14B #145	Mínimo: 0	Deducible: 0.000000000000	Motor:	168L48
Tel.: 3103924329			Kmts:	50.826
			Color: BLANCO NIEBLA	
			Serie: 9GDNLR773NB018246	
			Fec. Vta:	
			Garantía:	

Notas: cambio correas

Operación	C/O	Descripción Operación	Cant.	Valor unidad	% Dcto	% Iva	% Aplica	Subtotal
T		Mano de Obra						
L CAMCORREAS C H	T	CAMBIO DE CORREAS	1.000000	67.000,00	0.00	19.00	100.00	67.000,00
R		Repuestos						
8973151530	R	CORREA VENTILADOR MOTOR	1.000000	85.008,00	0.00	19.00	100.00	85.008,00
8970851310	R	CORREA BOMBA DIRECCION HIDRAULICA	1.000000	60.489,00	0.00	19.00	100.00	60.489,00
Total Taller:		67.000,00	Total Repuestos:	145.497,00	Total Exentos:	0,00	Total Otros:	0,00
Subtotal			Descuento		Subtotal-Descuento		Deducible	
212.497,00			0,00		212.497,00		0,00	
					Base del IVA		IVA	
					212.497,00		40.374,43	
							VALOR TOTAL	252.870,00

RESOLUCION DIAN 18744063 DEL 29 DE ABRIL DE 2024 7766 AL 20.000 02 DE ENERO 2024 VIGENCIA 18 MESES

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES CONTINGENTES DE FACT. ECONOMICA ICA:4520 9.66x1.000

RETENEDOR DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS. NO EFECTUAR RETEIVA-RTE ICA

AUTORETENEDORES SEGUN RESOLUCION DIAN 18744063 DEL 25 MAY-2006- GRAN CONTRIBUYENTE SHD DDI-023769 DEL 29/11/RADICACION IVA-03-3140-15 REGIMEN COMUN

Esta factura se asimila en todos sus efectos a la factura comercial sujeta al impuesto con el artículo 774 del Código de Comercio. La no cancelación oportuna de esta factura, obligará al deudor al pago del máximo interés moratorio permitido por la ley.

PARA PRESENTAR SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO O SUGERENCIA, PUEDE HACER AL TELÉFONO EN BOGOTÁ 57-1-6289999, AL CORREO ELECTRÓNICO servicioalcliente@autoniza.com o www.autoniza.com. LA POR TENDRÁ UNA RESPUESTA DENTRO DE LOS SIGUIENTES 15 DÍAS HÁBILES.

La presentación de la PQR no libera al consumidor de la intervención de un abogado. En caso de no estar conforme con la decisión, podrá interponer una queja ante la SIC en Bogotá al teléfono 57-1-5920400, línea gratuita nacional 0800 910165 o al correo contactenos@sic.gov.co

Autorizo a Autoniza S.A., o a la entidad que ella designe expresa o irrevocablemente para que obtenga de cualquier fuente y se reporte a cualquier banco de datos las informaciones y referencias relativas a mi nombres, apellidos y documentos de identificación, acerca de mi comportamiento y crédito comercial, hábitos de pago, manejo mi (s) cuenta (s) y en general el cumplimiento de mis obligaciones pecuniarias.

Fecha validación Dian: 29-04-2024

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico, Software: PL-Colab

Fecha Doc: 23/nbr/2024

Página: Page 1 of 1

Fecha Imp: 23/abr/2024 02:48:34p.m

1103 REPUESTOS CL 80

AUTONIZA S.A.
860069497-4

Señores:

PBX: 628 99 99 FAX: 2 71 63 05

ALFAVIMESAS
NIT: 330033470
Dirección: CALLE 165BIS 56-203
Teléfono: 6721810
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
FAX: 3006869314
PA: COLOMBIA

Asesor:

GUERRERO DUQUE ALEXANDER

Contacto Cliente:

Código	Descripción	Ubicación	Comentario	Cantidad	Iva	Dcto	Vr. Unitario	Valor Total	Stock
8970851310	CORREA BOMBA-DIRECCION HIDRAULICA	MAC023		1.00	19	12.00	\$ 68.737.00	\$ 68.737.00	1.00
8973151530	CORREA VENTILADOR MOTOR	MAC024		1.00	19	12.00	\$ 96.600.00	\$ 96.600.00	6.00
MECANICA	MECANICA			1.00	19		\$ 67.000.00	\$ 67.000.00	

Forma de Pago: CREDITO 30

Subtotal: \$ 232.337.00

Descuento: (\$ 19.840.00)

IVA: \$ 40.374.00

VALOR TOTAL: \$ 252.871.00

Notas: NHR -- LIS787

RSCA 9167-12.053

APOGAR 250.818

212.497

40391

252.871

Elaboró

Autorizó

Firma y Sello del Cliente

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario14958062226

(415)7707212489984(8020) 000001495806222 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)86006949746. DV412. Dirección seccionalOperativa de Grandes Contribuyentes14. Buzón electrónico31

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona jurídica1

25. Tipo de documento

26. Número de Identificación

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón socialAUTONIZA S.A.

36. Nombre comercialAUTONIZA S.A.

37. SiglaAUTONIZA S.A.

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA169

39. DepartamentoBogotá D.C.11

40. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.001

41. Dirección principalDG 170 69 80

42. Correo electrónicoCONTABILIDAD@AUTONIZA.COM

43. Código postal10054

44. Teléfono16289999

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código4511

47. Fecha inicio actividad19790426

48. Código4530

49. Fecha inicio actividad19790426

50. Código45204512

51. Código

52. Número establecimientos8

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código3578910131415182642485255

03- Impuesto al patrimonio14- Informante de expropiación55- Informante de Beneficiarios Finales

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario15- Autorretenedor

07- Retención en la fuente a título de renta18- Precios de transferencia

08- Retención timbre nacional26- Declaración individual precios de tran

09- Retención en la fuente en el impuesto42- Obligado a llevar contabilidad

10- Obligado aduanero48- Impuesto sobre las ventas - IVA

13- Gran contribuyente52- Facturador electrónico

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código2223

55. Forma3

56. Tipo1

Servicio123

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. AnexosSI NOX

60. No. de Folios0

61. Fecha2023-10-20/10:56:04

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. NombreLINCE GOMEZ JUAN PABLO

985. CargoRepresentante legal Certificado

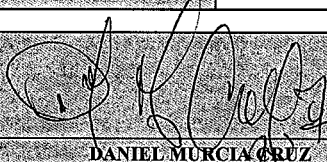
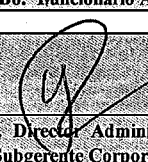
Fecha generación documento PDF: 26-10-2023 08:17:46AM

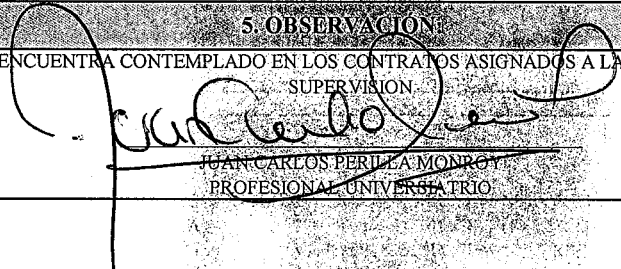
357

1. INFORMACIÓN	
CIUDAD Y FECHA	BOGOTA - 24 DE ABRIL DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	DANIEL MURCIA CRUZ
ÁREA / DEPENDENCIA	APH 738602005
CENTRO DE COSTO	9CVG44
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SAN BLAS

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR
REALIZAR CAMBIO DE CORREA BOMBA DIRECCION HIDRAULICA Y CORREA VENTILADOR MOTOR

3. JUSTIFICACION
SE REQUIERE REALIZAR CAMBIO DE CORREA BOMBA DIRECCION HIDRAULICA Y CORREA VENTILADOR MOTOR A LA MOVIL 7051 CON PLACAS LIS787 LA CUAL NO SE ENCUENTRA CONTEMPLADA EN EL CONTRATO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO EN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO	Vo.Bo. Funcionario Almacén
<div> DANIEL MURCIA CRUZ</div>			<div> Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo</div>

5. OBSERVACION
EL SERVICIO SOLICITADO NO SE ENCUENTRA CONTEMPLADO EN LOS CONTRATOS ASIGNADOS A LA DIRECCION ADMINISTRATIVA Y BAJO MI SUPERVISION
<div> JUAN CARLOS PERILLA MONROY PROFESIONAL UNIVERSITARIO</div>

I. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6181

FECHA

30/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

VALOR:

\$34.000,00

LA SUMA DE:

TREINTA Y CUATRO MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

CANCELADO A MARIE HELENA ENRIQUEZ ARGUELLO NIT 1.023.870.177 POR TRANSPORTE AL ASISTIR A REUNIÓN CON LA DOCTORA EDTH CÁRDENAS HERRERA CONTROL INTERNO, AUTORIZADO POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA TRANSPORTE.

Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bø. CUENTADANTE

*

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR	
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO		TAXI
1	11-04-24	Hospital Santa Clara	Sede Perseverancia	Reunión con la Dra. Edith Cordero Herrera Control Interno					X	\$ 16.200
2	11-04-24	Sede Perseverancia	Hospital Santa Clara	Retorno Sede a Reunión					X	\$ 17.800
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
										34.000

Marie Helena Enriquez Arguello

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

1023 0670 177 18

Diana Sandaval

V0 B0 REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E SE

7ADH02 51123001

V.O. BO. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6182

FECHA

30/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

VALOR:

\$47.000,00

LA SUMA DE:

CUARENTA Y SIETE MIL PESOS M.CTE.,

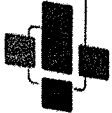
CONCEPTO:

CANCELADO AJUAN FELIPE FUENTES SARMIENTO NIT 1.019.077.311 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A CENTRO PERTENECIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E., PARA REALIZAR ENTREGA DE MATERIALES PARA TRABAJO PERSONAL DE MANTENIMIENTO, AUTORIZADO POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA.

Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bø. CUENTADANTE

361



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO PLANILLA DE AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTES POR CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-001
VERSION: 02
FECHA: 2017-05-09

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
1	29/04/2024	HOSPITAL SANTA CLARA	HOSPITAL VICTORIA	TRASLADO DE MATERIAL PARA TRABAJO PERSONAL DE MANTENIMIENTO				X	\$ 10.000,00
2	29/04/2024	HOSPITAL VICTORIA	HOSPITAL SANTA CLARA	REGRESO				X	\$ 11.000,00
3	30/04/2024	HOSPITAL SANTA CLARA	SAN BLAS	TRASLADO DE MATERIAL PARA TRABAJO PERSONAL DE MANTENIMIENTO				X	\$ 14.000,00
4	30/04/2024	SAN BLAS	HOSPITAL SANTA CLARA	REGRESO				X	\$ 12.000,00
5									
6									
7									
8									
9									
10									
TOTAL									\$ 47.000,00

JUAN CARLOS RIVERA SARMIENTO
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 1.019.077.311

V6B6 REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

Recibido
\$ 47000

[Signature]

V6B6 DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO(A)

7ADM03
\$11230001



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

I. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6183

FECHA

30/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

VALOR:

\$38.000,00

LA SUMA DE:

TREINTA Y OCHO MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

CANCELADO A ELSA MACIAS VEGA NIT 23.607.687 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A LA SEDE ADMINISTRATIVA CALLE 34 PARA CONSECUCIÓN DE FIRMA DE LA DOCTORA YANET RODRÍGUEZ EN CUENTAS DE COBRO PERSONAL DE CONTRATO, AUTORIZADO POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA.

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

363

CÓDIGO: AP-RF-FT-001
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-05-09

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO PLANILLA DE AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTES POR CAJA MENOR

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

Nº	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR		
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI		
1	30/04/2024	HOSPITAL SANTA CLARA	SEDE ADMINISTRATIVA CALLE 34	ENTREGA DE CUENTAS DE COBRO DE PERSONAL DE CONTRATO PARA FIRMA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA						X	\$ 20.000,00
2	30/01/1900	SEDE ADMINISTRATIVA CALLE 34	HOSPITAL SANTA CLARA	REGRESO						X	\$ 18.000,00
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
TOTAL											\$ 38.000,00

Elisavinda Vega
NOMBRE Y FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 23607637

[Signature]
V.O. B.O. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

Precio \$38.000.

[Signature]
V.O. B.O. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

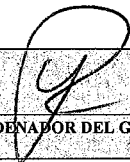
7ADND02
511230001

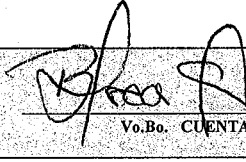
1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	812	FECHA	04/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	GASTOS EFECTIVO		
BANCO:	DAVIVIENDA		
VALOR:	5.000.000		
PAGADO CHEQUE N°	92946-7		

LA SUMA DE:	CINCO MILLONES DE PESOS M.CTE.
-------------	--------------------------------

CONCEPTO:	GASTOS EN EFECTIVO GENERADOS EN CAJA MENOR ASIGNADA A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------	---


Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bo. CUENTADANTE



DAVIVIENDA

CHEQUERA 930088598764

Cheque No.

92946-7

51

AÑO

MES

DÍA

2024/04/08

DOSNUEVECUATROSEISIETE

\$ 5.000.000,00

Páguese a la orden de:

Blanca Paulina Suarez Rosas

La suma de:

Cinco Millones de Pesos M/L

pesos M/L

92946-7 - 2023/04/26

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza
donde DAVIVIENDA tenga oficina.

92946-7

Firma(s) Autorizada(s)

811 1:000000051:930088598764 929467

Factos en efectivo generados en Casa Nueva
La Subred Centro Abad

Cheque No.

92946-7

DOSNUEVECUATROSEISIETE

COMPROBANTE

ELABORADO POR

REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBE

C.C. O NIT.

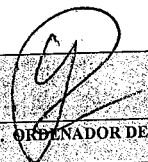
Blanca P. Suarez Rosas
317145711309

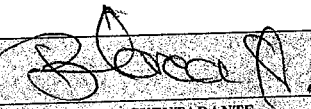
1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	813	FECHA	16/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	GASTOS EFECTIVO		
BANCO:	DAVIVIENDA		
VALOR:	5.000.000		
PAGADO CHEQUE N°	92947-0		

LA SUMA DE:	CINCO MILLONES DE PESOS M.CTE.
-------------	--------------------------------

CONCEPTO:	GASTOS EN EFECTIVO GENERADOS EN CAJA MENOR ASIGNADA A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------	---


Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bo. CUENTADANTE

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N° 814

FECHA 24/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL: GASTOS EFECTIVO

BANCO: DAVIVIENDA

VALOR: 5.000.000

PAGADO CHEQUE N° 92948-4

LA SUMA DE: CINCO MILLONES DE PESOS M.CTE.

CONCEPTO: GASTOS EN EFECTIVO GENERADOS EN CAJA MENOR ASIGNADA A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE



DAVIVIENDA

CHEQUERA 000060508751

Cheque No.

92948-4

51

AÑO

MES

DÍA

\$ 2.250.000

DAVIVIENDA S.A.

10-2021 pagado el Impuesto de timbre

Páguese a la orden de:

Blanca Paulina López Rojas

La suma de:

Dos Mil quinientos de Pesos M/L

pesos M/L

000060508751

dispapeles

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza
donde DAVIVIENDA tenga oficina.

Firma(s) Autorizada(s)

000000005005104300585967849977450

Cheque No.

92948-4

000060508751

COMPROBANTE


ELABORADO POR

REVISADO POR

AUTORIZADO POR



RECIBE

C.C. O NIT.

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR BANCOS</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-003 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-05-09</div>
---	--	---

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	815	FECHA	29/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MATERIAL QUIRÚRGICO	MÉDICO	
BANCO:	DAVIVIENDA		
VALOR:	4.480.000		
PAGADO CHEQUE N°	92949-8		
LA SUMA DE:	CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURAS No. FE-6521 \$1.360.000, FE 6530 \$800.000, FE 6531 \$2.320.000 EMERGENCIAS CLÍNICAS SAS NIT 800.105.155-7 (DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS CATÉTER VARIOS), NECESARIOS DE MANERA URGENTE PARA ATENCIÓN DE PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN LA UCI POR ENFERMEDADES RENALES AGUDAS, AUTORIZADO POR ANÍS CRISTINA GONZÁLEZ ROMERO, SERVICIOS COMPLEMENTARIOS/UNIDAD RENAL. R.FTE. 2.5%.....\$112.000 R.ICA 4.14 POR MIL..... 18.547		

 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO	 Vo.Bo. CUENTANTE
---	--

et. 12436
12437
12438

*

371



DAVIVIENDA

CHEQUERA 890063596764

Cheque No. 92949-8

51

AÑO 2024 MES 04 DÍA 21

005NUEVECUATRONUEVE00010
\$ 2.535.500,00

10-2021 pagado el impuesto de timbre

Páguese a la orden de:

Emergentes Clínicas SAS

La suma de:

Quatro Milloas Trececientos Cinquenta y tres mil quinientos pesos M/L

pesos M/L

92949-8 - 2024/04/26

disapeles

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza
donde DAVIVIENDA tenga oficina.

92949-8

Firma(s) Autorizada(s)

4116 00000005119300635967641979193

Cheque No.

92949-8

005NUEVECUATRONUEVE00010

COMPROBANTE

ELABORADO POR

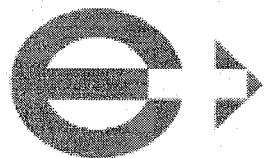
REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBE

C.C. O NIT.

Zulay C. García G.
1034307353



Emerclinicas

Emergencias Clínicas S.A.S.
Servicio de esterilización alta y baja temperatura
Hemodiálisis - Productos Médicos

Bogotá D.C., 06 de mayo de 2024

EMERGENCIAS CLÍNICAS S.A.S – EMERCLÍNICAS S.A.S
NIT. 800.105.155-7

Autorización:

Luis Gabriel Gomez identificado con C.C **86.048.505** de Villavicencio actuando en representación legal de **Emergencias Clinicas S.A.S**, autoriza a la señora **Zulmig Garcia** identificada con cédula de ciudadanía no **1.034.307.353** de Bogotá, para retirar cheque a nombre de nuestra compañía.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

LUIS GABRIEL GÓMEZ REINA
Representante Legal

EMERCLINICAS S.A.S
NIT 800.105.155-7

NIT 800.105.155-7

373

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.034.307.353**

GARCIA GALAVIS

APELLIDOS
ZULMIG CAROLINA

NOMBRES

[Signature]

[Portrait Photo]

[Fingerprint]

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-NOV-1983**

TACHIRA-SAN CRISTOBAL

VENEZUELA

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

22-DIC-2015 LA CALERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA VACA

[Barcode]

P-1513900-00841680-F-1034307353-20180728 0050632532G 1 45896088



EMERGENCIAS CLINICAS SAS

NIT : 800,105,155 - 7
CR 103 B 23 G 45
BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA
4153037 3212039711
emerclinicasfactura@gmail.com
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 46451 Tarifa 4,14



317

Cliente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900,959,051 - 7 /ld. Extranjero :	Teléfono	3444484
Dirección	DG 34 5 43	Vendedor	EMERGENCIAS CLINICAS
Ciudad	BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA	Centro Costo	1
Correo	maryoliruiiz@hotmail.com	Remisión	6.786
Order Reference Prefijo	Numero		

FACTURA ELECTRONICA DE VE

FE 6521

Fecha y Hora de Factura

Generación 2024-04-11 14:56:49
Expedición 2024-04-11 14:57:06
Vencimiento 2024-04-11

Descripción	UN	Cantida	% IVA	INVIMA	MARCA	CUM	Valor Unitario	Valor Total
CATETER TEMP PRECURVADO D/LUMEN ADUL 14FR-20CM INS	UN	1.00	0,00	2016DM-001609-R2	MEDCOMP	NA	560,000.00	560,000.00
MQWN340						1.00		
CATETER TEMP PRECURVADO D/LUMEN ADUL 14F								
F.V : 2028-08-23								
CATETER TEMPORAL RECTO D/LUMEN ADUL 11FR-20CM INS	UN	2.00	0,00	2016DM-001609-R2	MEDCOMP	NA	400,000.00	800,000.00
MQWN420						2.00		
CATETER TEMPORAL RECTO D/LUMEN ADUL 11FR								
F.V : 2028-08-17								

Total Bruto	1,360,000.00
Retenc. ICA	5,630.40
Total a Pagar	\$ 1.354.369,60

CONDICION DE PAGO

Credito Clientes Efectivo 1.354.369,60 Cuota 1 Vence el 2024-04-11

VALOR EN LETRAS

Un Millon Trescientos Cincuenta Y Cuatro Mil Trescientos Sesenta Y Nueve Pesos M/Cte Con 60/100

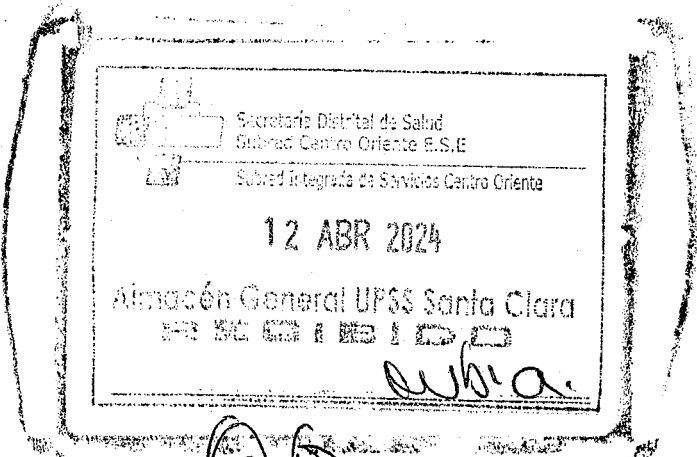
OBSERVACIONES

R. fte 250/ \$34.000
RICA 4114/10 5.630
\$39.630

A pagar \$1320.370

EMERCLINICAS S.A.S
NIT 800.105.155-7

Firma Elaborado por : MAGALLI GOMEZ



Anis Cristina Gonzalez R

Firma Recibido

Zulwig C Garcia G - Recibido
1039307353 ch # 92949-8

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Resolución y/o Autorización de facturación No. 18764050298403 aprobado en 2023-06-10 vigente 12 Meses, prefijo FE desde el número 5295 al 10000

CUFE :3e4a4518622c6c34abdd07c3b5cbafef4e892629d6c0368609d35be20358614229099e6de5315c947aaf158cd1bcd44

COPIA

Pagina : 1 de 1

ALBERTO OBANDO LEON*Contador Público - Universidad Santo Tomas de Aquino*


A QUIEN INTERESE**El suscrito Revisor Fiscal,**

Certifica que la sociedad, **EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S. "EMERCLINICAS S.A.S."**, con domicilio en esta ciudad, e identificada con el Nit. No. 800.105.155-7, ha apropiado y cumplido cabalmente en el año 2023 y en lo que va corrido del 2024 con la liquidación y el pago oportuno por concepto de la cancelación de sus obligaciones con los Sistemas de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y Parafiscales (aportes a las Cajas de Compensación familiar) de todo el personal que se encuentra laborando dentro de la misma y que así lo requiere. De acuerdo con el artículo 25 de la ley 1607 del 26 de diciembre de 2012 se encuentra exonerada del pago de aportes parafiscales al instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y al servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) desde el 1 de julio del año 2013 fecha en la que se implementó el sistema de retenciones en la fuente para el recaudo del impuesto sobre la renta para la equidad -CREE. También certifico que la empresa ha cumplido con el pago oportuno de sus nóminas, encontrándose a paz y salvo por todo concepto laboral y prestacional.

Lo anterior para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, Artículo 1º de la ley 828 de 2003 y del Art. 23 de la ley 1150 de 2007.

La presente se expide a los tres (03) días del mes de abril del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,



C.P. ALBERTO OBANDO LEON
Revisor Fiscal – EMERCLINICAS S.A.S.
CC # 13.837.414
TP # 9463-T

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario14843494095

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)8001051557

6. DV7

12. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico32

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza2

63. Formas asociativas12

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

65. Fondos

66. Cooperativas

67. Sociedades y organismos extranjeros

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

70. Beneficio1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase05

72. Número417

73. Fecha19900828

74. Número de notaría45

75. Entidad de registro03

76. Fecha de registro19900905

77. No. Matrícula mercantil00421910

78. Departamento11

79. Ciudad/Municipio4

82. Nacional100%

83. Nacional público0.0%

84. Nacional privado100.0%

85. Extranjero0%

86. Extranjero público0.0%

87. Extranjero privado0.0%

Vigencia

80. Desde19900828

81. Hasta

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y controlSuperintendencia de Sociedades5

Estado y Beneficio

Item

89. Estado actual

90. Fecha cambio de estado

91. Número de Identificación Tributaria (NIT)

92. DV

1

3

4

5

Vinculación económica

93. Vinculación económica

94. Nombre del grupo económico y/o empresarial

95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante

96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior

171. País

172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14843494095

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 0 0 1 0 5 1 5 5

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Representación

98. Representación

REPRS LEGAL PRIN

1 8

99. Fecha inicio ejercicio representación

2 0 1 5 0 9 1 4

100. Tipo de documento

Cédula de Ciudadaní 1 3

101. Número de identificación

8 6 0 4 8 5 0 5

102. DV

1

103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido

GOMEZ

105. Segundo apellido

REINA

106. Primer nombre

LUIS

107. Otros nombres

GABRIEL

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)

109. DV

110. Razón social representante legal

98. Representación

REPRS LEGAL SUPL

1 9

99. Fecha inicio ejercicio representación

2 0 2 2 0 4 2 8

100. Tipo de documento

Cédula de Ciudadan 1 3

101. Número de identificación

1 0 1 0 1 7 4 0 1 7

102. DV

103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido

BEDOYA

105. Segundo apellido

REINA

106. Primer nombre

MARIA

107. Otros nombres

TERESA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)

109. DV

110. Razón social representante legal

98. Representación

99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento

101. Número de identificación

102. DV

103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido

105. Segundo apellido

106. Primer nombre

107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)

109. DV

110. Razón social representante legal

98. Representación

99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento

101. Número de identificación

102. DV

103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido

105. Segundo apellido

106. Primer nombre

107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)

109. DV

110. Razón social representante legal

98. Representación

99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento

101. Número de identificación

102. DV

103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido

105. Segundo apellido

106. Primer nombre

107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)

109. DV

110. Razón social representante legal

Fecha generación documento PDF: 07-03-2024 11:53:55AM

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14843494095



(415)7707212489984(8020) 000001484349409 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 0 0 1 0 5 1 5 5 7 6. DV 7 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 14. Buzón electrónico 3 2

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación 3 1 1 6 6 3 5 7 4 6	113. DV 1	114. Nacionalidad COLOMBIA	116. Segundo apellido SANCHEZ	117. Primer nombre OSCAR	118. Otros nombres HUMBERTO
119. Razón social						
120. Valor capital del socio 100,000,000		121. % Participación 5 0		122. Fecha de ingreso 1 9 9 0 0 9 0 5		123. Fecha de retiro 2 0 1 2 1 0 0 2

111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación 3 1 2 1 2 2 9 2 2 7	113. DV 6	114. Nacionalidad COLOMBIA	116. Segundo apellido BEDOYA	117. Primer nombre TERESITA	118. Otros nombres DE JESUS
119. Razón social						
120. Valor capital del socio 100,000,000		121. % Participación 5 0		122. Fecha de ingreso 1 9 9 0 0 9 0 5		123. Fecha de retiro 2 0 1 2 1 0 0 2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
119. Razón social						
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso		123. Fecha de retiro

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
119. Razón social						
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso		123. Fecha de retiro

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
119. Razón social						
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso		123. Fecha de retiro

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

381

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14843494095

(415)7707212489984(8020) 000001484349409 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 0 0 1 0 5 1 5 5

7

Impuestos de Bogotá

3 2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

125. Número de identificación

1 3 8 3 7 4 1 4

126. DV

127. Número de tarjeta profesional

9 4 6 3 T

128. Primer apellido

OBANDO

129. Segundo apellido

LEON

130. Primer nombre

ALBERTO

131. Otros nombres

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)

133. DV

134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento

2 0 1 7 0 5 2 5

Revisor fiscal

136. Tipo de documento

137. Número de identificación

138. DV

139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido

141. Segundo apellido

142. Primer nombre

143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)

145. DV

146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento

149. Número de identificación

150. DV

151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido

153. Segundo apellido

154. Primer nombre

155. Otros nombres

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)

157. DV

158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento

Fecha generación documento PDF: 07-03-2024 11:53:55AM



COTIZACION				N° 201500341		
				FECHA		11/04/2024
DIRIGIDO A	HSUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD			VALIDEZ		
CUIDAD	CENTRO ORIENTE E.S.E.			60 DIAS		
	BOGOTA			A CONVENIR		
				COTIZACION		
ITEMS	PRODUCTO	CANT	PRESENTACION	Valor Unitario	IVA 19%	Valor total
1	CATETER TEMP PRECURVADO D/LUMEN ADUL 14FR-20CM INS	1	UNIDAD	\$ 560.000		\$ 560.000
2	CATETER TEMPORAL RECTO D/LUMEN ADUL 11FR-20CM INS	1	UNIDAD	\$ 400.000		\$ 400.000
TOTAL						\$ 960.000
OBSERVACIONES:						
NIT 800.105.155-7 Carrera 103 B N° 23 G-45 – Teléfonos: 3003986 – 4153037 – E-mail:emerclinicassas@gmail.com www.emerclinicas.com Bogotá, D.C Colombia						

BIOHEALTHY SAS				
ITEM	NOMBRE/ DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO
				VALOR TOTAL
1	Cateter temporal precurvado D/Lumen Adulto 14FR-20 CM	UNIDAD	1	560.000
2	Cateter temporal recto D/Lumen Adulto 11 FR-20 CM INS	UNIDAD	2	400.000
TOTAL				1.360.000

384

RE: SOLICITUD VERIFICACIÓN CONTRATO

compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>

Vie 12/04/2024 9:52 AM

Para:Unidad Renal <unidadrenal@subredcentrooriente.gov.co>;pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>;John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>;Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>;cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>

CC:Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo,

se informa que los insumos:

Catéter temporal precurvado D/Lumen Adulto 14FR-20 CM

Catéter temporal recto D/Lumen Adulto 11 FR-20 CM INS

No cuenta con contrato a la fecha.

Cordialmente,



Patricia Ballesteros Silva

Cargo: Profesional Universitario
Dirección de Contratación
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E

@subredcentrooriente @subred_centrooriente
 @SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
 www.subredcentrooriente.gov.co

De: Unidad Renal <unidadrenal@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: viernes, 12 de abril de 2024 9:29 a. m.

Para: compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>; Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>

Cc: Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>


Asunto: SOLICITUD VERIFICACIÓN CONTRATO

Buenos días, cordial saludo.

De acuerdo a solicitud se solicita confirmación de existencia de contrato y existencia en almacén de los siguientes dispositivos pendiente en la modalidad de trámite por caja menor:

				BIOHEALTHY SAS	
ITEM	NOMBRE/ DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Cateter temporal precurvado D/Lumen Adulto 14FR-20 CM	UNIDAD	1	560.000	560.000
2	Cateter temporal recto D/Lumen Adulto 11 FR-20 CM INS	UNIDAD	2	400.000	800.000
TOTAL					1.360.000

385

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS</div> <div>FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-002</div> <div>VERSIÓN: 03</div> <div>FECHA: 2018-05-16</div>
---	---	---

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	Boytá 11 de abril de 2024.
NOMBRE FUNCIONARIO	Alexandra García
ÁREA / DEPENDENCIA	Unidad Rend
CENTRO DE COSTO	15CT03 735201002
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	Santa clara

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

1 Catéter temporal precurvado Ø lumen adulto 14FR - 20 CM
2 Catéter temporal recto Ø lumen adulto 11FR - 20 CM.

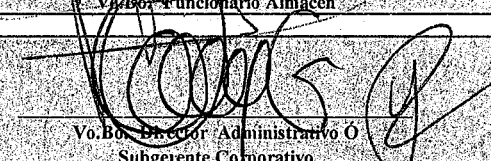
3. JUSTIFICACIÓN

Requerido de manera urgente para atención de pacientes que se encuentran en la UCI por enfermedades fatales agudas.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO

<div>Alexandra García.</div> <div>Nombre Funcionario y/o Contratista</div>
--

<div></div> <div>Vo.Bo. Funcionario Almacén</div>

<div></div> <div>Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo</div>
--

5. OBSERVACIÓN:

Secretaría de Salud
Subred integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000075720

PROVEEDOR: EMERGENCIAS CLÍNICAS SAS

CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.)

DIRECCION: CR 103 B N 23 G - 45

TELEFONO: 6014153037

Nº FACTURA: FE6521

NIT: 800105155

% ICA: 4.1400

PLAZO: 0

FECHA: 17/04/2024 09:51 a.m.

ESTADO: Confirmado

MONEDA: Pesos

TASA CAM: 0.00

FECHA FAC: 11/04/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	% DTO	% IVA
121QQ035730	CATETER TEMPORAL RECTO DOBLE LUMEN ADULTO 11FR -20CM CON SET PARA INSERCIÓN (UR)	UNIDAD	2.00	\$400,000.00	\$800,000.00	0.00	0.00
121QQ035732	CATETER DOBLE LUMEN HEMODIALISIS 14 FR X 20 CM (UR)	UNIDAD	1.00	\$560,000.00	\$560,000.00	0.00	0.00

DETALLE	SUBTOTAL:	\$1,360,000.00
COMPRA POR CAJA MENOR - FISICAMENTE EL PEDIDO LLEGO AL ALMACEN PRINCIPAL DEL HOSPITAL SANTA CLARA - VÍCTOR CHAVEZ.	DESCUENTO:	\$0.00
	IMPUESTO:	\$0.00
	FLETES:	\$0.00
	IMP FLETES:	\$0.00
	RETE IVA:	\$0.00
	RETE ICA:	\$5,630.00
	RETE FUENTE:	\$34,000.00
	OTRAS RETE:	\$0.00
	OTRAS DEDUC:	\$0.00
	IMP DISTRI:	\$0.00
	AJUSTE RED:	\$0.00
	AJUSTE AL TOTAL:	\$0.00
	TOTAL COMPR:	\$1,320,370.00

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON TRESCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Adriana M. Lugo

CUENTAS POR PAGAR
Revisado Impuestos:

Elaboró

Revisó Almacen



EMERGENCIAS CLINICAS SAS
NIT : 800,105,155 - 7
CR 103 B 23 G 45
BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA
4153037 3212039711
emerclinicasfactura@gmail.com
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 46451 Tarifa 4,14



Cliente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			Teléfono	3444484
NIT	900,959,051 - 7 /Id. Extranjero :			Vendedor	EMERGENCIAS CLINICAS
Dirección	DG 34 5 43			Centro Costo	1
Ciudad	BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA			Remisión	6.765
Correo	maryolirui@hotmail.com			Numero	
Order Reference Prefijo					

FACTURA ELECTRONICA DE VE	
FE 6530	
Fecha y Hora de Factura	
Generación	2024-04-13 10:57:35
Expedición	2024-04-13 10:58:03
Vencimiento	2024-07-13

Descripción	UN	Cantida	% IVA	INVIMA	MARCA	CUM	Valor Unitario	Valor Total
CATETER TEMPORAL RECTO D/LUMEN ADUL 11FR-20CM INS	UN	2.00	0,00	2016DM-001609-R2	MEDCOMP	NA	400,000.00	800,000.00
MQWN420	CATETER TEMPORAL RECTO D/LUMEN ADUL 11FR	F.V : 2028-08-17		2.00				

Total Bruto	800,000.00
Retenc. ICA	3,312.00
Total a Pagar	\$ 796.688,00

CONDICION DE PAGO

Credito Clientes Efectivo 796.688,00 Cuota 1 Vence el 2024-07-13

VALOR EN LETRAS

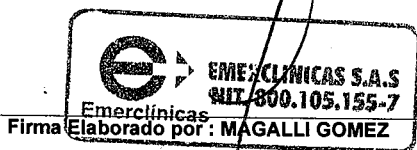
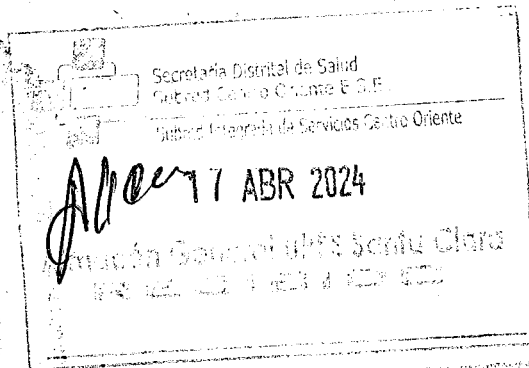
Setecientos Noventa Y Seis Mil Seiscientos Ochenta Y Ocho Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

LOTE MQWN420 INVIMA 2016DM-001609-R2 FECHA DE VENCIMIENTO 2028-08-17

R.Fte 2.5% \$ 20.000
R-ICA 4,14% 3.312
\$ 23.312

A pagar \$ 776.688



Alejandra García
Firma Recibido

Dulce C. García G. Recibido ch# 92949
1034307353

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Resolución y/o Autorización de facturación No. 18764050298403 aprobado en 2023-06-10 vigente 12 Meses, prefijo FE desde el número 5295 al 10000

CUFE :fc5840e2def1020d36171967d5525f2fd9131f7383c81213a2644e73e10cd81ba13a195a3b59935abf416d9b3e840bed

ORIGINAL

Pagina : 1 de 1

1/2

201

De acuerdo a solicitud se solicita confirmación de existencia de contrato y existencia en almacén de los siguientes dispositivos pendiente en la modalidad de trámite por caja menor:

ITEM	NOMBRE/ DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Catéter temporal recto D/Lumen Adulto 11FR	UNIDAD	2	400.000	800.000
TOTAL					800.000

15/4/2024 Estamos atentos a su respuesta para continuar el proceso para Unidad Renal

Cordialmente,



Mayra Alejandra García Villamil

Dirección Servicios Complementarios
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.

- @subredcentrooriente

@SubRedCentroOri

www.subredcentrooriente.gov.co
- @subred_centrooriente

Subred Centro Oriente

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIA Y/O CONTRATO

compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>

Mar 16/04/2024 1:46 PM

Para:Unidad Renal <unidadrenal@subredcentrooriente.gov.co>;Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>;John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>;cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>;pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>
CC:Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>

cordial saludo.

se informa que este insumo no se encuentra contratado.

cordialmente,



Patricia Ballesteros Silva

Cargo: Profesional Universitario
Dirección de Contratación
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.

📧 @subredcentrooriente 📧 @subred_centrooriente
📧 @SubRedCentroOri 📧 Subred Centro Oriente
🌐 www.subredcentrooriente.gov.co

De: Unidad Renal <unidadrenal@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: martes, 16 de abril de 2024 1:08 p. m.

Para: Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>

Cc: Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: CONFIRMACIÓN EXISTENCIA Y/O CONTRATO

Buenas tardes, cordial saludo.

De acuerdo a solicitud se solicita confirmación de existencia de contrato y existencia en almacén de los siguientes dispositivos pendiente en la modalidad de trámite por caja menor:

ITEM	NOMBRE/ DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Catéter temporal recto D/Lumen Adulto 11FR	UNIDAD	2	400.000	800.000
TOTAL					800.000

Estamos atentos a su respuesta para continuar el proceso para Unidad Renal

Cordialmente,



Mayra Alejandra García Villamil

Dirección Servicios Complementarios
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.

📧 @subredcentrooriente 📧 @subred_centrooriente
📧 @SubRedCentroOri 📧 Subred Centro Oriente
🌐 www.subredcentrooriente.gov.co

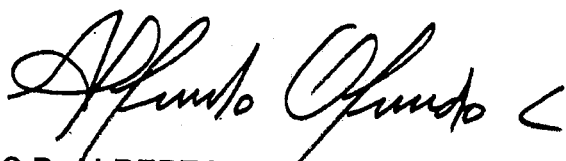
ALBERTO OBANDO LEON*Contador Público - Universidad Santo Tomas de Aquino***A QUIEN INTERESE****El suscrito Revisor Fiscal,**

Certifica que la sociedad, **EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S. "EMERCLINICAS S.A.S."**, con domicilio en esta ciudad, e identificada con el Nit. No. 800.105.155-7, ha apropiado y cumplido cabalmente en el año 2023 y en lo que va corrido del 2024 con la liquidación y el pago oportuno por concepto de la cancelación de sus obligaciones con los Sistemas de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y Parafiscales (aportes a las Cajas de Compensación familiar) de todo el personal que se encuentra laborando dentro de la misma y que así lo requiere. De acuerdo con el artículo 25 de la ley 1607 del 26 de diciembre de 2012 se encuentra exonerada del pago de aportes parafiscales al instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y al servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) desde el 1 de julio del año 2013 fecha en la que se implementó el sistema de retenciones en la fuente para el recaudo del impuesto sobre la renta para la equidad –CREE. También certifico que la empresa ha cumplido con el pago oportuno de sus nóminas, encontrándose a paz y salvo por todo concepto laboral y prestacional.

Lo anterior para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, Artículo 1º de la ley 828 de 2003 y del Art. 23 de la ley 1150 de 2007.

La presente se expide a los tres (03) días del mes de abril del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,



C.P. ALBERTO OBANDO LEON
Revisor Fiscal – EMERCLINICAS S.A.S.
CC # 13.837.414
TP # 9463-T

392

Certificado Bancario

Jueves, 4 de abril de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que EMERGENCIAS CLINICAS SAS identificado(a) con NIT 800105155, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	04905462092	2000/10/10	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

BOGOTÁ - COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. - Institución Financiera

394

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14843494095

(415)7707212489984(8020) 000001484349409 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 0 0 1 0 5 1 5 5 7

Impuestos de Bogotá

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 2

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

65. Fondos

66. Cooperativas

67. Sociedades y organismos extranjeros

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

70. Beneficio

1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase

0 5

72. Número

4 1 7

73. Fecha

1 9 9 0 0 8 2 8

74. Número de notaría

4 5

75. Entidad de registro

0 3

76. Fecha de registro

1 9 9 0 0 9 0 5

77. No. Matricula mercantil

0 0 4 2 1 9 1 0

78. Departamento

1 1

79. Ciudad/Municipio

4

82. Nacional

1 0 0 %

83. Nacional público

0 . 0 %

84. Nacional privado

1 0 0 . 0 %

85. Extranjero

0 %

86. Extranjero público

0 . 0 %

87. Extranjero privado

0 . 0 %

80. Desde

81. Hasta

1 9 9 0 0 8 2 8

Entidad de vigilancia y control

5

88. Entidad de vigilancia y control

Superintendencia de Sociedades

Estado y Beneficio

Item

89. Estado actual

90. Fecha cambio de estado

91. Número de Identificación Tributaria (NIT)

92. DV

Vinculación económica

93. Vinculación económica

94. Nombre del grupo económico y/o empresarial

95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante

96. DV

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior

171. País

172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP



173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

Fecha generación documento PDF: 07-03-2024 11:53:55AM



395

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Representación		Página 3 de 5 Hoja 3		001	
Espacio reservado para la DIAN				4. Número de formulario 14843494095			
				 (415)7707212489984(8020) 000001484349409 5			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
8 0 0 1 0 5 1 5 5		7		Impuestos de Bogotá		2	
Representación							
98. Representación REPRS LEGAL PRIN				99. Fecha inicio ejercicio representación 1 8 2 0 1 5 0 9 1 4			
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan		101. Número de identificación 1 3 8 6 0 4 8 5 0 5		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido GOMEZ		105. Segundo apellido REINA		106. Primer nombre LUIS		107. Otros nombres GABRIEL	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación REPRS LEGAL SUPL				99. Fecha inicio ejercicio representación 1 9 2 0 2 2 0 4 2 8			
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan		101. Número de identificación 1 3 1 0 1 0 1 7 4 0 1 7		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido BEDOYA		105. Segundo apellido REINA		106. Primer nombre MARIA		107. Otros nombres TERESA	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			

396

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 4 de 5 Hoja 4			
				4. Número de formulario 14843494095			
				 (415)7707212489984(8020) 000001484349409 5			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico		
8 0 0 1 0 5 1 5 5		7	Impuestos de Bogotá		3 2		
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales							
1	111. Tipo de documento	112. Número de identificación		113. DV	114. Nacionalidad		
	NIT	3 1	1 6 6 3 5 7 4 6	1	COLOMBIA		
	115. Primer apellido	116. Segundo apellido		117. Primer nombre	118. Otros nombres		
	BEDOYA	SANCHEZ		OSCAR	HUMBERTO		
	119. Razón social						
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso		123. Fecha de retiro	
100,000,000		5 0		1 9 9 0 0 9 0 5		2 0 1 2,1 0 0 2	
2	111. Tipo de documento	112. Número de identificación		113. DV	114. Nacionalidad		
	NIT	3 1	2 1 2 2 9 2 2 7	6	COLOMBIA		
	115. Primer apellido	116. Segundo apellido		117. Primer nombre	118. Otros nombres		
	REINA	BEDOYA		TERESITA	DE JESUS		
	119. Razón social						
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso		123. Fecha de retiro	
100,000,000		5 0		1 9 9 0 0 9 0 5		2 0 1 2,1 0 0 2	
3	111. Tipo de documento	112. Número de identificación		113. DV	114. Nacionalidad		
	115. Primer apellido	116. Segundo apellido		117. Primer nombre	118. Otros nombres		
	119. Razón social						
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso		123. Fecha de retiro	
4	111. Tipo de documento	112. Número de identificación		113. DV	114. Nacionalidad		
	115. Primer apellido	116. Segundo apellido		117. Primer nombre	118. Otros nombres		
	119. Razón social						
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso		123. Fecha de retiro	
5	111. Tipo de documento	112. Número de identificación		113. DV	114. Nacionalidad		
	115. Primer apellido	116. Segundo apellido		117. Primer nombre	118. Otros nombres		
	119. Razón social						
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso		123. Fecha de retiro	

399

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Revisor Fiscal y Contador				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 5 de 5 Hoja 5			
				4. Número de formulario 14843494095			
				 (415)7707212489984(8020) 000001484349409 5			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
8 0 0 1 0 5 1 5 5		7		Impuestos de Bogotá		3 2	
Revisor Fiscal y Contador							
Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento		125. Número de identificación		126. DV		127. Número de tarjeta profesional
	Cédula de Ciudadanía 1 3		1 3 8 3 7 4 1 4				9 4 6 3 T
	128. Primer apellido		129. Segundo apellido		130. Primer nombre		131. Otros nombres
	OBANDO		LEON		ALBERTO		
Revisor fiscal suplente	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)		133. DV		134. Sociedad o firma designada		
	135. Fecha de nombramiento		2 0 1 7 0 5 2 5				
	136. Tipo de documento		137. Número de identificación		138. DV		139. Número de tarjeta profesional
	140. Primer apellido		141. Segundo apellido		142. Primer nombre		143. Otros nombres
Contador	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)		145. DV		146. Sociedad o firma designada		
	147. Fecha de nombramiento						
	148. Tipo de documento		149. Número de identificación		150. DV		151. Número de tarjeta profesional
	152. Primer apellido		153. Segundo apellido		154. Primer nombre		155. Otros nombres
Contador	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)		157. DV		158. Sociedad o firma designada		
	159. Fecha de nombramiento						

Emergencias Clínicas
M.O. \$800.000=

398



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-002
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-05-16

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	Bogotá, 16 de abril - 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	Alexandra García
ÁREA / DEPENDENCIA	Unidad Renal
CENTRO DE COSTO	15CT03 735201002
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	Santa Clara

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

2 Cateter temporal recto diámetro adulto 11FR x 20cm

3. JUSTIFICACIÓN

Requerido de manera urgente para atención de pacientes que se encuentran en la UCI por enfermedades renales agudas.

4. ¿Existe en Almacén Central?

SI

NO

Alexandra García

Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

Actualmente no contamos con contrato para el suministro de este insumo.

[Handwritten signature]

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000075990

PROVEEDOR: EMERGENCIAS CLINICAS SAS NIT: 800103133 FECHA: 25/04/2024 08:08 a.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CR.103 BN 23 G - 45 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 9014133037 TASA CAM: 0.00
Nº FACTURA: FE6530 %ICA: 4.1400 PLAZO: 0 FECHA FAC: 13/04/2024 12:00 a.m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR U	SUBTOTAL	%DIO	%IVA
1210Q035730	CATETER TEMPORAL RECTO DOBLE UJIMEN ADULTO UJEL-20CM CON SET PARA INSERCCION(UJ)	UNIDAD	2.00	1.400.000.00	1.800.000.00	0.00	0.00

DETALLE	SUBTOTAL:	1.800.000.00
CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA- UNIDAD RENAL, DIGITA LUDY TORRES	DESCUENTO:	10.00
	IMPUESTO:	10.00
	FIETES:	10.00
	IMP FIETES:	10.00
	RETE IVA:	10.00
	RETE ICA:	13.312.00
	RETE FUENTE:	120.000.00
	OTRAS RETE:	10.00
	OTRAS DEDUC:	10.00
	IMP DISTRI:	10.00
	AJUSTE RED:	10.00
	AJUSTE AL TOTAL:	10.00
	TOTAL COMPE:	1.776.682.00

TOTAL COMPROBANTE:
SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS
MCHs.

Adriana M. Lugo
Cuentas por Pagar
Revisado Impuestos:

Revisó Almacén

400



EMERGENCIAS CLINICAS SAS
NIT : 800,105,155 - 7
CR 103 B 23 G 45
BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA
4153037 3212039711
emerclinicasfactura@gmail.com
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 46451 Tarifa 4,14



Cliente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			Teléfono	3444484
NIT	900,959,051 - 7 /Id. Extranjero :			Vendedor	EMERGENCIAS CLINICAS
Dirección	DG 34 5 43			Centro Costo	1
Ciudad	BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA			Remisión	6.794
Correo	maryolirui@hotmail.com				
Order Reference Prefijo				Numero	

FACTURA ELECTRONICA DE VE	
FE 6531	
Fecha y Hora de Factura	
Generación	2024-04-13 11:16:52
Expedición	2024-04-13 11:17:38
Vencimiento	2024-04-13

Descripción	UN	Cantidad	% IVA	INVIMA	MARCA	CUM	Valor Unitario	Valor Total
CAT TEMP PRECURVADO D/LUMEN ADUL 14FR 15-17CM INS	UN	2.00	0,00	2019DM-0020562	BIOMEDICAL PHARMA	NA	560,000.00	1,120,000.00
20230070 CAT TEMP PRECURVADO D/LUMEN ADUL 14FR 15			F.V : 2026-03-30			2.00		
CATETER TEMPORAL RECTO D/LUMEN ADUL 14FR-15CM INS	UN	2.00	0,00	2016DM-001609-R2	MEDCOMP	NA	400,000.00	800,000.00
22010 CAT TEMPORAL RECTO D/LUMEN ADUL 14FR-17C			F.V : 2025-09-30			2.00		
CATETER TEMPORAL RECTO D/LUMEN ADUL 14FR-20CM INS	UN	1.00	0,00	2019DM-0020562	BIOMEDICAL PHARMA	NA	400,000.00	400,000.00
20230245 CAT TEMPORAL RECTO D/LUMEN ADUL 14FR-20C			F.V : 2026-09-30			1.00		

Rfte 2.5% \$58,000
RICA 4,14% 9,605
67,605

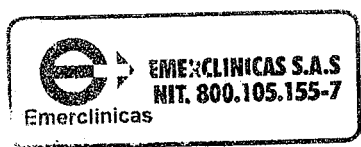
A pagar \$2'252.395°

Total Bruto	2,320,000.00
RTE-FTE 2.5%	58,000.00
Retenc. ICA	9,604.80
Total a Pagar	\$ 2,252,395.20

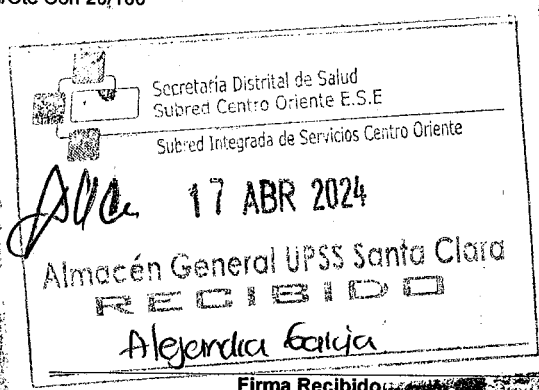
CONDICION DE PAGO: Credito Clientes Efectivo 2.252.395,20 Cuota 1 Vence el 2024-04-13

VALOR EN LETRAS Dos Millones Doscientos Cincuenta Y Dos Mil Trescientos Noventa Y Cinco Pesos-M/Cte Con 20/100

OBSERVACIONES



Firma Elaborado por : MAGALLI GOMEZ



Zulay C. Garcia C. Recibido ch# 92949-8
1034 307353

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Resolución y/o Autorización de facturación No. 18764050298403 aprobado en 2023-06-10 vigente 12 Meses, prefijo FE desde el número 5295 al 10000

CUFE :15b01fb011bb9e7403207af1eccbbf707846fcfb4558b7fdb076edefa1b1cc583a8e20992af7d4fe454b9b634381eeab

401



Patricia Ballesteros Silva
Cargo: Profesional Universitario
Dirección de Contratación
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E
@subredcentrooriente @subred_centrooriente
@SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co

De: Unidad Renal <unidadrenal@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: lunes, 15 de abril de 2024 9:00 a. m.
Para: cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>; Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: CONFIRMACIÓN EXISTENCIA Y/O CONTRATO

Buenos días, cordial saludo.

De acuerdo a solicitud se solicita confirmación de existencia de contrato y existencia en almacén de los siguientes dispositivos pendiente en la modalidad de trámite por caja menor:

ITEM	NOMBRE/ DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Catéter temporal precurvado D/Lumen Adulto 14FR 15 CM	UNIDAD	2	560.000	1.120.000
2	Catéter temporal recto D/Lumen Adulto 14 FR - 17C	UNIDAD	2	400.000	800.000
3	Catéter temporal recto D/Lumen Adulto 14 FR - 20C	UNIDAD	1	400.000	400.000
TOTAL					2.320.000

Estamos atentos a su respuesta para continuar el proceso para Unidad Renal

Cordialmente,



Mayra Alejandra García Villamil
Dirección Servicios Complementarios
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E
@subredcentrooriente @subred_centrooriente
@SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co

407

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIA Y/O CONTRATO

John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>

Lun 15/04/2024 11:01 AM

Para:compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>;Unidad Renal <unidadrenal@subredcentrooriente.gov.co>;cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>;Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>;Eduardt Hanns González Roa <insumosmx@subredcentrooriente.gov.co>;John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
CC:Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial Saludo

Con el fin de llevar una adecuado trazabilidad a la creación de códigos y Homologación solicitamos de su valiosa colaboración revisando si la Tabla Uno y la Tabla son los mismos ítem o de ser diferentes solicitamos adjuntar las fichas Técnicas para realizar su Creación en el modulo de Dinámica Gerencial

Item Creados en Aplicativo Dinamica Gerencial	
Código	Nombre
121QQ035751	CATETER DOBLE LUMEN HEMODIALISIS 11 FR X 20 CM (UR)
121QQ035731	CATETER DOBLE LUMEN HEMODIALISIS 14 FR X 17 CM (UR)
121QQ035732	CATETER DOBLE LUMEN HEMODIALISIS 14 FR X 20 CM (UR)
121QQ035730	CATETER TEMPORAL RECTO DOBLE LUMEN ADULTO 11FR. -20CM CON SET PARA INSERCIÓN (UR)

Item Solicitados par Verificacion de Existencias	
ITEM	DESCRIPCIÓN DETALLADA
1	Catéter temporal precurvado D/Lumen Adulto 14FR 15 CM
2	Catéter temporal recto D/Lumen Adulto 14 FR - 17C
3	Catéter temporal recto D/Lumen Adulto 14 FR - 20C

Estamos atentos a su respuesta para continuar el proceso para Unidad Renal

Cordialmente,



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



LUIS ARMANDO RODRIGUEZ PINILLA
Cargo: Tecnólogo Apoyo Administrativo
Oficina Apoyo Administrativo
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 3044826645

- @subredcentrooriente
- @subred_centrooriente
- @SubRedCentroOri
- Subred Centro Oriente
- www.subredcentrooriente.gov.co

De: compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: lunes, 15 de abril de 2024 9:20 a. m.
Para: Unidad Renal <unidadrenal@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>; Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIA Y/O CONTRATO

Cordial saludo,

se informa que estos insumos no se encuentran contratados.

Cordialmente,

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIA Y/O CONTRATO

John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>

Mar 16/04/2024 11:27 AM

Para:Unidad Renal <unidadrenal@subredcentrooriente.gov.co>;cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>;compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>;Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>
CC:Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo

Me permito informar que una vez revisado el módulo de inventarios con corte al día de hoy 16/04/2024, **NO** se cuenta con existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente, del insumo que se describe a continuación:

121QQ035752 CATETER DOBLE LUMEN HEMODIALISIS 14 FR X 15 CM (UR)

AGREGAR

GRABAR

GRABAR-CERRAR

DESHACER

CERRAR

Producto

Código:121QQ035752

Código Alterno:121QQ035752

Código Agrupamiento:

Descripción de Agrupamiento:

Indicaciones y Autorizaciones

Autorización Cubrimiento POS por Diagnósticos

Vías de Administración

Dispensación Terceros

Unidades de Medida Mymed

Descripción Corta:CATETER DOBLE LUMEN HEMOD...

Descripción Larga:CATETER DOBLE LUMEN HEMODIALISIS 14 FR X 15 CM (UR)

Código CUM:

Clase:

Tipo:

Tipo Distribución:Sin definir

Grupo:121

Subgrupo:QQ03

DISPOSITIVO MEDICOS

IVA:1

EXENTO

IVA Fact:

Unidad de Medida:74

UNIDAD

Fracción:1

Unidad de Consumo:UNIDAD

General

Agrupamiento

Valores

Existencias

Códigos de Barra

Proveedores

LOTE

FECHA VENCIMIENTO

DISPONIBLE

COMPROMETIDA

EXISTENCIA

Existencia Total: 0,00

Record 0 of 0

Cantidad Total en Préstamos de Salida: 0,00

Activar Windows

Ver a Configuración para detalles

Grabar

Cerrar

Me permito informar que una vez revisado el módulo de inventarios con corte al día de hoy 16/04/2024, **NO** se cuenta con existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente, del insumo que se describe a continuación 121QQ035731 CATETER DOBLE LUMEN HEMODIALISIS 14 FR X 17 CM (UR) :

Activar Windows

6

Activar Windows

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIA Y/O CONTRATO

compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>
Lun 15/04/2024 9:20 AM
Para:Unidad Renal <unidadrenal@subredcentrooriente.gov.co>;cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>;pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>; Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>;John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
CC:Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo,

se informa que estos insumos no se encuentran contratados.

Cordialmente,



Patricia Ballesteros Silva
Cargo: Profesional Universitario
Dirección de Contratación
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E

@subredcentrooriente

@subred_centrooriente

@SubRedCentroOri

Subred Centro Oriente

www.subredcentrooriente.gov.co

De: Unidad Renal <unidadrenal@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: lunes, 15 de abril de 2024 9:00 a. m.
Para: cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>; Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: CONFIRMACIÓN EXISTENCIA Y/O CONTRATO

Buenos días, cordial saludo.

De acuerdo a solicitud se solicita confirmación de existencia de contrato y existencia en almacén de los siguientes dispositivos pendiente en la modalidad de trámite por caja menor:

ITEM	NOMBRE/ DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Catéter temporal precurvado D/Lumen Adulto 14FR 15 CM	UNIDAD	2	560.000	1.120.000
2	Catéter temporal recto D/Lumen Adulto 14 FR - 17C	UNIDAD	2	400.000	800.000
3	Catéter temporal recto D/Lumen Adulto 14 FR - 20C	UNIDAD	1	400.000	400.000
TOTAL					2.320.000

Estamos atentos a su respuesta para continuar el proceso para Unidad Renal

Cordialmente,



Mayra Alejandra García Villamil
Dirección Servicios Complementarios
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E

@subredcentrooriente

@subred_centrooriente

@SubRedCentroOri

Subred Centro Oriente

www.subredcentrooriente.gov.co

406

Verificada la lista de insumos contratados a la fecha, el mismo se encuentra sin contrato.

Cordialmente,



Patricia Ballesteros Silva

Cargo: Profesional Universitario
Dirección de penetración
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.
① @subredcentroorient
② @SubRedCentroOri
③ www.subredcentroorient.gov.co

De: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentroorient.gov.co>

Enviado: lunes, 15 de abril de 2024 8:42 a. m.

Para: cajamenor1 <cajamenor1@subredcentroorient.gov.co>; compras <compras@subredcentroorient.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentroorient.gov.co>

Cc: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentroorient.gov.co>; Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentroorient.gov.co>

Asunto: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Buenos Días, Cordial Saludo

De acuerdo a solicitud se solicita confirmación del siguiente dispositivo pendiente en la modalidad de trámite por caja menor:

1. 121QQ - DREN DE SILICONA PLANO ACANALADO CON LINEA RADIOPACA DE 10MM X 19CM ESTERIL CON RESERVORIO DE 400 CC

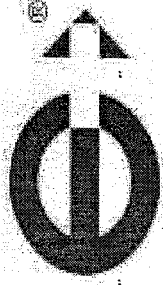
Agradezco su atención prestada y pronta respuesta

Cordialmente



Cristian Camilo Leguizamón Arguello

Cargo: Profesional Especializado
Gestión de Abastecimiento en Insumos.
Apoyo Subgerencia de Servicios de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 6013282828 Ext: 10152
Celular: 3013744592
① @subredcentroorient
② @SubRedCentroOri
③ www.subredcentroorient.gov.co



Emerclínicas

COTIZACION				N° 201500342			
				FECHA		12/04/2024	
DIRIGIDO A		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		VALIDEZ		60 DIAS	
CIUDAD		BOGOTA		ENTREGA		A CONVENIR	
				OBJETO		COTIZACION	
ITEMS		PRODUCTO		CANT	PRESENTACION	Valor Unitario	IVA 19%
							Valor total
1		CATETER TEMP PRECURVADO D/LUMEN ADUL 14FR-15-17CM INS		2	UNIDAD	\$ 560.000	\$ 1.120.000
2		CATETER TEMPORAL RECTO D/LUMEN ADUL 14FR-15CM INS		2	UNIDAD	\$ 400.000	\$ 800.000
3		CATETER TEMPORAL RECTO D/LUMEN ADUL 14FR-20CM INS		1	UNIDAD	\$ 400.000	\$ 400.000
TOTAL				\$ 2.320.000			
OBSERVACIONES:							
Carrera 103 B N° 23 G-45 – Teléfonos: 3003986 – 4153037 – E-mail:emerclinicassas@gmail.com www.emerclinicas.com Bogotá, D.C Colombia							

NIT 800.105.155-7

ALBERTO OBANDO LEON

Contador Público - Universidad Santo Tomas de Aquino

A QUIEN INTERESE


El suscrito Revisor Fiscal,

Certifica que la sociedad, **EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S. "EMERCLINICAS S.A.S."**, con domicilio en esta ciudad, e identificada con el Nit. No. 800.105.155-7, ha apropiado y cumplido cabalmente en el año 2023 y en lo que va corrido del 2024 con la liquidación y el pago oportuno por concepto de la cancelación de sus obligaciones con los Sistemas de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y Parafiscales (aportes a las Cajas de Compensación familiar) de todo el personal que se encuentra laborando dentro de la misma y que así lo requiere. De acuerdo con el artículo 25 de la ley 1607 del 26 de diciembre de 2012 se encuentra exonerada del pago de aportes parafiscales al instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y al servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) desde el 1 de julio del año 2013 fecha en la que se implementó el sistema de retenciones en la fuente para el recaudo del impuesto sobre la renta para la equidad -CREE. También certifico que la empresa ha cumplido con el pago oportuno de sus nóminas, encontrándose a paz y salvo por todo concepto laboral y prestacional.


Lo anterior para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, Artículo 1º de la ley 828 de 2003 y del Art. 23 de la ley 1150 de 2007.

La presente se expide a los tres (03) días del mes de abril del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,



C.P. ALBERTO OBANDO LEON
Revisor Fiscal – EMERCLINICAS S.A.S.
CC # 13.837.414
TP # 9463-T

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR	CÓDIGO: AP-RF-FT-002 VERSIÓN: 03 FECHA: 2018-05-16
---	--	--

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	Bogotá, 15 de Abril 2024.
NOMBRE FUNCIONARIO	Alejandro García
ÁREA / DEPENDENCIA	Unidad Renal
CENTRO DE COSTO	15CT03 735201002
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	Santa Clara.

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

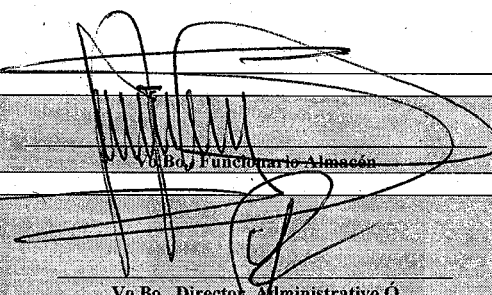
2 Catéter temporal precurado O/lumen adulto 14FR-15
2 catéter temporal recto O/lumen adulto 14FR-17C
1 catéter temporal recto O/lumen adulto 14FR-20C.

3. JUSTIFICACIÓN

Requerido de manera urgente para atención de pacientes que se encuentran en la UC por enfermedades renales agudas.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO

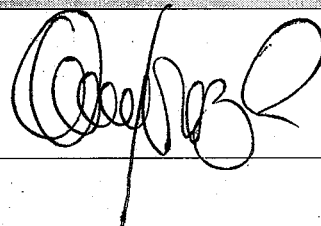
<u>Alejandro García</u> Nombre Funcionario y/o Contratista

 Vo.Bo. Funcionario Almacén
--

 Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo
--

5. OBSERVACIÓN:

Actualmente no contamos con contrato para el suministro de este insumo.



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000075719

PROVEEDOR: EMERGENCIAS CLINICAS SAS

CIUDAD: BOGOTA (BOGOTÁ D.C.)

DIRECCION: CR 103 B N 23 G - 45

TELEFONO: 6014153037

Nº FACTURA: FE6531

NIT: 800105155

% ICA: 4.1400

PLAZO: 0

FECHA: 17/04/2024 09:31 a. m.

ESTADO: Confirmado

MONEDA: Pesos

TASA CAM: 0.00

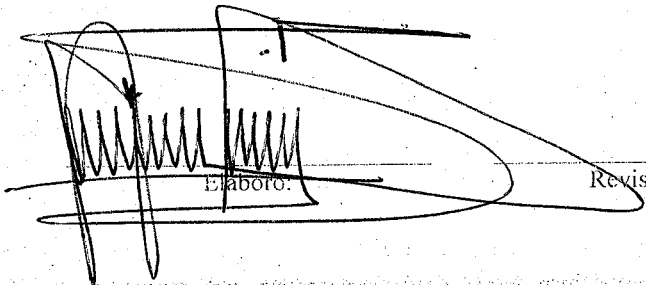
FECHA FAC: 13/04/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
121QQ035752	CATETER DOBLE LUMEN HEMODIALISIS 14 FR X 15 CM (UR)	UNIDAD	2.00	\$560,000.00	\$1,120,000.00	0.00	0.00
121QQ035731	CATETER DOBLE LUMEN HEMODIALISIS 14 FR X 17 CM (UR)	UNIDAD	2.00	\$400,000.00	\$800,000.00	0.00	0.00
121QQ035732	CATETER DOBLE LUMEN HEMODIALISIS 14 FR X 20 CM (UR)	UNIDAD	1.00	\$400,000.00	\$400,000.00	0.00	0.00

DETALLE	SUBTOTAL:	\$2,320,000.00
COMPRA POR CAJA MENOR-FISICAMENTE EL PEDIDO LLEGO AL ALMACEN PRINCIPAL DEL HOSPITAL SANTA CLARA- VICTOR CHAVEZ.	DESCUENTO:	\$0.00
	IMPUESTO:	\$0.00
	FLETES:	\$0.00
	IMP FLETES:	\$0.00
	RETE IVA:	\$0.00
	RETEICA:	\$9,605.00
	RETE FUENTE:	\$58,000.00
	OTRAS RETE:	\$0.00
	OTRAS DEDUC:	\$0.00
	IMP DISTRI:	\$0.00
	AJUSTE RED:	\$0.00
	AJUSTE AL TOTAL:	\$0.00
	TOTAL COMPR:	\$2,252,395.00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte



Elaboro:

Revisó Almacen

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR



Revisado Impuestos:

411

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR BANCOS</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-003 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-05-09</div>
---	--	---

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	816	FECHA	29/04/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MATERIAL QUIRÚRGICO	MÉDICO	
BANCO	DAVIVIENDA		
VALOR:	2.856.000		
PAGADO CHEQUE N°	92950-7		
LA SUMA DE:	DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. ULT 9949 EXEL MEDICAL SAS NIT 900.127.147-5 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (CUCHILLA PARA DERMATOMO ELÉCTRICO PADGETT-ESTÉRIL MODELO B - 1-5291), NECESARIO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SOLICITADO POR CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO, GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO. R.FTE 2.5%.....\$60.000,00 R.ICA 4.14 POR MIL.....9.936,00 R.IVA 15%.....68.400,00		

 V.O. B.O. ORDENADOR DEL GASTO	 V.O. B.O. CUENTADANTE
--	---

12741



EXEL MEDICAL S.A.S.
NIT : 900.127.147 -5
CALLE 147 No 17 - 78 EDIFICIO SOKO 147 OF 606
BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA
103749 7451529
FACTURACION@EXELMEDICAL.COM

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. ULT 9949
FECHA FACTURA 2024/04/20 110524
VENCIMIENTO 2024/07/20

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE ES
NIT: 900,959,051-7
DIRECCION: DG 34 5 43
CIUDAD: Bogota
CORREO: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co
PACIENTE: ORDEN DE COMPRA CUCHILAS
INSTITUCIÓN: HOSPITAL SANTA CLARA
ESPECIALISTA: XXXXXX
REMISION: 018225

TELEFONO: 3444484
VENDEDOR: VENTAS OFICINA
FORMA PAGO: CRÉDITO
MEDIO PAGO: C.C/H.C
20240420
FECHA CIRUGIA: 2024/04/22
ORDEN COMPRA:
PLAZO 090 Días

CUFE: 7f3b710fb0b91bbddbd2107d59910cb8f95218de22a2d2cd7068ba084b297241e4b6ca204a66a26896896d3b537ccd0							
ITEM	REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	REG. SANITARIO	UM	CANT	VAL. UNITARIO	VALOR TOTAL
1	5.BLPG10	HUMECA BLADE FOR BLADE PADGETT DERMATOME	2017DM-0017400	94	1.00	2,400,000.00	2,400,000.00
	CAJA X 10UND				1		
	LOTE	23079 F.V.:2027/05/03					
<div>Secretaria Distrital de Salud Subred Centro Oriente S.S.E Subred Integrada de Servicios Centro Oriente 22 ABR 2024 Almacén General UPSS Santa Clara RECIBIDO</div>							

OBSERVACIONES:
PAGO ANTICIPADO POR ENTREGA INMEDIATA

Cancelado cheque 92950-7
Sergio Durán - 2717664

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS CON 00 /100

VALOR	2,400,000.00
DESCUENTO	
IVA	456,000.00
VALOR FACTURA	2,856,000.00
RETESERVICIOS	
RETEBIENES 2.5%	60,000.00
RETEIVA 15%	68,400.00
RETEICA 4.14	9,936.00
TOTAL FACTURA	2,717,664.00

Elaborado Por

Firma Recibido

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008).

No Somos Grandes Contribuyentes . Documento oficial Resolución y/o Autorización de facturación No. 18764061698691 PREFIJO: ULT DESDE LA 7870 HASTA LA 10000 VIGENCIA: 12 MESES FECHA HABILITACION: 2023/12/12 Responsables de iva - Actividad Económica 4645 Tarifa 004.140 Responsables de IVA Tarifa 004.140

Señor usuario, lo invitamos a consultar nuestra Política de Devoluciones y Garantías, la cuál podrá encontrar en nuestra página web www.exelmedical.com.

FECHA Y HORA VALIDACION DIAN: 2024-04-20 11:05:52.763

Firma Electronica: b1RcB0Fxyjh6urojE8FXHcONaAZQLEw2U1OMNxySI8HxtNuw0rJQNrL5XF81hSbb53TMkJDoDk7A62/8acArTYG/A5+OrliKGKznr1CTID6Z9AnZ0RIs5/xghedE9gKetJKywtwRWXBsRD6nSonDuqvelfiMeW4JzCqmZs2WOvEpmDcp34myjwpg6vUJZxwcbaiat4jCulbdXN/hfSAv0xFsd7PXbxUJ7/bFipwjxpbzkt3tf6hklx0wR9wyQh/dgLIU0J3XbZ5VgwdzvbvfpUs/2W0HuknCTizDaZ8nwtcPIEk/aoeqGpT2kbN2j34dR+CvhqV8NeR9igsCg==
Proveedor Tecnológico Nit: 830005677 - BIT Consulting - Nombre de Software: 901.108.864 - NOOVA
Impresa por el software de Ultra Systems de Colombia SAS Nit 830.017.580-6 Tel 6491648



Exel Medical S.A.S.
Calle 147 N° 17-78 Ofc 604-606
Edificio Soko 147
Bogotá D.C., Colombia
Teléfono (1) 7451529
www.eXelmedical.com

Bogotá, 2024-05-03

SEÑORES
SUBRED CENTRO ORIENTE
HOSPITAL SANTA CLARA

Cordial Saludo,

Por medio de la presente, se solicita el ingreso a la institución y la entrega del dinero correspondiente a la OC CUCHILLAS al funcionario motorizado de Exel Medical SERGIO DURAN PULIDO número de cédula 1033762159.

El operador logístico está autorizado por parte de Exel Medical.

Cordialmente,

Juan Camilo Delgadillo
**Coordinador logístico Exel
medical.**

Cel: 313 3123478

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
- CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.033.762.159

DURAN PULIDO


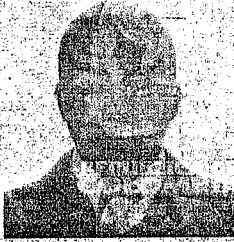
APELLIDOS

SERGIO ISNEL

NOMBRES

Sergio Duran

IRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1994

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 1.65 O+ M


ESTATURA: G.S. RH SEXO

21-FEB-2012 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500150-00370563-M-1033762159-20120424 0029712291A 1 38216170

ESTADO CIVIL



DAVIVIENDA

CHEQUERA 9800685586784

Cheque No.

92950-7

51

AÑO

MES

DÍA

2024 11 11

VEINTINUEVE MIL CINCO CIENTOS QUINIENTOS

Páguese a la orden de:

Exel Internacional S.A.S.

La suma de:

pesos M/L

92950-7 92950-7

dispapeles

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza
donde DAVIVIENDA tenga oficina.

Firma(s) Autorizada(s)

400000005147300685967867429507

Cheque No.

92950-7

VEINTINUEVE MIL CINCO CIENTOS QUINIENTOS

COMPROBANTE

ELABORADO POR

REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBE

C.C. O NIT.

1033712159

EXEL MEDICAL S.A.S
900.127.147-5
CL 147 17 78 ED SOKO OF 606
7451529
BOGOTA



SEÑOR(ES)
900,959,051 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD
~~DENTURO~~ ~~OR~~ ~~ES~~.C.O
Paciente: PACIENTE NO DEFINIDO
Tel: 3444484
Bogota

Cotización No. 820

Fecha de cotización
2024/04/10

Referencia	Descripción	Cant	Precio Venta	%I.V.A	%DTO	Valor Neto Total
5.BLPG10	HUMECA BLADE FOR BLADE PADGETT DERMATOME CAJA X 10UND	1.00	2,400,000.00	19.00		2,856,000.00
Total Referencias		1.00		Subtotal		2,400,000.00
Elaborado por: 010 LUNA REYES AMVAR LILIANA						
				Iva		456,000.00
				TOTAL		2,856,000.00
NOTA: Las cantidades y el valor total en esta cotización son un estimado, por lo que su valor total puede variar y se conocerá una vez sea reportado el gasto real al finalizar la cirugía; esta cotización tiene validez de 30 días.						
OBSERVACIONES: PAGO ANTICIPADO ---						
Cordialmente, DEPARTAMENTO COMERCIAL						

DIAN POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización		4. Número de formulario 14731333621			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 1 2 7 1 4 7		6. DV 5		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico					
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona jurídica		25. Tipo de documento 1		26. Número de identificación	
27. Fecha expedición		28. País		29. Departamento	
30. Ciudad/Municipio		31. Primer apellido		32. Segundo apellido	
33. Primer nombre		34. Otros nombres		35. Razón social EXEL MEDICAL S.A.S	
36. Nombre comercial		37. Sigla		38. País COLOMBIA	
39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		0 0	
41. Dirección principal CL 147 17 78 ED SOKO OF 606					
42. Correo electrónico facturacion@exelmedical.com					
43. Código postal 1 1 0 1 3 1					
44. Teléfono 1 7 4 5 1 5 2 9					
45. Teléfono 2 3 2 0 2 1 1 0 7 2					
CLASIFICACIÓN					
Actividad principal		Actividad económica		Ocupación	
46. Código 4 6 4 5		47. Fecha inicio actividad 2 0 0 6, 1 2, 1 8		51. Código	
48. Código		49. Fecha inicio actividad		52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 7 1 0 1 4 1 6 4 2 4 8 5 2					
54. Impto. renta y compl. régimen ordinario					
55. Retención en la fuente a título de renta					
56. Obligado aduanero					
57. Informante de exogena					
58. Obligación facturar por ingresos bienes					
59. Obligado a llevar contabilidad					
60. Impuesto sobre las ventas - IVA					
Obligados aduaneros					
Exportadores					
55. Forma 3					
56. Tipo 3					
Servicio 1					
57. Modo 1					
58. CPC 9 7					
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación.					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios: 0					
61. Fecha: 2021 - 01 - 19 / 09 : 54: 45					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.					
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016					
Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre RINCON RIVERA JOSE FERNANDO					
985. Cargo Representante legal Certificado					

De: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: miércoles, 3 de abril de 2024 12:55 p. m.
Para: John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>; Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>; Pedro Fabian Davalos Berdugo <directorhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co>; Saul Ardila Duran <liderclinicasquirurgicas@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: SOLICITUD COMPRA POR CAJA MENOR DE CUCHILLA PARA DERMATOMO ELECTRICO PADGETT ESTERIL

Buenos días, cordial saludo.

Por medio de la presente envié documento formato para compra por caja menor de dispositivo medico quirúrgico con el código: 121QQ035025 - NOMBRE / DESCRIPCIÓN DETALLADA: CUCHILLA PARA DERMATOMO ELECTRICO PADGETT ESTERIL.

ITEM	CÓDIGO	NOMBRE / DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	OBSERVACIONES
1	121QQ035025	CUCHILLA PARA DERMATOMO ELECTRICO PADGETT ESTERIL	UNIDAD	5	COMPATIBLE CON DERMATOMO ELECTRICO PADGETT ESTERIL

Estamos atentos a su respuesta para continuar el proceso par el grupo terapéutico de Ginecología en planificación familiar.



Eduardt Hanns González Roa

Cargo: Enfermero - Profesional Especializado
Gestión de Abastecimiento en Insumos.
Apoyo Subgerencia de Servicios de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 6013282828 Ext: 10152
Celular: 3202593512
@subredcentrooriente @subred_centrooriente
@SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co

8/8



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



Eduardt Hanns González Roa

Cargo: Enfermero - Profesional Especializado

Gestión de Abastecimiento en Insumos.

Apoyo Subgerencia de Servicios de Salud

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Teléfono: 6013282828 Ext: 10152

Celular: 3202593512

 @subredcentrooriente

 @subred_centrooriente

 @SubRedCentroOri

 Subred Centro Oriente

 www.subredcentrooriente.gov.co

RE: COTIZACION CUCHILLAS PARA DERMATOMO - EXEL MEDICAL

Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>

Lun 15/04/2024 9:56 AM

Para:cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>;John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>; Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>
CC:Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>;Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>;Pedro Fabian Davalos Berdugo <directorhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co>;Solicitud de Insumos Subred CO <solicitudinsumos@subredcentrooriente.gov.co>

6 archivos adjuntos (6 MB)

SUBRED CENTRO ORIENTE.pdf; 1.RUT Exel Medical Fecha de Genración Enero 22 2024.pdf; (a) Exel Certificado Bancario Bogota 2.2024.pdf; Humeca Dermatomes_Blades IFU C:R.pdf; Humeca Dermatomes_Blades USA 2020[82].pdf; 17. CUCHILLA PARA DERMATOMO ELECTRICO PADGETT ESTERIL.xlsx;

Buenos días, cordial saludo.

Por medio de la presente se realiza documento para la compra en la modalidad de caja menor solicitada para el área terapéutica de Cirugía, una vez llegue el dispositivo médico quirúrgico informarse y entregarse al area de salas de cirugía e informar a Karolina Cuellar.

Estaos atentos al proceso.

**Eduardt Hanns González Roa**

Cargo: Enfermero - Profesional Especializado

Gestión de Abastecimiento en Insumos.

Apoyo Subgerencia de Servicios de Salud

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Teléfono: 6013282828 Ext: 10152

Celular: 3202593512

@subredcentrooriente

@subred_centrooriente

@SubRedCentroOri

Subred Centro Oriente

www.subredcentrooriente.gov.co

De: Fernando Rincon <fernando.rincon@exelmedical.com>

Enviado: miércoles, 10 de abril de 2024 10:02 a. m.

Para: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>

Cc: Sandra Valencia <sandra.valencia@exelmedical.com>; FACTURACION ELECTRONICA <facturacion@exelmedical.com>

Asunto: RV: COTIZACION CUCHILLAS - EXEL MEDICAL

No suele recibir correos electrónicos de fernando.rincon@exelmedical.com. Por qué esto es importante

Cordial saludo Eduart.

Adjunto información complementaria para esta orden de compra directa

Gracias

Fernando Rincón

Gerente Comercial

Exel Medical S.A.S

Email: fernando.rincon@exelmedical.com

PBX: (60-1) 7451529 – (60-1) 3103749 Ext.101

Móvil: (+57) 3202110729

Bogotá D.C. – Colombia



De: FACTURACION ELECTRONICA <facturacion@exelmedical.com>

Fecha: miércoles, 10 de abril de 2024, 9:58 a.m.

Para: Insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co <Insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>

CC: Fernando Rincon <fernando.rincon@exelmedical.com>, Sandra Valencia <sandra.valencia@exelmedical.com>

Asunto: COTIZACION CUCHILLAS - EXEL MEDICAL

Buenos días Sr. Eduardt;

De acuerdo con su requerimiento adjuntamos cotización para su verificación, recuerde que la caja de cuchillas vienes por 10 unidades y para la entrega se debe manejar pago anticipado.

Quedamos atentos a su confirmación, feliz día.

Cordialmente,



Liliana Luna Reyes

Coordinadora de Facturación y
Cartera.

facturacion@exelmedical.com

Calle 147 # 17-78 Oficina 606

Cel: 3174040112

Bogotá D.C. – Colombia

421

RE: SOLICITUD COMPRA POR CAJA MENOR DE CUCHILLA PARA DERMATOMO ELECTRICO PADGETT ESTERIL

John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>

Mié 3/04/2024 2:56 PM

Para:Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>;cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>;pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co> CC:Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>;Edilisa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>;Pedro Fabian Davalos Berdugo <directorhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co>;Saul Ardila Duran <liderclnicasquirurgicas@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo

Me permito informar, que una vez revisado el módulo de inventarios con corte al día de hoy 03/04/2024, no aparece existencias en los almacenes del insumo que se relaciona a continuación:

121QQ035025 CUCHILLA PARA DERMATOMO ELECTRICO PADGETT ESTERIL

Editor de Productos - Dinámica Gestión .NET

Principal

AGREGAR GRABAR GRABAR-CERRAR DESHACER CERRAR

Producto

Código: 121QQ035025 Código Alterno: 121QQ035025 Código Agrupamiento: Descripción de Agrupamiento: Bloqueado: ☐

Descripción Corta: CUCHILLA PARA DERMATOMO E. General Agrupamiento Valores Existencias

Descripción Larga: CUCHILLA PARA DERMATOMO ELECTRICO PADGETT ESTERIL

Código CUM: una abcd para agrupar por dicha columna

Clase: Tipo: Tipo Distribución: Sin definir

Grupo: 121 MEDICO QUIRURGICOS

Subgrupo: DISPOSITIVO MEDICOS

IVA: 16%

IVA Fact:

Unidad de Medida: 74 UNIDAD

Fracción: 1

Unidad de Consumo: UNIDAD

ALMACEN	LOTE	FECHA VENCIMIENTO	DISPONIBLE	COMPROMETIDA	EXISTENCIA
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	11100131048	30/09/2018	0,00	0,00	0,00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	111000356437	06/06/2020	0,00	0,00	0,00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	W1805153	31/05/2021	0,00	0,00	0,00
FARMACIA SALAS DE CIRUGIA HOSPITAL SA...	W1805153	31/05/2021	0,00	0,00	0,00
FARMACIA SALAS DE CIRUGIA HOSPITAL SA...	W1805153	31/05/2021	0,00	0,00	0,00
FARMACIA SALAS DE CIRUGIA HOSPITAL SA...	W1805153	31/05/2021	0,00	0,00	0,00
FARMACIA SALAS DE CIRUGIA HOSPITAL SA...	11100131048	30/09/2018	0,00	0,00	0,00
FARMACIA SALAS DE CIRUGIA HOSPITAL SA...	111000356437	06/06/2020	0,00	0,00	0,00
FARMACIA SALAS DE CIRUGIA HOSPITAL SA...	W1805153	31/05/2021	0,00	0,00	0,00
FARMACIA SALAS DE CIRUGIA HOSPITAL SA...	W1805153	31/05/2021	0,00	0,00	0,00

Existencia Total: 0,00

Cantidad Total en Prestamos de Salud: 0,00

Record 1 of 11

Grabar Cerrar

DISPOSITIVO MEDICO QUIRURGICOS

JOHN JAIRO GUERRERO GONZALEZ - SCD - Subred Centro Oriente E.S.

UTILIZANDO EL CUADRO DE PRODUCTOS DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S. E.I. (EQUIPO 1.3) - Version 2023 Logrado: 03 Paralelo: 23 13.44 Países: 447 CPU

ESP 03:55 p.m. 03/04/2024

Cordialmente

422

RE: SOLICITUD COMPRA POR CAJA MENOR DE CUCHILLA PARA DERMATOMO ELECTRICO PADGETT ESTERIL

pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>

Jue 4/04/2024 1:42 PM

Para: John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>; Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>
CC: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>; Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>; Pedro Fabian Davalos Berdugo <directorhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co>; Saul Ardila Duran <liderclnicasquirurgicas@subredcentrooriente.gov.co>

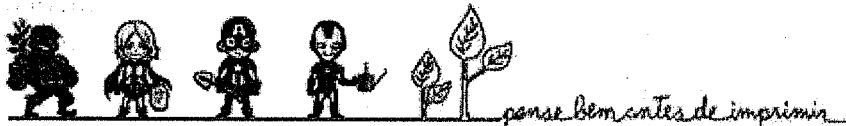
Cordial saludo

El insumo 121QQ035025 CUCHILLA PARA DERMATOMO ELECTRICO PADGETT ESTERIL, no se encuentra contratado

**Janet Magnolia Ardila Ortiz**

Cargo: Apoyo a la Gestión de Insumos y Abastecimiento
Dirección Administrativa: Compras
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E
Teléfono: 302 340 56 02 - 302 329 05 48

📧 @subredcentrooriente 📧 @subred_centrooriente
📞 @SubRedCentroOri 📞 Subred Centro Oriente
🌐 www.subredcentrooriente.gov.co



De: John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: miércoles, 3 de abril de 2024 2:56 p. m.

Para: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>

Cc: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>; Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>; Pedro Fabian Davalos Berdugo <directorhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co>; Saul Ardila Duran <liderclnicasquirurgicas@subredcentrooriente.gov.co>


Asunto: RE: SOLICITUD COMPRA POR CAJA MENOR DE CUCHILLA PARA DERMATOMO ELECTRICO PADGETT ESTERIL

Cordial saludo

Me permito informar, que una vez revisado el módulo de inventarios con corte al día de hoy 03/04/2024, no aparece existencias en los almacenes del insumo que se relaciona a continuación:

Excel Medical SAS
MA \$2'856 000

473

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	CÓDIGO: AP-RF-FT-002 VERSIÓN: 03
---	--	-------------------------------------

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTA, ABRIL 16 DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	EDUARDT HANNS GONZALEZ ROA
ÁREA / DEPENDENCIA	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- GESTION DE ABASTECIMIENTO EN INSUMOS
CENTRO DE COSTO	1SCH99 589723003
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

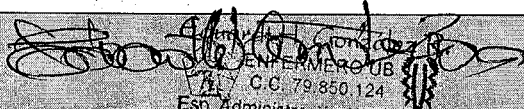
ITEM	CÓDIGO	NOMBRE / DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	OBSERVACIONES
1	121QQ035025	CUCHILLA PARA DERMATOMO ELECTRICO PADGETT ESTERIL- MODELO B - # 1-5291.	UNIDAD	10	COMPATIBLE CON DERMATOMO ELECTRICO PADGETT ESTERIL MODELO - B # 1-5291.

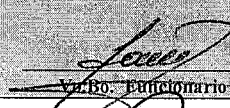
3. JUSTIFICACIÓN


La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, requiere la compra del dispositivo médico quirúrgico hospitalario, necesario para la prestación del servicio a los usuarios de la subred integrada de servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. La disponibilidad de los dispositivos médico quirúrgicos constituye una obligación, para con sus usuarios y beneficiarios, para la prestación de servicios de salud con calidad, dando cumplimiento de las normas legales vigentes. Estos insumos se requieren de forma inmediata ya que el no contar con su disponibilidad acarrea riesgos en la prestación de los servicios a los usuarios, por lo que se hace necesario adelantar una caja menor para los servicios de urgencias para salas de cirugía por tratarse de una necesidad urgente para la atención y así dar continuidad en la prestación de los servicios de salud de la Subred Integrada De Servicios De Salud.

Teniendo en cuenta lo anterior se realizará como procedimiento para compra por caja menor toda vez que es un mecanismo expedito e inmediato con el que se suplirá la contratación de los insumos requeridos. Es importante resaltar que en este momento los servicios no pueden esperar la realización de un proceso de contratación mayor a 20 o 30 días, dado que el comportamiento de su demanda y la actual disponibilidad no alcanzan a dar cubrimiento necesario, por ello se solicita contar con los bienes que se describen a continuación de manera casi inmediata como medida urgente, de lo contrario sería poner en riesgo la continuidad de la prestación del servicio de salvar como derecho fundamental, aunado a que actualmente nos encontramos y como parte del proceso, para lograr el 100% en la atención para los pacientes que se encuentran en áreas de intervención para el area de Cirugia brindando una atención oportuna, logrando que este insumo facilite la la toma de decisiones medica segun la indicacion en la preparaciónn prequirurgica, esto con el fin de brindar una atención segura como se indica en el protocolo que debe atenderse con criterios de oportunidad y calidad, de manera inmediata. Este insumo se requiere para la prestación del servicio de los usuarios de la Subred integrada de salud Centro Oriente E.S.E.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		NO

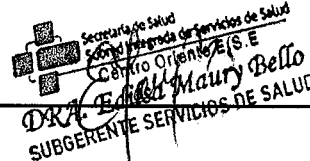

Eduardo Hanns González Roa
Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Funcionario-Almacén


Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

1. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL: 121QQ035025 - NOMBRE / DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO: CUCHILLA PARA DERMATOMO ELECTRICO PADGETT ESTERIL - EL CUAL NO ESTA ENTREGADO EN LA INSTITUCIÓN.


SECRETARÍA DE SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E
DRA. Edith Maury Bello
SUBGERENTE SERVICIOS DE SALUD



Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000075803

PROVEEDOR: EXEL MEDICAL SAS NIT: 900127147
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.)
DIRECCION: CL 147 N 17 - 78 ED SOKO OF 606
TELEFONO: 7451529
Nº FACTURA: ULT9949 % ICA: 4.1400 PLAZO: 0
FECHA: 22/04/2024 11:03 a.m.
ESTADO: Confirmado
MONEDA: Pesos
TASA CAM: 0.00
FECHA FAC: 20/04/2024 12:00 a.m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U*	SUBTOTAL	%DIO	%IVA
121QQ035025	CUCHILLA PARA DERMATOMO ELECTRICO UNIDAD PADGETT ESTERIL		10.00	\$240,000.00	\$2,400,000.00	0.00	19.00

DETALLE

COMPRA POR CAJA MENOR - FISICAMENTE EL PEDIDO LLEGO AL ALMACEN PRINCIPAL
DEL HOSPITAL SANTA CLARA - VICTOR CHAVEZ.

SUBTOTAL: \$2,400,000.00

DESCUENTO: \$0.00

IMPUESTO: \$406,300.00

FLETES: \$0.00

IMP FLETES: \$0.00

RETE IVA: \$68,400.00

RETE ICA: \$9,936.00

RETE FUENTE: \$60,000.00

OTRAS RETE: \$0.00

OTRAS DEDUC: \$0.00

IMP DISTRI: \$0.00

AJUSTE RED: \$0.00

AJUSTE AL TOTAL: \$0.00

TOTAL COMPR: \$2,717,664.00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES SETECIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS
CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboro:

Revisó Almacen

Adriana M. Lugo

CUENTAS POR PAGAR

Revisado Impuestos:

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N° 817

FECHA 30/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL: GASTOS EFECTIVO


BANCO: DAVIVIENDA

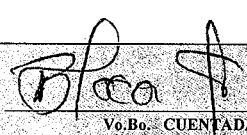
VALOR: 3.000.000

PAGADO CHEQUE N° 92951-0

LA SUMA DE: TRES MILLONES DE PESOS M.CTE.

CONCEPTO: GASTOS EN EFECTIVO GENERADOS EN CAJA MENOR ASIGNADA A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.


Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bo. CUENTADANTE

976



DAVIVIENDA

CHEQUERA 930068596784

Cheque No. 92951-0

51

DOSNUEVECINCOUNOCERO

AÑO MES DÍA
2024 04 30

\$ 3.000.000,00

Páguese a la orden de:

Blanca Paulina Suarez Rojas

La suma de:

Tres Millones de Pesos M de

pesos M/L

92951-0 - 2023/04/25

disapeles

PAGO NACIONAL

Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza donde DAVIVIENDA tenga oficina.

92951-0

Firma(s) Autorizada(s)

516 0000000516930068596784 929510

Gastos en efectivo generados en Casa Blanca
asignada a la Subv. Int. de
Servicios de Salud Centro Comunal

Cheque No.

92951-0

DOSNUEVECINCOUNOCERO

COMPROBANTE

ELABORADO POR

REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBE

C.C. O NIT.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

2024-04-30

Doctor
YOINER ACOSTA GONZÁLEZ
Director Financiero
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente ESE
Bogotá, D.C.

Asunto: Entrega de Movimiento Fondo Caja Menor Mes Abril de 2024

Respetado doctor Acosta:

Cordial saludo, la presente tiene como finalidad remitirle el cuadro de movimiento del fondo de Caja menor Subred Centro Oriente E.S.E., correspondiente al mes de Abril de 2024, igualmente anexo comprobante efectivo del No. 6135 al 6183 y bancos No. 812 a 817 e impuestos generados en este periodo.

Atentamente,

YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN
Directora Administrativa

* Daniela
30-04-20
* 17 mil/cuadro
30-04-2024

Copia: Cuentas Por Pagar
Presupuesto
Costos

Anexo: Cuatrocientos Veintiséis (426) folios

Aprobó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Revisó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Elaboró: Blanca Paulina Suárez Rosas, Secretaria





SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

DEBE A:

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

POR CONCEPTO: Reembolso de Caja Menor de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., Cuenta Corriente No. 008469999208, Banco Davivienda, correspondiente al mes de Abril de 2024, la suma Veintidós Millones Doscientos Cuarenta y Seis Mil Doscientos Treinta y Dos Pesos M.cte. (\$22.246.232,00).

VALOR TOTAL (\$22.246.232,00)

Dada en Bogotá D.C., el 30 de Abril de 2024

Atentamente.

YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN
Directora Administrativa

Aprobó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Revisó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Elaboró: Blanca Paulina Suárez Rosas, Secretaria



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

2024-04-30

BALANCE CAJA MENOR
MES ABRIL DE 2024

Valor girado del Banco Davivienda 37.916.000,00

Comprobante Efectivo 6135 a 6183	15.245.386, 00
Saldo efectivo	4.956.407,00
Comprobante Bancos Proveedores	
815 – 816 -	7.067.117,00
Saldo banco	11.351.345,00
Impuestos retenciones marzo - 2024	(704.255,00)

TOTAL \$37.916.000,00

SUMAS IGUALES 37.916.000,00 \$37.916.000,00

Atentamente.

YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN
Directora Administrativa

Aprobó: Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Revisó: Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Elaboró: Blanca Paulina Suárez Rosas, Secretaria

Diagonal 34 No. 5 - 43
Conmutador: 34444884
www.subredcentrooriente.gov.co
Código Postal: 110311

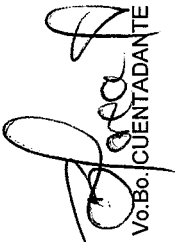


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
CHEQUES GIRADOS ABRIL -2024-

CUENTA CORRIENTE No 00846999208 BANCO DAVIVIENDA
PROVEEDORES

FECHA	DETALLE	VALOR	RETENCIONES	VALOR NETO
29/04/2024	Comprobante -815- cheque 92949-8 Emergencias Clínicas Fras. FE 6521 \$1,360.000 - FE 6530 \$800.000 FE 6531 \$2.320.000	4.480.000,00	130.547,00	4.349.453,00
29/04/2024	Comprpbante -816- cheque 92950-7 Exel Medical SAS, Fra. ULT 9949	2.856.000,00	138.336,00	2.717.664,00
				0,00
				0,00
	TOTAL	7.336.000	268.883,00	7.067.117,00


Vo.Bº. ORDENADOR GASTO


Vo.Bº. CUENTADANTE ,

SOLICITUD REEMBOLSO DE CAJA MENOR 2024

VR/ESTAB. CAJA MEI 37.916.000
VR/ SOLIC. REEMBOL 22.246.232
VALOR CAJA MENOR 15.897.768
PERCENTUAL 74,47%


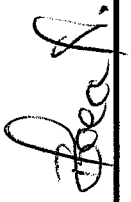
MES: abril/24

MES:		ABRIL-24		RETENCIONES PRACTICADAS EN EL MES													GASTOS DE OPERACIÓN					Valor Bruto		Vr. Neto		
No. COMP	FECHA	BENEFICIARIO	No. Nit	CONCEPTO	Mater. Y Suminist	Gto Computador	Gto Transporte y Comunicación	Impresos y Publicaciones	Mto ESE	Implos, Tasa, Contribuc, Derechos y Multas	Bienestar E Incentivos	Medicamentos	Adquisiciones de Bienes PIC	Material Médico Quirúrgico	Rte Fie 1,0%	Rte Fie 2,5%	Rte Fie 3,5%	Rte Fie 4%	Rte Fie 6%	Rte Ica 4,14%	Rte Ica 8,2%	Rte Ica 9,62%	Rte Ica 11,04%	Rte Iva 5,015%	Total Retenciones	
6136	04/04/2024	Pedro F Munera B	79.261.047	Transporte actividades de mantenimiento en la Subred Centro Oriente E.S.E.	417020100401	411020200301	59.000	411020200304	417020200303	411020201	4110202006	414240103501	495010350	495010401											0	59.000,00
6137	05/04/2024	Mediapro SAS	901.575.047	Medicamento Valgandodvir 50 mg/ml (5%) polvo suspensión oral), se requiere este medicamento para paciente neonato del Hospital La Victoria								894.800													0	894.800,00
6138	05/04/2024	Jorge Enrique Añas	19.469.319	Transporte actividades de mantenimiento en la Subred Centro Oriente E.S.E.			59.000																		0	59.000,00
6139	09/04/2024	Ministerio de Transporte	899.999.055-4	Expedición de certificado de libertad y tradición vehículo de placa OBG 356 perteneciente a la Subred Centro Oriente E.S.E.						43.700															0	43.700,00
6140	09/04/2024	Juan Carlos Peilla Monroy	79.645.078	Transporte gestiones administrativas			100.000																		0	100.000,00
6141	09/04/2024	Luis Prieto	1.109.467.098	Transporte actividades de mantenimiento en la Subred Centro Oriente E.S.E.			147.500																		0	147.500,00
6142	09/04/2024	Miguel A Cortés	19.340.564	Transporte actividades de mantenimiento en la Subred Centro Oriente E.S.E.			59.000																		0	59.000,00
6143	09/04/2024	Juan Isidro Gorrillo	79.905.787	Transporte actividades de mantenimiento en la Subred Centro Oriente E.S.E.			109.150																		0	109.150,00
6144	10/04/2024	Angélica Martínez	52.173.397	Transporte Secretaría Distrital de Salud para realizar radicación formulario novedad cambio de representante legal			23.000																		0	23.000,00
6145	12/04/2024	Diana Sandoval	1.030.638.907	Transporte al realizar trámites de radicación orden de compra combustible, recolección firma gerente poder vehículo OBG356, conciliación factura empresa de transporte, reunión convenio APIH			111.000																		0	111.000,00
6147	15/04/2024	José Aureliano Ávila Muñoz	11.373.707-9	Multicopiado y fotocopiado blanco y negro y color de formatos de todos los enfermos y procesos transversales del PIC.									3.000.000						180.000				28.980		208.980	2.791.020,00
6148	15/04/2024	Daniel Palacios	19.247.148-1	Autenticación firma gerente para devolución de vehículo de placa OBG 356 perteneciente a la Subred Centro Oriente E.S.E.						8.330															0	8.330,00
6149	16/04/2024	Hanna Instruments SAS	900.352.772-2	Dispositivos médicos quíntuplos hospitalarios (Test Kit De Dureza, Test De Cloro Libre Y PH, Test De Cloro Libre Y PH), necesario para la toma de muestras de agua en la prestación del servicio de salud a los usuarios de la Subred Centro Oriente E.S.E. Integración a los Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.											1.076.914										0	1.076.914,00

[Handwritten signature]

No. Comp	FECHA	BENEFICIARIO	No. Nit	CONCEPTO	Mater. y Suminist	Gto Computador	Gto Transporte y Comunicación	Impresos y Publicaciones	Mto ESE	Implos, Tasas, Contribuc, Derechos y Multas	Bienestar E Incentivos	Medicamentos	Adquisiciones de Bienes PIC	Material Médico Quirúrgico	Valor Bruto	Rte Fte	Rte Fte	Rte Fte	Rte Fte	Rto Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Iva	Total Retenciones	Vr. Neto
																1,0%	2,5%	3,5%	4%	4%	6%	4,14%	6,9%	9,69%		
6164	24/04/2024	Carlos Andrés Rincón Rueda	79.744.368-5	Avulsión libro diario y mayor vigencia 2019-2020-2021 y 2023, salubridad financiera 2022 y 2023	41202010005	41202010049	41202020001	41202030001	39.500	41202020003	41202030006	41202040001	414010006	415010001	39.500										0	38.500,00
6165	24/04/2024	Jesús Andrés Vargas Avellaneda	80.279.993-8	Arreglo y vulcanizado de llanta de ambulancia 6290 de placa OLN 267 perteneciente a la Subred Centro Oriente E.S.E.					40.000						40.000										0	40.000,00
6166	24/04/2024	Sodimas Colombia S.A.	800.242.106-2	Molabomba con sus respectivos accesorios para conexión, para inyección de agua potable en las diferentes unidades de la Subred Centro Oriente E.S.E.					740.600						740.600										0	740.600,00
6167	25/04/2024	Fahri Alberto Valencia Barreto	80.228.697-4	Avisos en material azúlico de 16 X 16 para señalización de los servicios en la Unidad Renal del Hospital Santa Clara				89.250							89.250										0	88.250,00
6168	25/04/2024	Superintendencia de Notariado y Registro	899.999.007-0	Certificados de tradición y libertad para los predios de las Unidades Santa Clara, Alpes y Candelaria, para dar cumplimiento con solicitud de Revisión Fiscal.						154.700					154.700										0	154.700,00
6169	25/04/2024	Fredy alexander Rodriguez Garcia	1.013.617.284	Transporte. Registraduría Nacional para realizar cedulación de paciente en abandono social			60.000								60.000										0	60.000,00
6170	25/04/2023	Pedro P Munera B	79.261.047	Transporte actividades de mantenimiento en la Subred Centro Oriente E.S.E.			59.000								59.000										0	59.000,00
6171	25/04/2024	Bonne Santa Group SAS	901.256.347-9	Medicamentos (Lugol, Sulfato Férrico, Ácido Acético 3% y 65%), necesarios para preparaciones magistrales para la realización de colposcopias en el Hospital La Victoria								334.950			334.950									0	334.950,00	
6172	25/04/2024	Distribuidora Colombiana de Medicamentos Discomedesa SAS	828.002.423-5	Dispositivos médico quirúrgicos Hospitalares (Dispositivo Intrauterino T de Cobre), necesario para la prestación del servicio de salud a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.										1.167.000	1.167.000		29.175			4.832				34.007	1.132.999,00	
6173	29/04/2024	Gustavo Avellaneda	80.765.394	Transporte actividades de mantenimiento en la Subred Centro Oriente E.S.E.			118.000								118.000										0	116.000,00
6174	29/04/2024	Carlos A Gomez	79.383.443	Transporte actividades de mantenimiento en la Subred Centro Oriente E.S.E.			29.600								29.600										0	29.600,00
6175	29/04/2024	Marcela Morales	1.018.461.633	Transporte actividades con equipos biomédicos			106.200								106.200										0	106.200,00
6176	29/04/2024	R.P. Medicas S.A.	811.019.499-7	Dispositivos médico quirúrgicos Hospitalares (catéter doble J 4,7 Fr X 14 cm), necesario para la prestación del servicio de salud a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.										657.000	657.000									0	657.000,00	
6177	29/04/2024	Luis Pielto	1.108.457.098	Transporte al trasladarse a unidades de la Subred Centro Oriente E.S.E. para realizar inspección a trabajos de mantenimiento.			29.500								29.500										0	29.500,00
6178	29/04/2024	Blanca Paulina Suárez Rosas	39.714.891	Transporte traslado banco devuélvase para cambio de cheque girado en efectivo para menor asignada a la Subred Centro Oriente E.S.E.			35.000								35.000										0	35.000,00

[Handwritten signature]

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE					
MOVIMIENTOS DE FONDOS DE CAJA MENOR					
MES ABRIL DE 2024					
ENTIDAD	SALDO ANTERIOR	INGRESOS	EGRESOS	SALDO ACTUAL	
BANCO DAVIVIENDA	\$ 10.308.426,00	26.110.036,00	25.067.117,00	\$	11.351.345,00
				\$	-
EFFECTIVO	\$ 2.201.793,00	\$18.000.000,00	\$ 15.245.386,00	\$	4.956.407,00
TOTAL	\$ 12.510.219,00	\$44.110.036,00	\$ 40.312.503,00	\$	16.307.752,00
<div><div> YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN Ordenadora Gasto</div><div> Elaboro: Blanca Paulina Suárez Rosas</div></div>					

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE



VALOR DE CAJA MENOR MÁS REPRESENTANTIVO MES ABRIL DE 2024

FECHA	CONCEPTO	BANCO	VALOR
10/04/2024	Abono por transferencia reembolso mes Marzo de 2024	DAVIVIENDA	26.110.036,00

Vo.Bo. ORDENADORA GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

GASTOS CAJA MENOR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA ABRIL DE 2024							
COMP.	FECHA	NOMBRE DE PROVEEDOR	NIT	CONCEPTO	No. FACTURA	VALOR	No. ENTRADA ALMACÉN
6137	10/04/2024	Medispro SAS	901.575.047	Medicamento Valganciclovir 50 mg/ml (5%) polvo suspensión oral), se requiere este medicamento para paciente neonato del Hospital La victoria	FE-115	894.800,00	75648
6149	16/04/2024	Hanna Instruments SAS	900.352.772-2	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (Test Kit De Dureza, Test De Cloro Libre Y PH, Test De Cloro Libre Y PH), necesario para la toma de muestras diarias en la prestación del servicio de salud a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	HICL153179	1.076.914,00	75788
815B	12/04/2024	Emergencias Clínicas SAS	800.105.155-7	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (Cateter temporal precurvado D/Lumen Adulto 14FR-20 CM, Cateter temporal recto D/Lumen Adulto 11 FR-20 CM), necesarios de manera urgente para atención de pacientes que se encuentran en la UCI por enfermedades renales agudas	FE-6521	1.320.370,00	75720

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
GASTOS EFECTUADOS POR CAJA MENOR VIGENCIA 2024 RESOLUCION No.040 ENERO 19 DE 2024

CODIGO CPET	RUBRO	VALOR ANUAL 2024	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	SALDO
42	GASTOS de funcionamiento	454.992.000	0	287.59660	26110036	22246232	0	0	0	0	0	0	0	0	77.115.928	377.876.072
421	Adquisición de bienes y servicios	154.336.000	0	7303775	7.594759	4616768	0	0	0	0	0	0	0	0	19.515.302	134.840.698
4212	Adquisición de bienes y servicios	147.360.000	0	6741337	7152940	4398614	0	0	0	0	0	0	0	0	18.292.891	129.067.109
421201	Adquisiciones diferentes de activos	147.360.000	0	6741337	7152940	4398614	0	0	0	0	0	0	0	0	18.292.891	129.067.109
42120201	Materiales y suministros	42.516.000	0	2519722	1267200	1064764	0	0	0	0	0	0	0	0	4.851.686	37.664.314
42120201003	Otros bienes transportables (excepto productos metálicos, maquinaria y equipo)	31.500.000	0	1683610	512200	813000	0	0	0	0	0	0	0	0	3.008.810	28.491.190
4212020100303	Materiales y Suministros	31.500.000	0	1683610	512.200.00	813000	0	0	0	0	0	0	0	0	3.008.810	28.491.190
42120201004	Productos metálicos y paquetes de software	11.016.000	0	836112	755000	251764	0	0	0	0	0	0	0	0	1.842.876	9.173.124
4212020100401	Gastos de Computador	11.016.000	0	836112	755.000.00	251764	0	0	0	0	0	0	0	0	1.842.876	9.173.124
42120202	Adquisición de servicios	104.844.000	0	4221615	5885740	3333850	0	0	0	0	0	0	0	0	13.441.205	91.402.795
42120202006	Servicios de alojamiento; servicios de suministro de comidas y bebidas; servicios de transporte; y servicios de distribución de electricidad, gas y agua	39.000.000	0	2614615	2415950	1691630	0	0	0	0	0	0	0	0	6.722.195	32.277.805
4212020200601	Gastos de Transporte y Comunicación	39.000.000	0	2614615	2.415.950.00	1691630	0	0	0	0	0	0	0	0	6.722.195	32.277.805
42120202008	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción	62.844.000	0	1357000	3219790	1392220	0	0	0	0	0	0	0	0	5.969.010	56.874.990
4212020200801	Impresos y Publicaciones	21.600.000	0	357000	0,00	358750	0	0	0	0	0	0	0	0	715.750	20.884.250
4212020200803	Mantenimiento ESE	41.244.000	0	1000000	3.219.790.00	1033470	0	0	0	0	0	0	0	0	5.253.260	35.990.740
42120202009	Servicios para la comunidad, sociales y personales	3.000.000	0	250000	250000	250000	0	0	0	0	0	0	0	0	750.000	2.250.000
4212020200909	Bienestar e Incentivos	3.000.000	0	250000	250.000.00	250000	0	0	0	0	0	0	0	0	750.000	2.250.000
4218	Gastos por tributos, tasas, contribuciones, multas, sancion	6.996.000	0	562438	441819	218154	0	0	0	0	0	0	0	0	1.222.411	5.773.589
421801	Impuestos	6.996.000	0	562438	441819	218154	0	0	0	0	0	0	0	0	1.222.411	5.773.589
42180407	Contribución de vigilancia - Superintendencia Nacional de Impuestos y Contribuciones	6.996.000	0	562438	441.819.00	218154	0	0	0	0	0	0	0	0	1.222.411	5.773.589
4218040701	Impuestos y Contribuciones	6.996.000	0	562438	441.819.00	218154	0	0	0	0	0	0	0	0	1.222.411	5.773.589
4245	Gastos de comercialización y producción	300.636.000	0	21455885	18515277	17629464	0	0	0	0	0	0	0	0	57.600.626	243.035.374
424501	Materiales y suministros	266.724.000	0	19759836	17412082	17629464	0	0	0	0	0	0	0	0	54.301.382	212.422.618
42450103	Otros bienes transportables (excepto productos metálicos, maquinaria y equipo)	91.128.000	0	4831620	5113000	4461750	0	0	0	0	0	0	0	0	14.406.370	76.721.630
4245010301	Medicamentos	54.000.000	0	1768620	2.102.500.00	1461750	0	0	0	0	0	0	0	0	5.332.870	48.667.130
4245010305	Adquisición de bienes PIC	37.128.000	0	3063000	3.010.500.00	3000000	0	0	0	0	0	0	0	0	9.073.500	28.054.500
42450104	Productos metálicos, maquinaria y equipo	175.596.000	0	14428216	12299082	13167714	0	0	0	0	0	0	0	0	39.895.012	135.700.988
4245010401	Material Médico-Quirúrgicos	175.596.000	0	14428216	12.299.082.00	13167714	0	0	0	0	0	0	0	0	39.895.012	135.700.988
424502	Adquisición de servicios	33.912.000	0	2196049	1103195	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.299.244	30.612.756
42450206	Servicios de alojamiento; servicios de suministro de comidas y bebidas; servicios de transporte; y servicios de distribución de electricidad, gas y agua	3.000.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.000.000
424502060201	Adquisición Otros Servicios	3.000.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.000.000
42450208	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción	28.116.000	0	2196049	1103195	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.299.244	24.816.756
4245020801	Mantenimiento Equipos Hospitalarios	28.116.000	0	2196049	1.103.195.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.299.244	24.816.756
42450209	Servicios para la comunidad, sociales y personales	2.796.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.796.000
4245020903	Adquisición de Servicios de Salud	2.796.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.796.000

[Handwritten signature]

LISTADO AUXILIAR GENERAL

DESDE EL 01/04/2024 AL 06/05/2024 DESDE LA CUENTA 240101003 HASTA LA CUENTA 240101003 DESDE EL TERCERO 00000000000000000000 HASTA EL TERCERO 99999999999999999999

CUENTA CONTABLE			TERCERO	CENTRO COSTO		VALOR DEBITO	VALOR CREDITO	SALDO
CODIGO	CONSEC.	FECHA	DETALLE	NO. DOC	ESTADO			
240101003			CAJA MENOR					
NT 900959051			SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				Saldo Inicial:	25.405.881,00
EGB	494421	04/04/2024	Tesorería Comprobante de Egreso N° 000000000515727	000000000515727	Confirmado	26.110.036,00	0,00	-704.155,00
REC	483097	05/04/2024	Tesorería Recibo de Caja N° 000000000514343	000000000514343	Confirmado	0,00	704.255,00	100,00
NDP	7646	30/04/2024	Confirmación de la Nota 12735	12735	Confirmado	0,00	657.000,00	657.100,00
NDP	7647	30/04/2024	Confirmación de la Nota 12736	12736	Confirmado	0,00	2.252.395,00	2.909.495,00
NDP	7650	30/04/2024	Confirmación de la Nota 12739	12739	Confirmado	0,00	1.076.914,00	3.986.409,00
DC	407667	30/04/2024	REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES ABRIL 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6135 A 6183 Y BANCOS 812 A 817 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS (Cuenta por Pagar Factura 3004CJM2024)	CxP 507033	Confirmado	0,00	5.817.268,00	9.803.677,00
NDP	7635	30/04/2024	Confirmación de la Nota 12721	12721	Confirmado	0,00	954.161,00	10.757.838,00
NDP	7653	30/04/2024	Confirmación de la Nota 12723	12723	Confirmado	0,00	232.000,00	10.989.838,00
NDP	7636	30/04/2024	Confirmación de la Nota 12724	12724	Confirmado	0,00	920.368,00	11.910.206,00
NDP	7637	30/04/2024	Confirmación de la Nota 12725	12725	Confirmado	0,00	966.977,00	12.877.183,00
NDP	7638	30/04/2024	Confirmación de la Nota 12726	12726	Confirmado	0,00	150.000,00	13.027.183,00
NDP	7639	30/04/2024	Confirmación de la Nota 12727	12727	Confirmado	0,00	740.600,00	13.767.783,00
NDP	7640	30/04/2024	Confirmación de la Nota 12728	12728	Confirmado	0,00	663.000,00	14.430.783,00
NDP	7642	30/04/2024	Confirmación de la Nota 12730	12730	Confirmado	0,00	334.950,00	14.765.733,00
NDP	7643	30/04/2024	Confirmación de la Nota 12732	12732	Confirmado	0,00	1.132.993,00	15.898.726,00
NDP	7648	30/04/2024	Confirmación de la Nota 12737	12737	Confirmado	0,00	776.688,00	16.675.414,00
NDP	7649	30/04/2024	Confirmación de la Nota 12738	12738	Confirmado	0,00	1.320.370,00	17.995.784,00
NDP	7651	30/04/2024	Confirmación de la Nota 12740	12740	Confirmado	0,00	894.800,00	18.890.584,00
NDP	7652	30/04/2024	Confirmación de la Nota 12741	12741	Confirmado	0,00	2.717.664,00	21.608.248,00
TOTAL DE LA CUENTA :						26.110.036,00	22.312.403,00	
GRAN TOTAL :						26.110.036,00	22.312.403,00	

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	507033	Factura:	3004CJM2024	Estado:	Confirmado
Tercero:	Nit	900959051	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
Proveedor:	900959051 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE				
Fecha:	martes 30 de abril de 2024 12:00 a. m.	Fecha Vencimiento:	30/04/2024	Plazo:	0 Días
Cuenta:	240101003 - CAJA MENOR				
Cuenta NIIF:	240101003 - CAJA MENOR				
				Valor:	\$ 5.817.268,00
Valor: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.					
Observaciones: REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES ABRIL 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6135 A 6183 Y BANCOS 812 A 817 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS					

CONCEPTOS						
Concepto		Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	79261047	511123001	7ADM03	Debito	\$ 59.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	19499319	511123001	7ADM03	Debito	\$ 59.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
120	VARIOS - GASTOS	899999061	511190002	7ADM07	Debito	\$ 43.700,00
		Cuenta NIIF: 511190002				
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	79645078	511123001	7ADM02	Debito	\$ 100.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1108457098	511123001	7ADM03	Debito	\$ 147.500,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	19340564	511123001	7ADM03	Debito	\$ 59.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	79905787	511123001	7ADM03	Debito	\$ 109.150,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	52173397	511123001	7ADA10	Debito	\$ 23.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	507033	Factura:	3004CJM2024	Estado:	Confirmado
Tercero:	Nit	900959051	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
Proveedor:	900959051 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE				
Fecha:	martes 30 de abril de 2024 12:00 a. m.	Fecha Vencimiento:	30/04/2024	Plazo:	0 Días
Cuenta:	240101003 - CAJA MENOR				
Cuenta NIIF:	240101003 - CAJA MENOR				
				Valor:	\$ 5.817.268,00
Valor: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.					
Observaciones: REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES ABRIL 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6135 A 6183 Y BANCOS 812 A 817 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS					

CONCEPTOS						
Concepto		Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1030638907	511123001	7ADM07	Debito	\$ 111.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
285	IMPRES, PUBLI, SUSCRIP Y AFILI - SERV AMBU-OTRAS ACT EXTRAMU	11373707	731402009	6S3P025	Debito	\$ 3.000.000,00
		Cuenta NIIF: 731402009				
	Porcentaje		Valor Base			
116	GASTOS LEGALES	19247148	511164001	7ADA01	Debito	\$ 8.330,00
		Cuenta NIIF: 511164001				
	Porcentaje		Valor Base			
656	IMPRES, PUBLI, SUSCRIP Y AFILIACIONES-AMBULANCIA	79700070	738602009	3BLY09	Debito	\$ 230.000,00
		Cuenta NIIF: 738602009				
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	79645078	511123001	7ADM02	Debito	\$ 20.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	860512330	511123001	7ADM09	Debito	\$ 152.780,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	79988749	511123001	7ADM03	Debito	\$ 88.500,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
120	VARIOS - GASTOS	80845602	511190002	7ADM05	Debito	\$ 250.000,00
		Cuenta NIIF: 511190002				
	Porcentaje		Valor Base			

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
900959051

Fecha Actual : lunes, 06 mayo 2024
Página 3/6

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	507033	Factura:	3004CJM2024	Estado:	Confirmado
Tercero:	Nit	900959051	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
Proveedor:	900959051 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE				
Fecha:	martes 30 de abril de 2024 12:00 a. m.	Fecha Vencimiento:	30/04/2024	Plazo:	0 Días
Cuenta:	240101003 - CAJA MENOR				
Cuenta NIIF:	240101003 - CAJA MENOR				
				Valor:	\$ 5.817.268,00
Valor: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.					
Observaciones:	REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES ABRIL 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6135 A 6183 Y BANCOS 812 A 817 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS				

CONCEPTOS						
Concepto		Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
120	VARIOS - GASTOS	830084433	511190002	7ADM08	Debito	\$ 251.764,00
		Cuenta NIIF: 511190002				
		Porcentaje	Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	9141154	511123001	7ADM02	Debito	\$ 29.500,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
		Porcentaje	Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1023938283	511123001	7ADM02	Debito	\$ 123.900,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
		Porcentaje	Valor Base			
105	IMPRESOS,PUBLICACIONES,SUSCRIPCIONES Y A - GASTOS	79744368	511121001	7ADF02	Debito	\$ 39.500,00
		Cuenta NIIF: 511121001				
		Porcentaje	Valor Base			
652	MANTENIMIENTO - AMBULANCIA	80279993	738602005	3BLY09	Debito	\$ 40.000,00
		Cuenta NIIF: 738602005				
		Porcentaje	Valor Base			
105	IMPRESOS,PUBLICACIONES,SUSCRIPCIONES Y A - GASTOS	80228697	511121001	7ADM03	Debito	\$ 89.250,00
		Cuenta NIIF: 511121001				
		Porcentaje	Valor Base			
116	GASTOS LEGALES	899999007	511164001	7ADM12	Debito	\$ 154.700,00
		Cuenta NIIF: 511164001				
		Porcentaje	Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1013617294	511123001	7ADA15	Debito	\$ 60.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
		Porcentaje	Valor Base			

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	507033	Factura:	3004CJM2024	Estado:	Confirmado
Tercero:	Nit	900959051	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
Proveedor:	900959051 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE				
Fecha:	martes 30 de abril de 2024 12:00 a. m.	Fecha Vencimiento:	30/04/2024	Plazo:	0 Días
Cuenta:	240101003 - CAJA MENOR				
Cuenta NIIF:	240101003 - CAJA MENOR				
				Valor:	\$ 5.817.268,00
Valor: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.					
Observaciones: REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES ABRIL 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6135 A 6183 Y BANCOS 812 A 817 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS					

CONCEPTOS						
Concepto		Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	79261047	511123001	7ADM03	Debito	\$ 59.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	80765394	511123001	7ADM03	Debito	\$ 118.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	79358443	511123001	7ADM03	Debito	\$ 23.600,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1018461633	511123001	7ADM02	Debito	\$ 106.200,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1108457098	511123001	7ADM02	Debito	\$ 29.500,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	39714891	511123001	7ADM02	Debito	\$ 35.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
116	GASTOS LEGALES	19247148	511164001	7ADA01	Debito	\$ 11.424,00
		Cuenta NIIF: 511164001				
	Porcentaje		Valor Base			
652	MANTENIMIENTO - AMBULANCIA	860069497	738602005	9CVG44	Debito	\$ 252.870,00
		Cuenta NIIF: 738602005				
	Porcentaje		Valor Base			

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	507033	Factura:	3004CJM2024	Estado:	Confirmado
Tercero:	Nit	900959051	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
Proveedor:	900959051 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE				
Fecha:	martes 30 de abril de 2024 12:00 a. m.	Fecha Vencimiento:	30/04/2024	Plazo:	0 Días
Cuenta:	240101003 - CAJA MENOR				
Cuenta NIIF:	240101003 - CAJA MENOR				
				Valor:	\$ 5.817.268,00
Valor: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.					
Observaciones: REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES ABRIL 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6135 A 6183 Y BANCOS 812 A 817 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS					

CONCEPTOS						
Concepto		Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1023870177	511123001	7ADM02	Debito	\$ 34.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1019077311	511123001	7ADM03	Debito	\$ 47.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	23607687	511123001	7ADM02	Debito	\$ 38.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	79261047	511123001	7ADM03	Debito	\$ 59.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
43	RETEFUENTE SERVICIOS GENERALES 6%	11373707	243605004		Credito	\$ 180.000,00
		Cuenta NIIF: 243605004				
05	SERVICIOS GENERALES NO DECLARANTES	Porcentaje 6,00	Valor Base 3.000.000,00			
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS	11373707	243627002		Credito	\$ 28.980,00
		Cuenta NIIF: 243627002				
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS	Porcentaje 9,66	Valor Base 3.000.000,00			
44	RETEFUENTE RTEFTE SERVICIOS 4%	79700070	243605005		Credito	\$ 9.200,00
		Cuenta NIIF: 243605005				
04	SERVICIOS GENERALES DECLARANTES	Porcentaje 4,00	Valor Base 230.000,00			
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS	79700070	243627002		Credito	\$ 2.222,00

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	507033	Factura:	3004CJM2024	Estado:	Confirmado	
Tercero:	Nit	900959051	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
Proveedor:	900959051 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE					
Fecha:	martes 30 de abril de 2024 12:00 a. m.		Fecha Vencimiento:	30/04/2024	Plazo:	0 Días
Cuenta:	240101003 - CAJA MENOR					
Cuenta NIIF:	240101003 - CAJA MENOR					
					Valor:	\$ 5.817.268,00
Valor: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.						
Observaciones: REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES ABRIL 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6135 A 6183 Y BANCOS 812 A 817 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS						

CONCEPTOS							
Concepto			Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
			Cuenta NIIF: 243627002				
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS	Porcentaje	9,66	Valor Base	230.000,00		
43	RETEFUENTE SERVICIOS GENERALES 6%		80845602	243605004		Credito	\$ 15.000,00
			Cuenta NIIF: 243605004				
05	SERVICIOS GENERALES NO DECLARANTES	Porcentaje	6,00	Valor Base	250.000,00		
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS		80845602	243627002		Credito	\$ 2.415,00
			Cuenta NIIF: 243627002				
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS	Porcentaje	9,66	Valor Base	250.000,00		
61	RETENCION IVA POR SERVICIOS		830084433	243625002		Credito	\$ 6.030,00
			Cuenta NIIF: 243625002				
21	RETENCION IVA REGIMEN COMUN	Porcentaje	15,00	Valor Base	40.198,00		
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS		860069497	243627002		Credito	\$ 2.053,00
			Cuenta NIIF: 243627002				
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS	Porcentaje	9,66	Valor Base	212.497,00		

CUOTAS		
No. Cuota	Fecha Vencimiento	Valor
1	30/04/2024	\$ 5.817.268,00
Total Cuotas:		\$ 5.817.268,00

ELABORO

REVISO



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Bogotá, 06 de mayo de 2024

Doctor
WILSON PARRADO LEÓN
Profesional Especializado - Contador
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente ESE
BOGOTÁ D.C.

Asunto: Entrega de Conciliación Mes Abril de 2024

Respetado doctor Parrado:

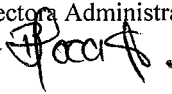
Cordial saludo, la presente tiene como finalidad remitirle Conciliación correspondiente al mes de Abril de 2024 de la Cuenta Corriente No. 0084 6999 9208 de la Caja Menor de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.


Agradezco la atención prestada.

Atentamente.


YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN
Directora Administrativa

Anexo: Tres (3) folios

Aprobó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Revisó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Elaboró: Blanca Paulina Suárez Rosas, Secretaria 

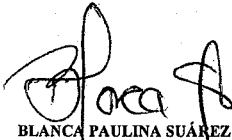
Recibí  06/05/2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
CONCILIACION BANCARIA BANCO DAVIVIENDA CAJA MENOR SUBRED CENTRO ORIENTE
CUENTA CORRIENTE N. 008469999208
MES ABRIL DE 2024

			EXTRACTO	LIBRO
MAS		SALDO A COMPARAR	18.418.462,00	11.351.345,00
	A	Consignaciones No Registradas		
	B	Notas Crédito		
	C	Ajustes		
SUMAS			18.418.462,00	11.351.345,00
MENOS	D	Cheques En Mano		
	E	Notas Débito		7.067.117,00
	F	Ajustes		
	M		18.418.462,00	18.418.462,00

			EXPLICACION	
MAS				
			TOTAL	0,00
C. AJUSTES				
MAS EN LIBROS				
	FECHA		CONCEPTO	VALOR
MENOS				
D. CHEQUES EN MANO			TOTAL C	0,00
	FECHA	No. CHQ	BENEFICIARIO	VALOR
	29/04/2024	92949-8	Emergencias Clínicas Fras. FE 6521 \$1,360.000 -	
		92949-8	FE 6530 \$800.000 FE 6531 \$2.320.000	4.349.453,00
	29/04/2024	92950-7	Exel Medical SAS, Fra. ULT 9949	2.717.664,00
			TOTAL D	7.067.117,00
F. AJUSTES				
MENOS EN LIBROS				
			TOTAL	0,00
F. AJUSTES				
			TOTAL F.	

Elaboró


BLANCA PAULINA SUÁREZ ROSAS
Reviso

WILSON PARRADO LEÓN
Profesional Especializado - Contador

Aprobó


YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN
Director Administrativo



DAVIVIENDA

CUENTA CORRIENTE

0084 6999 9208



H.01

INFORME DEL MES: ABRIL /2024

Apreciado Cliente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
gerencia@subredcentrooriente.gov.co

Saldo Anterior	\$18,952,077.00
Más:Créditos	\$28,659,126.00
Menos: Débitos	\$29,192,741.00
Nuevo Saldo	\$18,418,462.00

Días Sobregiro	0
Interés de Sobregiro	\$0.00
Tasa Sobregiro	33.08% E.A
Tasa Mora	33.08% E.A

Fecha Día Mes	Clase de Movimiento	Oficina	Doc.	Valor	Saldo
01 04	Cheque Devuelto por Causal 16	BTA CENTRO CANJE	9436	\$1,481,144.00+	\$20,433,221.00+
01 04	Cheque Pagado por Proceso de Canje	BTA CENTRO CANJE	9441	\$1,067,946.00-	\$19,365,275.00+
02 04	Cheque Devuelto por Causal 16	BTA CENTRO CANJE	9441	\$1,067,946.00+	\$20,433,221.00+
03 04	Cheque Pagado por Proceso de Canje	BTA CENTRO CANJE	9453	\$1,384,316.00-	\$19,048,905.00+
03 04	Cheque Pagado por Proceso de Canje	BTA CENTRO CANJE	9436	\$1,481,144.00-	\$17,567,761.00+
04 04	Cheque Pagado por Proceso de Canje	BTA CENTRO CANJE	9382	\$1,188,029.00-	\$16,379,732.00+
05 04	Cheque Pagado por Proceso de Canje	BTA CENTRO CANJE	9441	\$1,067,946.00-	\$15,311,786.00+
08 04	Cheque Pagado por Ventanilla	BTA SAN MARTIN	9467	\$5,000,000.00-	\$10,311,786.00+
09 04	Abono Transferencia 0550008400747591 9009590517 TRANSFERENCIA TERCEROS	PORTAL-EMPRESARIAL	8956	\$26,110,036.00+	\$36,421,822.00+
17 04	Cheque Pagado por Ventanilla	BTA SAN MARTIN	9470	\$5,000,000.00-	\$31,421,822.00+
18 04	Cheque Pagado por Proceso de Canje	BTA CENTRO CANJE	9419	\$1,432,322.00-	\$29,989,500.00+
24 04	Cheque Pagado por Ventanilla	BTA SAN MARTIN	9484	\$5,000,000.00-	\$24,989,500.00+
25 04	Cheque Pagado por Proceso de Canje	BTA CENTRO CANJE	8938	\$3,571,038.00-	\$21,418,462.00+


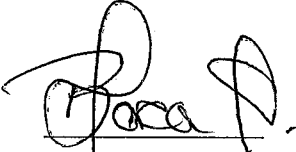


LA IMPORTANCIA DEL AHORRO
SE VE EN UN FUTURO MÁS FELIZ,
CONSTRÚYALO CON SUS CUENTAS DE AHORRO
Y CORRIENTE DAVIVIENDA.

Interés de Sobregiro: 2.41 % M.V. 33.08 % E.A.

Este producto cuenta con seguro de depósitos
Cualquier diferencia con el saldo, favor comunicarla a nuestra revisoría fiscal KPMG Ltda. A.A. 77859 de Bogotá.
Recuerde que usted también cuenta con nuestro Defensor del Consumidor Financiero: José Guillermo Peña González Dirección: Av. 19 No. 114 -09, Of. 502. Bogotá
D.C., Colombia. Teléfono: (+57 601) 2131370 | 2131322 Correo Electrónico: defensordelcliente@davivienda.com.
Para mayor información en www.davivienda.com

Banco Davivienda S.A NIT.860.034.313-7

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
LIBRO AUXILIAR DE BANCOS CAJA MENOR 2023				
CUENTA CORRIENTE No 008469999208 BANCO DAVIVIENDA				
En Bogotá D.C., a los veinticinco (25) días de enero de 2024 se inicia el manejo del Fondo de Caja menor				
creada mediante Resolución No. 040 del diecinueve (19) de enero de 2024, para sufragar los gastos generados de la Subred				
Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE.				
FECHA	DETALLE	DEBE	HABER	SALDO
	Saldo que pasa	10.308.426,00		10.308.426,00
08/04/2024	Comprobante -812- cheque 92946-7 Gastos Efectivo		5.000.000,00	5.308.426,00
10/04/2024	Abono por transferencia reembolso mes Marzo de 2024	26.110.036,00		31.418.462,00
17/04/2024	Comprobante -813- cheque 42947-0 Gastos Efectivo		5.000.000,00	26.418.462,00
24/04/2024	Comprobante -814- cheque 92948-4 Gastos Efectivo		5.000.000,00	21.418.462,00
29/04/2024	Comprobante -815- cheque 92949-8 Emergencias Clínicas Fras. FE 6521 \$1,360.000 - FE 6530 \$800.000 FE 6531 \$2.320.000		4.349.453,00	17.069.009,00
29/04/2024	Comprpbante -816- cheque 92950-7 Exel Medical SAS, Fra. ULT 9949		2.717.664,00	14.351.345,00
30/04/2024	Comprbante -817- cheque 92951-0 Gastos Efectivo		3.000.000,00	11.351.345,00
	Cierre Abril de 2024	36.418.462,00	25.067.117,00	
	Saldo que pasa		11.351.345,00	
	Sumas Iguales	36.418.462,00	36.418.462,00	
	Saldo que pasa	11.351.345,00		11.351.345,00
<div><div> Vo.Bo. ORDENADORA GASTO</div><div> Vo.Bo.CUENTADANTE</div></div>				