



1. INFORMACIÓN			
COMPROBANTE N°	6184	FECHA	02/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	IMPUESTOS TASAS DERECHOS CONTRIBUCIONES Y MULTAS		
VALOR:	\$43.700,00		
SUMA DE:	CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A SECRETARIA DE MOVILIDAD NIT 899999.061-9-EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO DE LIBERTAD Y TRADICIÓN VEHÍCULO DE PLACA ODT 114 PERTENECIENTE A LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E., SOLICITADO POR DIANA CARLONA SANDOVAL MANRIQUE, LÍDER TRANSPORTE		
 Vo.Bó. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bó. CUENTADANTE	

Resumen del Pago

Comercio	Consortio Circulemos Digital
NIT	830.054.076-2
Número de Pago	1981367
Número de Transacción	1983432
CUS / Numero	606493750
Aprobación	202404300849514001
Referencia	202404300849514001
Valor de Pago	\$ 43.700
Fecha de Pago	30/04/2024 08:51:03 a.m.
Estado	Aprobado
Medio de pago	PSE - NEQUI
Dirección IP	20.246.153.108
Descripción	Pago trámite

Cualquier inquietud, duda o sugerencia con respecto al Proceso de Pago a través de la Pasarela de Pagos Olimpia, puede comunicarse a través de la línea de contacto (601) 7441000 o a través del Correo Electrónico soportecorporativo@olimpiait.com



Copyright © 2024 Securepay • Marca Registrada de Olimpia IT • Una Nueva Generación Digital
[Términos y condiciones](#)



Nelly Lopez
Nelly Lopez

Fecha: 30/04/2024 Hora: 08:55 Nro: 002001013004202467417

Tipo: AUTOMOVIL Identificador: ODT114

Cédula: Fun:

Solicitante: C79307804 Juan carlos Guerrero Guzmán

Derechos			
Nro.	Derecho	Cantidad	Valor
1	Runt	1	2100
2	Certificado de libertad y tradicion	1	41600
Nro de liquidación RUNT 600000000089974452 Trámite(s): Certificado de libertad y tradicion			
Total:			43700

VUS: Virtual		Forma de pago: Pasarela Online			
Valor a pagar		CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS			
Detalle retención en la fuente					
ID:					
Nro.	tipo	Avalúo	Base %	Rte Fte %	Valor
Total Retención:					0
Firma y sello					

Aviso importante: este recibo tiene un plazo de vencimiento de 60 días.

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTÁ / 30 DE ABRIL DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE
ÁREA / DEPENDENCIA	TRANSPORTE
CENTRO DE COSTO	7ADM07 51164001
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 ODT114 realizada ante la Ventanilla Única de Servicios el día 30/04/2024 y registrada con número 202404300849514001.


3. JUSTIFICACIÓN

Un Certificado de libertad y tradicion para el vehiculo administrativo ODT114 realizada ante la Ventanilla Única de Servicios el día 30/04/2024 y registrada con número 202404300849514001.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

N/A
Vo.Bo. Funcionario Almacen

Diana Sandoval
Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:



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 – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

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

I. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6185

FECHA

03/04/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

REINTEGRO IMPUESTOS

VALOR:

\$638.084,00

LA SUMA DE:

SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL OCHENTA Y CUATRO 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 ABRIL DE 2024 EN LA CAJA MENOR DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

BANCO DAVIVIENDA
 Recaudo Empresarial
 Fecha: 07/05/2024 Hora: 10:44:14
 Jornada: Normal
 Oficina: 0089
 Terminal: CJO089W103
 Usuario: IGT
 DATOS DEL CONVENIO
 Nombre del Convenio:
 SOBRIED INTL DE SERV DE SALUD CEN
 Cuenta Convenio: *****7591
 Código Convenio: 01154954
 No. Referencia 1:
 No. Referencia 2: 9009590517
 Forma de Pago: Efectivo
 Vr. Total: \$638,084.00
 Costo Transacción: \$0.00
 No. Transacción: 112813
 Quien realiza la transacción
 Tipo Id: CC
 Número Id: 9009590517
 Transacción exitosa en línea
 Por favor verifique que la
 información impresa es correcta.

RECIBO DE CAJA

SANDRA MARINA MORENO JIMENEZ

Número : 000000000524744

CONSECUTIVO 000000000524744 ESTADO Confirmado
FECHA DEL RECIBO 8/05/2024 12:49:26 p. m. VALOR \$ 638.084,00
TERCERO 900959051 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CENTRO DE COSTO


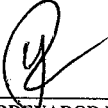
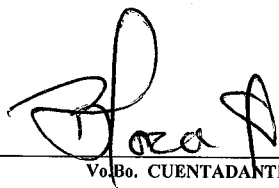
DETALLE REINTEGRO DE IMPUESTOS MES DE ABRIL 2024 - IMPUESTOS GENERADOS EN EL MES DE ABRIL 2024 EN LA CAJA MENOR DE LA SUBRED INTEGRADADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE - CONSIGNACION REALIZADA EL 07 DE MAYO DE 2024
VALOR EN LETRAS SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL OCHENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

RECAUDO NRO
USUARIO CREA SANDRA MARINA MORENO JIMENEZ

FORMAS DE PAGO							
vr Efectivo :	\$ 638.084,00	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	\$ 638.084,00	\$ 0,00	
88	REINTEGRO CAJA MENOR - COMPRAS	900959051		240101003	\$ 0,00	\$ 638.084,00	
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 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°	6186	FECHA	06/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	IMPUESTOS TASAS DERECHOS CONTRIBUCIONES Y MULTAS		
VALOR:	\$283.455,00		
LA SUMA DE:	DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. FE228 CDA CAR POLL SAS NIT 901.515.457-1 REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA MÓVIL 6996 CON PLACAS JQV22 DE ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA, SOLICITADO POR DANIEL MURCIA CRUZ, LIDER APH.		
 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bo. CUENTADANTE	



CDA CAR POOL SAS
Nit:901515457-1
Dir:AC 22 34-63
Tel:3208844697

Factura electrónica de
venta
No. FE228

INFORMACION DEL CLIENTE		FECHA	TOTAL
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS		04/05/2024	\$ 283.455,00
NIT No. : 900959051-7		VENDEDOR	
DIRECCION : BOGOTA		1010240337 - MARIA FERNANDA SUARIQUE BALLESTER	
TELEFONO : 3144447573		FECHA VENCIMIENTO	REFERENCIA
CIUDAD : BOGOTÁ, D.C.		04/05/2024	
PAIS : Colombia			


CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNIT.	DCTO.	VALOR TOTAL
41454001	2022 JQV222 Pin 1112014632413610 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS	1	\$ 195.366,00		\$ 195.366,00
28150505	2022 JQV222 Pin 1112014632413610 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS	1	\$ 4.900,00		\$ 4.900,00
28150510	2022 JQV222 Pin 1112014632413610 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS	1	\$ 8.100,00		\$ 8.100,00
28150515	2022 JQV222 Pin 1112014632413610 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS	1	\$ 23.477,00		\$ 23.477,00
28150520	2022 JQV222 Pin 1112014632413610 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS	1	\$ 5.507,00		\$ 5.507,00
28150525	2022 JQV222 Pin 1112014632413610 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS	1	\$ 7.550,00		\$ 7.550,00
28150530	2022 JQV222 Pin 1112014632413610 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS	1	\$ 1.435,00		\$ 1.435,00
NRO. ITEMS FACTURADOS: 7					

LIQUIDACION	VALOR BASE	TARIFA	VALOR	FORMA DE PAGO	IDENTIFICACION	VALOR
VALOR PARCIAL :			\$ 246.335,00	2 Efectivo (caja)	11050510	\$ 283.455,00
IVA Generado 19%	\$ 195.366,00	19%	\$ 37.119,54			
AJUSTE AL PESO INGRESO	\$ 246.335,00	\$0	\$ 0,46			
VALOR TOTAL :			\$ 283.455,00			

VALOR (en letras) : DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

OBSERVACIONES
Persona jurídica y asimiladas, Régimen ordinario de tributación, Responsable impuesto a las ventas y Agente retenedor (puede practicar retención)
Factura de CONTADO: Efectivo.

Preparado	Aprobado	Contabilizado	Revisado	FIRMA Y SELLO



Sello de firma:
azMEHjZqnkKimAOYrGP6F0a37uiswIGXpxz7tt1gVPucmjK2quddm1UrG8dLklwNldq7p+R8ixV011QQZfLka7nrJQftympAgd3c1ixjKXhJ+Vh7+3EIH0kvg2lmm:
oQTDqXpWhlm1WhTwr9xMbykGpHfCEf0feUpTbQKB/P2gMUUoLe2vUimL9fE3yeCcWv6a7q8Zfz03vZiOVv2ZSNUn8htfRY0Nfm1aUX7KvpufJIDYU1vF3MTe
XgDhqAoUkEI6fQbnEFY1lk5mAwSfNxZ5y68rJacrZ5s3muh1Dc3KvD3zl1RS1bT9K5JLZdXltz3c0XRw==

CUFE: 000621dc7bc831ef83a1dd5bb2c1122124216a8824a6dc8dee844cfebee7a79428a7e3dc6ed5e2764d94d3fb8bd81640

Fecha emisión: 2024-05-04 08:34:35

Proveedor Tecnológico: NIT: 890930534 - Cadena S.A.

Fecha validación DIAN: 2024-05-04 08:34:42-05:00

10

Bogotá DC. 02 de Mayo de 2024



Señores: Subred
Centro Oriente
Nit: 900959051-7

COTIZACIÓN
POR CONCEPTO DE

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR
1	RTM VEHICULO LIVIANO	\$ 283.455
	JQV 222 – CHEVROLET NHR	
	TOTAL	\$ 283.455

Cordialmente,

CDA CARPOOL SAS
NIT:901515457-1
TEL:320 884 4697

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario14930651165

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)90151545716. DV112. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá14. Buzón electrónico

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 socialCDA CAR POOL SAS36. Nombre comercial37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principalAC 22 34 63 AC 22 34 5742. Correo electrónicocdacarpool@gmail.com43. Código postal44. Teléfono 1320884469745. Teléfono 23192742457

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal46. Código47. Fecha inicio actividad712020210823

Actividad secundaria48. Código49. Fecha inicio actividad

Otras actividades50. Código12

Ocupación51. Código52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código5791442485255

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario55- Informante de Beneficiarios Finales07- Retención en la fuente a título de rent09- Retención en la fuente en el impuesto14- Informante de exogena42- Obligado a llevar contabilidad48- Impuesto sobre las ventas - IVA52- Facturador electrónico

Obligados aduaneros

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 NOX60. No. de Folios:061. Fecha2023 - 07 - 27 / 10 : 42: 56

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. NombreQUIROGA PEDRAZA SAMUEL985. CargoRepresentante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 23-09-2023 02:05:12PM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Es espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario14930651165

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)9015154571

6. DV1

12. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

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. Beneficiario1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase04

72. Número

73. Fecha20210823

74. Número de notaría

75. Entidad de registro03

76. Fecha de registro20210827

77. No. Matricula mercantil0003420462

78. Departamento11

79. Ciudad/Municipio001

Composición del Capital

82. Nacional100%

83. Nacional público00%

84. Nacional privado1000%

85. Extranjero0%

86. Extranjero público00%

87. Extranjero privado00%

Vigencia

80. Desde20210823

81. Hasta99991231

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item

89. Estado actual

90. Fecha cambio de estado

91. Número de Identificación Tributaria (NIT)

92. DV

149

20210827

20210827

280

20210827

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

Fecha generación documento PDF: 23-09-2023 02:05:12PM

DIAN

POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14930651165

QR

Barcode

(415)7707212489984(8020) 000001493065116 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 1 5 1 5 4 5 7 1

Impuestos de Bogotá

3 2

Representación

98. Representación

REPRS LEGAL PRIN

1 8

99. Fecha inicio ejercicio representación

2 0 2 3 0 3 1 7

100. Tipo de documento

Cédula de Ciudadaní

1 3

101. Número de identificación

7 9 3 1 8 0 2 0

102. DV

103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido

QUIROGA

105. Segundo apellido

PEDRAZA

106. Primer nombre

SAMUEL

107. Otros nombres

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 1 0 8 2 7

100. Tipo de documento

Cédula de Ciudadan

1 3

101. Número de identificación

1 0 0 1 1 7 2 0 8 2

102. DV

103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido

QUIROGA

105. Segundo apellido

QUIROGA

106. Primer nombre

JULIAN

107. Otros nombres

EDUARDO

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: 23-09-2023 02:05:13PM

		Formulario del Registro Único Tributario Revisor Fiscal y Contador				<div>001</div>	
Espacio reservado para la DIAN				Página 4 de 5 Hoja 5			
				4. Número de formulario 14930651165			
				(415)7707212489984(8020) 000001493065116 5			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 1 5 1 5 4 5 7 1		6. DV 1		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2	
Revisor Fiscal y Contador							
Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento		125. Número de identificación		126. DV 127. Número de tarjeta profesional		
	128. Primer apellido		129. Segundo apellido		130. Primer nombre		131. Otros nombres
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)		133. DV		134. Sociedad o firma designada		
	135. Fecha de nombramiento						
Revisor fiscal suplente	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 Cédula de Ciudadanía 1 3		149. Número de identificación 5 2 7 6 9 0 8 6		150. DV		151. Número de tarjeta profesional 2 5 2 0 9 6 T
	152. Primer apellido DIAZ		153. Segundo apellido CAMARGO		154. Primer nombre JENNY		155. Otros nombres ALEXANDRA
	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)		157. DV		158. Sociedad o firma designada		
	159. Fecha de nombramiento 2 0 2 2 0 1 0 1						

 <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	BOGOTA - 02 DE MAYO DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	DANIEL MURCIA CRUZ
ÁREA / DEPENDENCIA	APH
CENTRO DE COSTO	9CVG40 7386 02023
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SAN BLAS

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

REALIZAR REVISION TENICO MECANICA

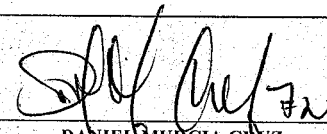
3. JUSTIFICACIÓN

SE REQUIERE REALIZAR LA REVISION TECNICO MECANICA A LA MOVIL 6996 CON PLACAS JQV222 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.

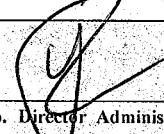
4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		<input checked="" type="checkbox"/>

N/A

Vo.Bo. Funcionario Almacén



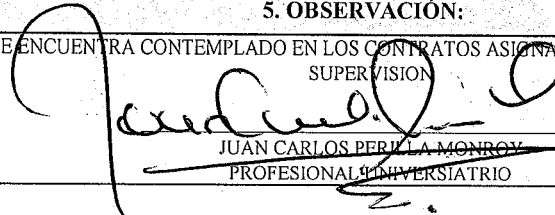
DANIEL MURCIA CRUZ



Vo.Bo. Director Administrativo Ó Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

EL SERVICIO SOLICITADO NO SE ENCUENTRA CONTEMPLADO EN LOS CONTRATOS ASIGNADOS A LA DIRECCION ADMINISTRATIVA Y BAJO MI SUPERVISION



JUAN CARLOS PERILLA MONROY
PROFESIONAL UNIVERSITARIO



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°	6187	FECHA	07/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MATERIALES Y SUMINISTROS		
VALOR:	\$1.350.000,00		
LA SUMA DE:	UN MILLÓN TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. FEPS 611 PLASTIC STORE SAS NIT 900.924.811-7 CAJAS PLÁSTICAS TAPA/ABISAGRADA NECESARIAS PARA LA FARMACIA CENTRAL DEL HOSPITAL SANTA CLARA, PARA INSUMOS DE LA UNIDAD RENAL, SOLICITADO POR IGNA PATRICIA BENAVIDEZ RODRÍGUEZ, SERVICIO FARMACEUTICO. R.IVA 15%.....\$32,332,00		
Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO		Vo.Bø. CUENTADANTE	

12801

*

BANCO DAVIVIENDA

Depositos Efectivo
 Fecha: 03/05/2024 Hora: 09:09:02
 Formada Normal
 Oficina 0010
 Terminal C10010W104
 Usuario THM
 Tipo Producto Cta Ahorros
 No Cuenta 0000108900135469
 Titular Producto:

PLASTIC STORE SAS

Vr. Efectivo \$1,317,668.00
 Vr. Cheque \$0.00
 Vr. Total \$1,317,668.00
 Costo Transaccion \$0.00
 No Transaccion 711964
 Quien realiza la transaccion
 Tipo Id NIT
 No Id 9009590517

Transaccion exitosa en línea
 Por favor verifique que la
 información impresa es correcta.

Empresa: Subred Integrada de servicios		Fecha	06	05	2024
cc/nit: 900959051-9	E-mail:		Contacto: Olga		
Dir: D6 34 #5 - 43	Telefono: 3023290525	Ciudad: Bogotá			

REF.	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
	Caja Plastica Tapa Abisagrada CS 6032 PS A2	20
ERVACIONES:	DESPACHADO POR	TRANSPORTADO POR
		Correos Betancur TS
	RECIBIDO POR	CAJAS/BULTOS
	Olga Ceballos	



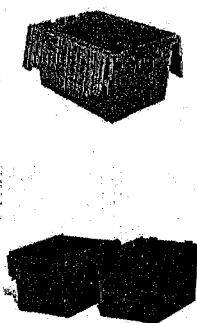
FACTURA PROFORMA
NIT: 900.924.811-7
REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION
PBX: 7942701
CEL:3043543311
BOGOTA-COLOMBIA

FECHA:	24/04/2024	N° PROFORMA:	2456
EMPRESA:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	CONTACTO:	OLGA CEBALOS
NIT:	900959051-7	VENDEDOR:	JAIME
DIRECCION:	DG 34 5 43	CIUDAD:	BOGOTA
TELEFONO:	3023290575	FORMA DE PAGO:	CONTADO
DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
CAJA PLASTICA TAPA ABISAGRADA REF CS6032PS	20	56.723	1.134.454
SUB TOTAL			1.134.454
RETEFUENTE			
RETEICA			
RETEIVA			
IVA			215.546
TOTAL			1.350.000
Consignar en el banco BANCOLOMBIA en la cuenta de ahorros N° 237539602-52 a nombre de PLASTIC STORE SAS , enviar soporte al correo contabilidad@plasticstore.com.co			

R.IVA 15% 32.332

A pagar \$1.317.668²

EMPRESA	HOSPITAL SANTA CLARA	NRO. DE COTIZACION	24040904
CONTACTO	OLGA LUCIA CEBALLOS	FECHA	9/04/2024
EMAIL	olgaluciaceballoshiguera@gmail.com	FORMA DE PAGO	CONTADO ANTICIPADO AL DESPACHO
TELEFONO	3156089116	VENDEDOR	JULIAN RIVERA
CIUDAD	BOGOTA	CONTACTO VENTAS	7942701 EXT: 1
		EMAIL VENTAS	ventas@plasticstore.com.co

REF	IMAGEN DE REF	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
CPS32 3PS		CAJA PLÁSTICA TAPAS ABISAGRADAS, fabricada en Polipropileno de alto impacto para trabajo pesado. PESO: 3.300 gr. CAPACIDAD: 58 Litros, y Apilamiento 250 kg BASE: Corrugada ideal para bandas transportadoras. MEDIDAS: LARGO: 60cm ANCHO: 40cm ALTO: 32cm	20	56.722	1.134.454
COLORES DISP.		AZUL			
GARANTIA		* Para productos plasticos la garantia es de 6 meses por defectos de Fabrica. No incluye golpes, sobre carga, carga mal distribuida o mala manipulacion del producto. NOTA: * Es responsabilidad del cliente verificar el estado del producto al momento de ser entregado por la transportadora o por nuestros despachadores. * VALIDEZ DE OFERTA: 10 dias.		SUB TOTAL	1.134.454
TIEMPO DE ENTREGA		1 a 2 dias habiles al recibir orden de compra y soporte de pago. Sujeto a disponibilidad en inventario.		IVA 19%	215.546
GASTOS DE ENVIO		Sin costo			
CUENTAS Y TRANSFERENCIAS:		* Transferencias o consignaciones únicamente a nombre de PLASTIC STORE SAS Cuenta de Ahorros N° 23753960252 BANCOLOMBIA o Cuenta de Ahorros N° 0550108900135469 DAVIVIENDA .		TOTAL	1.350.000

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

14980603482



(415)7707212489984(8020) 0000014980603482

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 9 2 4 8 1 1

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

1

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 social

PLASTIC STORE SAS

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País de identificación

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR-87 de 17 de 35

42. Correo electrónico

comercial@plasticstore.com.co

43. Código postal

1 1 0 9 3 1

44. Teléfono 1

6 0 1 7 9 4 2 7 0 1

45. Teléfono 2

3 1 0 3 3 6 5 1 2 2

CLASIFICACIÓN

31. Suministrador

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

52. Número de establecimientos

35. Fecha inicio actividad

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número de establecimientos

36. Nombre comercial

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

57. Retención en la fuente a título de rent

0 0 1

58. Retención en la fuente en el impuesto

59. Informante de exogena

60. Régimen Simple de Tributación - SIM

61. Impuesto sobre las ventas - IVA

62. Facturador electrónico

0 0 1 2 2

63. Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
55. Nombre									
56. Nombre									
57. Nombre									
58. Nombre									
59. Nombre									
60. Nombre									
61. Nombre									
62. Nombre									
63. Nombre									
64. Nombre									
65. Nombre									
66. Nombre									
67. Nombre									
68. Nombre									
69. Nombre									
70. Nombre									
71. Nombre									
72. Nombre									
73. Nombre									
74. Nombre									
75. Nombre									
76. Nombre									
77. Nombre									
78. Nombre									
79. Nombre									
80. Nombre									
81. Nombre									
82. Nombre									
83. Nombre									
84. Nombre									
85. Nombre									
86. Nombre									
87. Nombre									
88. Nombre									
89. Nombre									
90. Nombre									
91. Nombre									
92. Nombre									
93. Nombre									
94. Nombre									
95. Nombre									
96. Nombre									
97. Nombre									
98. Nombre									
99. Nombre									
100. Nombre									

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

54. Código

55. Nombre

56. Nombre

57. Nombre

58. Nombre

59. Nombre

60. Nombre

61. Nombre

62. Nombre

63. Nombre

64. Nombre

65. Nombre

66. Nombre

67. Nombre

68. Nombre

69. Nombre

70. Nombre

71. Nombre

72. Nombre

73. Nombre

74. Nombre

75. Nombre

76. Nombre

77. Nombre

78. Nombre

79. Nombre

80. Nombre

81. Nombre

82. Nombre

83. Nombre

84. Nombre

85. Nombre

86. Nombre

87. Nombre

88. Nombre

89. Nombre

90. Nombre

91. Nombre

92. Nombre

93. Nombre

94. Nombre

95. Nombre

96. Nombre

97. Nombre

98. Nombre

99. Nombre

100. Nombre

Para uso exclusivo de la DIAN

60. No. de Folios

0

61. Fecha

2024 - 02 - 09 / 11 : 53: 38

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 RIVERA CRISOSTOMO ANDRES JULIAN

985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 09-02-2024 11:53:58AM

26

Certificado Bancario

Lunes, 15 de enero de 2024

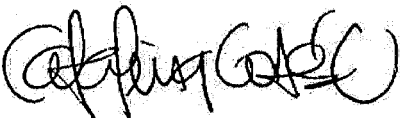
Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que PLASTIC STORE SAS identificado(a) con NIT 900924811, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	23753960252	2016/01/21	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.





DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

BOGOTA D.C., DISTRITO CAPITAL, 06/10/2023

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **PLASTIC STORE SAS** con NIT 900.924.811-7 posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

108900135469


Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

28

 <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- INFORMACION

CIUDAD Y FECHA	Bogota , Abril 22 de 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	IGNA PATRICIA BENEVIDES RODRIGUEZ
AREA / DEPENDENCIA	SERVICIO FARMACEUTICO
CENTRO DE COSTO	15CT03 735201002
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SANTA CLARA

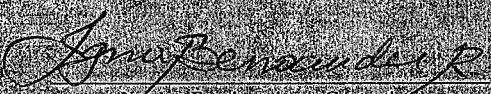
2- DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Ciudad y fecha	
Nombre	Se requiere la compra de 20 cajas plasticas con tapa abisagradas para la farmacia central de santa clara, para los insumos de la unidad renal.

3- JUSTIFICACION

Justificación	Se requieren estas cajas plasticas para el suministro de insumos necesarios en la unidad renal de Hospital Santa Clara.
---------------	---

Existe en Almacen Central?	SI	NO
		X

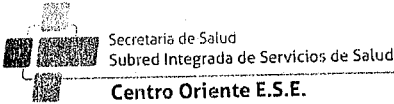
 Nombre Funcionario y/o Contratista

 V.O. Funcionario Almacen
--

 V.O. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5- OBSERVACION

Observaciones	
---------------	--



COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000076291

PROVEEDOR: PLASTIC STORES SAS NIT: 900924811 FECHA: 07/05/2024 09:38 a. m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CR 87 N 17 - 35 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 3103365122 TASA CAM: 0.00
N° FACTURA: FEPS611 % ICA: 0.0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 06/05/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
101CD015131	CAJA PLASTICA	UNIDAD	20.00	\$56,722.70	\$1,134,454.00	0.00	19.00

DETALLE
COMPRA POR CAJA MENOR - HOSPITAL SANTA CLARA - VICTOR CHAVEZ.

SUBTOTAL: \$1,134,454.00
DESCUENTO: \$0.00
IMPUESTO: \$215,546.00
FLETES: \$0.00
IMP FLETES: \$0.00
RETE IVA: \$32,332.00
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: \$1,317,668.00

TOTAL COMPROBANTE:
UN MILLON TRESCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Adriana M. Lugo
Cuentas por Pagar
Revisado Impuestos:

Elaboro: Revisó Almacen

6187

ACTA INVENTARIO ARQUEO CAJA MENOR

Con el objeto de dar cumplimiento a la Resolución 2024420000003568-6 del 07 de mayo de 2024 “Por la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la Intervención Forzosa Administrativa para Administrar de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE**”, se procede a realizar Arqueo de Caja Menor, así:

Ciudad y Fecha: Bogotá, 07 de mayo de 2024

Prestador de Servicios de Salud: Hospital Universitario Santa Clara

Nit: 900.959.051-7

Dirección: Carrera 14B-145 sur

Responsable del Área:

Nombres y Apellidos completos del Responsable de Tesorería	Blanca Paulina Suarez Rosas
Identificación	39.714.891
Cargo	Cuentadante Caja menor
Teléfono de Contacto	3118169686

ARQUEO

1. Efectivo

Billetes			Monedas		
Denominación	Cantidad	Valor	Denominación	Cantidad	Valor
Billetes de 100 mil	20	\$ 2.000.000	Monedas 500	4	2000
Billetes de 50 mil	120	\$ 6.000.000	Monedas 200	1	200
Billetes de 20 mil	2	\$ 40.000	Monedas 100	4	400
billetes de 10 mil	9	\$ 90.000			
Billetes de 2 mil	1	\$ 2.000			
Total		\$ 8.132.000	Total		\$2.600
Total Efectivo			\$8.134.600		

Recibos provisionales
Alineación balanceo de Ambulancia \$ 90.000

SUBTOTAL \$ 8.224.600

Reembolso mes de abril \$ 22.246.232

Facturas de Mayo (certificados de libertad 606493750) \$ 43.700

FEPS 611 \$ 1.350.000 Factura

Revisión técnico mecánica \$ 283.455 \$ 300.000 \$ -16.545

Facturas Mayo \$ 1.677.155

Saldo en Bancos \$ 6.351.345

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6188

FECHA

08/05/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

MATERIALES Y SUMINISTROS

VALOR:

\$452.200,00

LA SUMA DE:

CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. H55224 C & B PAPELES DE COLOMBIA SAS NIT 900.024.204-4 ROLLOS TERMICOS 80 MM X 60 MTRS DE REFERENCIA RT19, NECESARIOS PARA EL MANEJO DE FILAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE TURNOS QUE ELIMINE LAS FILAS, EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE SALUD, SOLICITADO POR FANNY RUGELES DE HERNÁNDEZ, LIDER OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.

Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bø. CUENTADANTE

12806

*

C&B Papeles de Colombia S.A.S

REGIMEN COMUN
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
CIU 1709 TARIFA 11.04X1000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

NUM. DOC: H 55224

FECHA EMISION: 2024/05/07

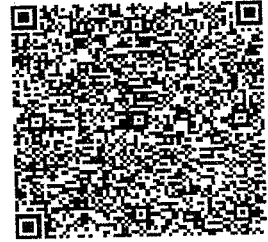
HORA DE EMISION: 08:28:34

FECHA DE VENCIMIENTO: 2024/05/07

VENDEDOR: DIANA PELAEZ

E-MAIL: asesor2@papelesdecolumbia.com

TEL. VENDEDOR: 3197734213



Nº.Resolución: 18764064563191 Prefijo: H Consecutivo: 50.001 hasta 60.000 Fecha: 2024-01-30 hasta: 2025-01-30

Datos del Emisor	Adquiriente
Razón Social / Nombre: C&B PAPELES DE COLOMBIA SAS	Razón Social / Nombre: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD C
NIT: 900.024.204-4	NIT: 900959051 - 7 ENTRO ORIENTE E.S.E.
Actividad Económica: CIU 1709 TARIFA 11,04X1000	Ciudad : BOGOTÁ - Bogotá D.C
Dirección: Transversal 39 BIS A #19D-06 - Bogotá D.C - COL	Dirección: DG 34 5 43
Teléfono: 318 717 2576 - (601) 369 1156	Contacto: Teléfono: 3023348034-3282828
E-mail: recepcionfacturas@papelesdecolumbia.com	E-mail: subcentrooriente@saludcapital.gov.co
Remisión:	O.C:

#	Código	Cant.	Descripción	Valor Unitario	% IVA	Valor Total antes de IVA
1	RT19	100.00	ROLLO TERMICO 80MM X 60MTS	\$3,800.00	19	\$380,000.00

C&B Papeles de Colombia S.A.S
NIT. 900.024.204-4
CANCELADO

CONTROL DE DESPACHO
ENTREGA: Diego

CARGHE: JOZOL
VERIFICADO:

Juan Carlos Saiter
1013246748
Efectivo \$452.200
5266252

Impuestos		
Tipo de Impuestos	Monto Base	Total
IVA: 19%	\$380,000.00	\$72,200.00
IVA: 5%	\$0.00	\$0.00
CONTADO 2024/05/07 0		
Información adicional		
Forma de entrega: ENVÍO DENTRO DE BOGO		

OBSERVACIONES:
Hospital Universitario Santa C
lara Cra. 14b #1-45 sur 300671
1437 Carolina Pinilla 7AM-12PM

Totales	
SUBTOTAL:	\$380,000.00
IVA:	\$72,200.00
RETE. FUENTE:	\$0.00
RETE. IVA:	\$0.00
RETE. ICA:	\$0.00
TOTAL:	\$452,200.00
TOTAL en letras: CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE.	

Puede consignar a las siguientes cuentas bancarias según corresponda:
BANCO DE BOGOTA CUENTA CORRIENTE # 01 423 0791 - BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS # 247 865 39 346
DAVIENSA CUENTA CORRIENTE # 462 369 99 88 53 - BBVA CUENTA CORRIENTE # 039 301 8031 BBVA
POR FAVOR ENVIAR SOPORTE DE PAGO A: contabilidad@papelesdecolumbia.com O NO SERA DESCARGADO DE CARTERA

A esta factura aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008) Con esta el Compravador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título-Valor.

CUFE: 7de521b86902536a866b6cd906292cc445ed2eebd8733d9e5c771d2e77dcc63d242315ef2cac53f93440d886bf5359ab

Cientes como tú hacen la diferencia. Es un placer atenderte.

33

Bogotá D.C, 08 de mayo del 2024

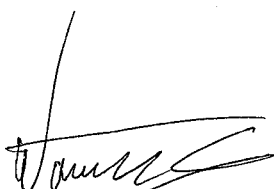
Señores:

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
CARRERA 14 B #1-45 SUR
BOGOTÁ D.C.**

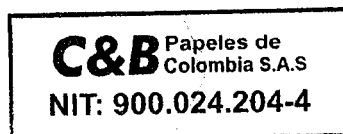
ASUNTO: Autorización para recoger efectivo

Por medio de la presente se autoriza al señor **JUAN CARLOS GARCIA LAITON** identificado con **C.C. 1.013.646.748** de Bogotá para realizar el retiro de efectivo a favor de **C&B PAPELES DE COLOMBIA S.A.S** por concepto de pago de la factura 55224.

Atentamente:



**Natalia Medellin Gil
Área contable
C&B PAPELES DE COLOMBIA S.A.S.**




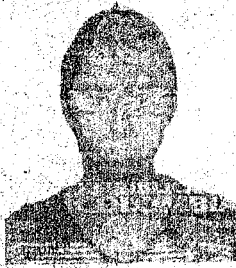
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.013.646.748**

APELLIDOS
LAITON GARCIA

NOMBRES
JUAN CARLOS

FIRMA
Juan Carlos Laiton G.



FECHA DE NACIMIENTO **27-ENE-1994**


BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

01-FEB-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁZQUEZ



P-1500150-00974213-M-1013646748-20180131 0059355015A 1 9903143704

TELÉFONOS: 369 11 56/54 - 368 40 76 - 368 37 50
CELULAR: 315 664 65 14 - 318 717 25 76

PROPUESTA COMERCIAL N° 0000 232179
C & B PAPELES DE COLOMBIA SAS
NIT: 900024204 - 4
DIRECCIÓN: TRANSVERSAL 39 BIS A # 19D-06 BOGOTÁ D.C.
Visitenos en www.papelesdecolombia.com

SEÑORES: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTROADRIENVEGETAL- Bogotá D.C.
N.I.T.: 900959051 VENDEDOORDIANA PELAEZ
DIRECCIÓN:DG 34 5 43

FECHA: 2024/04/23
VALIDEZ: 15 DÍAS
TELÉFONO: 3023348034

CÓDIGO	PRODUCTO	CANTIDAD	UNIDAD	PRECIO UNIT.	% IVA	TOTAL
RT19	ROLLO TERMICO 80MM X 60MTS	100	ROLLO	3,800.00	19	380,000.00

SON: CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE.

OBSERVACIONES:

SUBTOTAL:	\$380,000.00
IVA:	\$72,200.00
TOTAL SIN RETENCIONES:	\$452,200.00
RETE.FUENTE:	\$0
RETE.IVA:	\$0
RETE.ICA:	\$0
TOTAL A PAGAR:	\$452,200.00

CONDICIONES COMERCIALES DE LA OFERTA

*TIEMPO DE ENTREGA: POR ACORDAR SEGÚN PRODUCTO

*PARA ROLLOS DE PAPEL IMPRESOS: TENER EN CUENTA QUE PUEDE SALIR 10% MÁS O MENOS DE LA CANTIDAD SOLICITADA.

***ENVÍOS SIN COSTO EN ZONA URBANA DE BOGOTÁ D.C
POR PEDIDOS SUPERIORES O IGUALES A \$150.000 MÁS IVA.**

*PEDIDOS FUERA DE BOGOTÁ D.C: COSTO CARGADO AL CLIENTE.

FORMAS DE PAGO: TRANSFERENCIA BANCARIA/EFFECTIVO CONTRA ENTREGA/PSE/CRÉDITO BAJO CONDICIONES ESTABLECIDAS
TODOS LOS DESPACHOS SE HARÁN DESPUES DE CONFIRMAR SU PAGO

PAGOS POR TRANSFERENCIA:	BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS # 247 865 39 346 A NOMBRE DE C&B PAPELES DE COLOMBIA SAS BANCO BOGOTA CUENTA CORRIENTE # 01 423 0791 A NOMBRE DE C&B PAPELES DE COLOMBIA SAS BBVA CUENTA CORRIENTE: # 039 301 8031 A NOMBRE DE C&B PAPELES DE COLOMBIA SAS DAVIVIENDA CUENTA CORRIENTE # 462 369 99 88 53 A NOMBRE DE C&B PAPELES DE COLOMBIA SAS SI REALIZA PAGO POR VENTANILLA DEBE ADICIONAR \$14.750
--------------------------	--

PAGOS POR PSE: POR FAVOR SOLICITE LINK DE PAGO CON SU ASESOR COMERCIAL

POR FAVOR ENVIAR SOPORTE DE PAGO A: carlera@papelesdecolombia.com O NO SERÁ DESCARGADO DE CARTERA

ESTE PRECIO OFERTADO ESTÁ SUJETO A LA CANTIDAD REQUERIDA.

USUARIO REGISTRO: DIANA

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14920787681



5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 0 2 4 2 0 4 6. DV 4 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 14. Buzón electrónico 3 2

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 C & B PAPELES DE COLOMBIA 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 39 BIS A 19 D 06

42. Correo electrónico asistente@papelesdecolombia.com

43. Código postal 1 1 1 6 1 1 44. Teléfono 1 3 6 9 1 1 5 6 45. Teléfono 2 3 1 0 2 6 2 8 5 4 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica Ocupación
Actividad principal Actividad secundaria Otras actividades
46. Código 47. Fecha inicio actividad 48. Código 49. Fecha inicio actividad 50. Código 1 2 51. Código 52. Número establecimientos
1 7 0 9 2 0 0 5 0 4 2 6 4 7 6 1 2 0 1 8 0 1 0 1 4 6 9 0 4 1 1 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO X 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 06 - 16 / 14 : 27: 08

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 CAMARGO BETANCOURT MANUEL SEBASTIAN

985. Cargo Representante legal Certificado

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario14920787681

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)9 0 0 0 2 4 2 0 4 4

6. DV4

12. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza2

65. Fondos

68. Sin personería jurídica

63. Formas asociativas1 2

66. Cooperativas

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase0 5

72. Número0 1 1 4 8

73. Fecha2 0 0 5, 0 4, 2 6

74. Número de notaría6 4

75. Entidad de registro0 3

76. Fecha de registro2 0 0 5, 0 5, 1 9

77. No. Matrícula mercantil0 1 4 8 0 4 5 0

78. Departamento1 1

79. Ciudad/Municipio4

80. Desde2 0 0 5, 0 4, 2 6

81. Hasta2 0 2 0, 1 2, 3 1

82. Nacional1 0 0 %

83. Nacional público0 . 0 %

84. Nacional privado1 0 0 . 0 %

85. Extranjero0 %

86. Extranjero público0 . 0 %

87. Extranjero privado0 . 0 %

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

8 0

2 0 1 6, 1 2, 3 1

2

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

Fecha generación documento PDF: 03-01-2024 09:21:54AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

30

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14920787681

(415)7707212489984(8020) 000001492078768 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 0 0 2 4 2 0 4

4

Impuestos de Bogotá

3 2

Representación

98. Representación

REPRS LEGAL PRIN

1 8

99. Fecha inicio ejercicio representación

2 0 1 4 0 5 1 5

100. Tipo de documento

Cédula de Ciudadan

1 3

101. Número de identificación

1 0 2 2 3 5 9 6 8 5

102. DV

103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido

CAMARGO

105. Segundo apellido

BETANCOURT

106. Primer nombre

MANUEL

107. Otros nombres

SEBASTIAN

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 1 4 0 5 1 5

100. Tipo de documento

Cédula de Ciudadan

1 3

101. Número de identificación

5 3 0 3 2 0 4 5

102. DV

103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido

CAMARGO

105. Segundo apellido

BETANCOURT

106. Primer nombre

KAREN

107. Otros nombres

NOHELIA

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 1 2 0 2 1 2

100. Tipo de documento

Cédula de Ciudadan

1 3

101. Número de identificación

3 8 2 5 0 9 2 6

102. DV

103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido

BETANCOURT

105. Segundo apellido

RICO

106. Primer nombre

ROSALBA

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: 03-01-2024 09:21:54AM

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario 14920787681



(415)7707212489984(8020) 000001492078768 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 0 2 4 2 0 4 6. DV 4 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 14. Buzón electrónico 3 2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	125. Número de identificación 7 9 4 6 0 2 9 7	126. DV	127. Número de tarjeta profesional 4 4 9 1 9 T
	128. Primer apellido GOMEZ	129. Segundo apellido CHAVEZ	130. Primer nombre MANUEL	131. Otros nombres IGNACIO
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada	
	135. Fecha de nombramiento 2 0 2 3 0 1 1 3			
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	137. Número de identificación 3 9 7 5 3 9 0 7	138. DV	139. Número de tarjeta profesional 7 4 1 7 2 T
	140. Primer apellido GARZON	141. Segundo apellido MORENO	142. Primer nombre NANCY	143. Otros nombres STELLA
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
	147. Fecha de nombramiento 2 0 2 3 0 1 1 3			
Contador	148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	149. Número de identificación 3 0 3 8 8 9 0 0	150. DV	151. Número de tarjeta profesional 2 6 8 5 4 5 T
	152. Primer apellido MELO	153. Segundo apellido PARRA	154. Primer nombre DIGNORA	155. Otros nombres
	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada	
	159. Fecha de nombramiento 2 0 2 2 0 5 2 0			

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	24/04/2024
NOMBRE FUNCIONARIO	FANNY LUCIA RUGELES DE HERNADEZ
ÁREA / DEPENDENCIA	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
CENTRO DE COSTO	7ADAIS 511140001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SANTA CLARA


2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

BUENAS TARDES, SE SOLICITA COMPRA DE 100 ROLLOS TERMICOS 80MM X60 MTS DE REFERENCIA RT19

3. JUSTIFICACIÓN

SE REQUIERE UN SISTEMA DE MANEJO DE FILAS, ADMINISTRACION DE TURNOS, QUE ELIMINE LAS FILAS, EN LA ATENCION AL USUARIO, QUE NOS PERMITNA GARANTIZAR LA ACCESIBILIDAD MAS OPORTUNA A NUESTROS USUARIOS Y SUS FAMILIAS, LO QUE NOS PERMITIRA MEJOR LA MEDICION DE TIEMPOS DE ESPERA

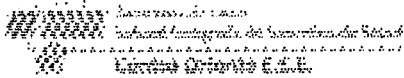
4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO


Nombre/funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Funcionario Almacén


Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:



COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000000076305

PROVEEDOR: C Y B PAPELES DE COLOMBIA SAS NIT: 900024204 FECHA: 18/05/2024 11:08 a.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: TV 39 N - BIS A 19 D 06 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 3013691136 TASA CAM: 0.00
Nº FACTURA: H33224 ✓ % ICA: 0.0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 17/05/2024 12:00 a.m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
13400014802	ROLLO TERMOCODIT1000E SUMINX30MM CORE 1/2 (REF PAPEL DE RETURNO)	UNIDAD	100.00	\$ 3.800.00	\$ 380.000.00	0.00	18.00

DETALLE	SUBTOTAL:	\$ 380.000.00
CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA-PARTICIPACION COMUNITARIA, DIGITA LUDY TORRES	DESCUENTO:	\$ 0.00
	IMPUESTO:	\$ 72.200.00
	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:	\$ 452.200.00


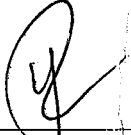
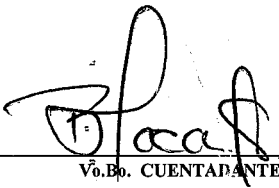
TOTAL COMPROBANTE:

CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS PESOS CON CERO CTVS MCh.

Hebert

Revisio Almascen

Revisio 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>	
1. INFORMACIÓN			
COMPROBANTE N°	6189	FECHA	08/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MANTENIMIENTO ESE		
VALOR:	S90.000,00		
LA SUMA DE:	NOVENTA MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. FELR 645 LUZ LILIA REYES RATIVA NIT 51.639.182-1 ALINEACIÓN, BALANCEO Y ROTACIÓN DE LLANTAS PARA AMBULANCIA CÓDIGO 6983 DE PLACA JQV236 PERTENECIENTE A LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E., SOLICITADO POR ANA VICTORIA PICO REINA, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.		
 Vo.B. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.B. CUENTADANTE	

Espacio para
Logo Corporativo

LUZ LILIA REYES RATIVA
NIT 51.639.182-
cl32 sur n 9 36
Tel: (601) 3118423844
Bogotá - Colombia
liliareyesj@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. FELR 645

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE SUBRED		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(601) 3023348034 - Ext. 001
Dirección	DG 34 5 43	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	02/05/2024, 16:03
Expedición	02/05/2024, 16:03
Vencimiento	02/05/2024

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	ALINEACION BALANCEO Y ROTACION DE LLLANTAS	1.00	90,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo \$ 90,000.00




Observaciones:
AMBULANCIA
PLACA JQV 236

Total Bruto	90,000.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	90,000.00

Recibí
79704209

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 Electrónica 18764065587827 aprobado en 20240214 prefijo FELR desde el número 536 al 1000 Vigencia: 6 Meses
- Actividad Económica 8299 Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.e.p. Tarifa 4.14
CUFE: 55449666e5cbd7c207a2d0c7dd8bc83a50e842217f2be27c6cc03d4c45280da407796c3a734ebbab5d2cd245c4f5df07

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Sigo SAS - Nit 830.046.145-8. Nombre Software: Sigo Nube. Firma electrónica ver en el XML

		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 13 Actualización de oficio				4. Número de formulario 14758046273	
					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 1 6 3 9 1 8 2 1		6. DV 1		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 3 2	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 5 1 6 3 9 1 8 2	
27. Fecha expedición 1 9 8 0, 0 9, 0 2		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 REYES		32. Segundo apellido RATIVA	
33. Primer nombre LUZ		34. Otros nombres LILIA		35. Razón social	
36. Nombre comercial		37. Sigla		UBICACIÓN	
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 CL 32 SUR 9 36					
42. Correo electrónico lubricanteslosreyes@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 2 7 8 6 5 6 2		45. Teléfono 2 3 1 1 8 4 2 3 8 4 4	
CLASIFICACIÓN					
Actividad principal 46. Código 8 2 9 9		Actividad secundaria 47. Fecha inicio actividad 2 0 1 1, 0 1, 0 1		Otras actividades 48. Código 1 2	
49. Fecha inicio actividad		50. Código		51. Código	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 4 9 5 2					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
49 - No responsable de IVA					
52 - Facturador electrónico					
Obligados aduaneros			Exportadores		
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			55. Forma 56. Tipo		
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20			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 2021 - 05 - 13 / 16 : 41: 15	
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			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:		
Firma del solicitante:			984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA		
			985. Cargo		

45

LUBRICANTES LOS REYES GNR

NIT: 51639182-1 REGIMEN SIMPLIFICADO

MANTENIMIENTO A MOTORES DIESEL, GASOLINA Y GAS – SUSPENSIÓN - FRENOS –

ALINEACION Y BALANCEO - MECANICA GENERAL

BOGOTA D.C 2 MAYO 2023

PLACA: JQV 236

CANT.	DETALLE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
-------	---------	----------------	-------------

1.	ALINEACION BALANCEO Y ROTACION DE LLANTAS		
----	---	--	--

TOTAL:.....\$ 90.000

NOTA: Todo trabajo realizado cuenta con su garantía de 30 días al igual que los repuestos que nosotros les suministramos al vehículo, de ser necesario se suministrara factura electrónica.

 **LOS REYES**
LUBRICANTES
MECANICA EN GENERAL
Calle 31 No. 9-33 Sur
Calle 32 No. 9-40 Sur
Tel. 239 9748

LUZ LILIA REYES Representante Legal

CEL 3176404605 NIT. 51 639 182

Calle 32 sur No. 9-40 Bogotá D.C. COLOMBIA - TELEFONO: 2 399748

losreyeslubricantes@gmail.com



ab

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTA D,C 23 DE ABRIL 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	ANA VICTORIA PICO REINA
ÁREA / DEPENDENCIA	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
CENTRO DE COSTO	382404 731302005
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	HOSPITAL SAN BLAS

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

SE SOLICITA ALINEACION , BALANCEO Y ROTACION DE LLANTAS PARA AMBULANCIA CODIGO 6983 PLACA JQV 236

3. JUSTIFICACIÓN

SE SOLICITA ALINEACION , BALANCEO Y ROTACION DE LLANTAS PARA AMBULANCIA CODIGO 6983 PLACA JQV 236 CON RECURSOS DE CAJA MENOR
DEBIDO A QUE EL VEHICULO NO SE ENCUENTRA CONTEMPLADO EN EL CONTRATO

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		<u> </u>

N/A
Vo.Bo. Funcionario Almacén

Ana Victoria Pico R
Nombre Funcionario y/o Contratista

[Signature]
Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

SE SOLICITA ALINEACION , BALANCEO Y ROTACION DE LLANTAS PARA AMBULANCIA CODIGO 6983 PLACA JQV 236 CON RECURSOS DE CAJA MENOR
DEBIDO A QUE EL VEHICULO NO SE ENCUENTRA CONTEMPLADO EN EL CONTRATO

[Signature]

401



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

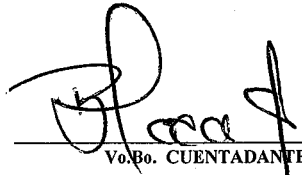
1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6190	FECHA	09/05/2024
RUBRO-PRESUPUESTAL:	MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO		
VALOR:	\$624.988,00		
LA SUMA DE:	SEISCIENTOS VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M.CTE.		

CONCEPTO:	FACTURA No. LM362456 LM INSTRUMENTS S.A. NIT800.077.635-1 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (CÁNULA DE TRAQUEOTOMÍA PEDIÁTRICA NO FENESTRADA SIN BALÓN NO. 3.5), REQUERIDO DE FORMA INMEDIATA PARA LA PACIENTE SARA SOFÍA ROBLES ROJAS) QUIEN SE ENCUENTRA EN UCI PEDIÁTRICA 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.....\$5.798,00 R.IVA 15%..... 14.968,00
-----------	--

12810


Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bo. CUENTADANTE

*



LM INSTRUMENTS S.A.
NIT:800077635-1



FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
Autorización de Numeración de Facturación
Electrónica No 18764061014440 Vigencia 24 meses
Del 2023-11-30 al 2025-11-30
Habilita rangos LM 357271 al LM 450000 IVA
REGIMEN COMUN
Actividad Económica Principal 4659

Factura Electrónica
de Venta

LM 362456

FECHA	03	05	2024
VENCIMIENTO	31	08	2024

Somos Grandes Contribuyentes Dirección de Impuestos de Bogotá Resolución DDI-023769 del 29 de Noviembre de 2021
Somos autorretenedores a título de renta Resolución 006290 09/08/2018



COMPRADOR: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	PEDIDO: 123348	Ref Cliente: OC CAJA MENOR
NIT: 900959051-7	REMISION: 124491	FORMA DE PAGO: Credito
DIR: DG 34 # 5 43	CONTRATO:	PLAZO: 120 DIAS
TELEFONO: 3444484	EXPEDIDA: BOGOTÁ D.C	MEDIO DE PAGO: Transferencia
CIUDAD: BOGOTA		
CEL:		

No	REFERENCIA	MARCA		LOTE / VENCE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. SUBTOTAL
1	T-355-3.5	TRACOE MEDICAL	Cánula de traqueostomía MINI Pediátrica, sin balón No 3,5. UNIDAD clas. Ries. IIB 2019DM-0020270 Ref. 355-3.5	1100021167 01/05/2028	1	525,200	525,200
Total Lineas		1					
16 Mayo 2024. Cancelación Factura En Efectivo. Haroldo Alonso Cardona Ap pagar \$604.222 CC 1033806240. Jminstruments. Valor. \$604,222			R-ICA 11.04% \$5798 R-IVA 15% 14.968 \$720.766				
			Secretaría de Salud Subred Centro Oriente de Bogotá Subred Integrada de Servicios de Salud 03 MAY 2024				

Base gravable:	DEVOLVER "ORIGINAL LM" FIRMADO	SUBTOTAL	525,200.00
SON: SEISCIENTOS VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS		DESCUENTO	
La mora en el pago causará interés máximo legal vigente. Para las entidades del Estado se cobrará intereses de mora de acuerdo con el artículo 60. de la Ley 598 de Julio 18 de 2000. 1) Se hace constar que la firma del delegado por el comprador para recibir facturas o de una personas distinta del comprador, indica que dicha persona se entiende autorizada expresamente por el comprador para firmar, confesar la deuda y obliga al comprador a pagar la deuda, siempre y cuando la factura se haya entregado en el domicilio del comprador o en sitio por éste indicado y el comprador no haya devuelto la factura o presentado reclamo dentro del término legal. 2) Ya conformidad la mercancía de que trata esta factura y acepto el valor estipulado en la misma. 3) La mercancía viaja por cuenta y riesgo del comprador, por lo tanto no aceptamos devoluciones, reclamos por flete, roturas, mermas o pérdidas. 4) Los ítems con (*) están excluidos de IVA. (aplica Bienes Exentos - Decreto 417 de 2020)		IVA	99,788
		RETEFUENTE	0.00
		RETEIVA	0.00
		RETEICA	0.00
		TOTAL	624,988.00
FAVOR NO APLICAR RETENCION A TITULO DE RENTA NI DE ICA			

OBSERVACIONES
COMPRA POR CAJA MENOR Basado en Ofertas de ventas 130048906. Basado en Pedidos de cliente 123348. Basado en Entregas 124491.

Solicitamos la oportuna verificación de la mercancía entregada y sus correspondientes observaciones a nuestro departamento de Servicio al cliente; luego de 5 días calendario de recibir la mercancía "NO" se aceptaran reclamos de ninguna índole. pqrs@lminstruments.com.co
--



Favor pagar con cheque cruzado girado únicamente a LM. Instruments S.A. o Consignación a la cuenta corriente No. 043377050 de Banco de Bogotá - Cuenta Corriente No. 20308475320 de Bancolombia, favor no entregar dinero en efectivo a nuestros representantes de ventas.

Esta factura se asimila en todos sus efectos legales a la letra de cambio, artículo 774, numeral 6 del código de comercio

Enviar soporte de pago al correo andres.calderon@lminstruments.com.co

Carrera 68D No. 25B-86 Oficina 518 -PBX: (571) 4272000-FAX: (571) 4276868 - A.A. 52778 Bogotá D.C. - Colombia
www.lminstruments.com.co

PRIMERA ORIGINAL

Bogotá D.C, Mayo 15 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,

Adriana Saenz Saavedra

LM Instruments S.A.

Jefe Senior Administrativo y Financiero

50

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA


NÚMERO **1.033.806.240**

CARDENAS AVENDANO

APELLIDOS
MAICOL ALONSO

NOMBRES

Maicol
FIRMA



ÍNDICE DERECHO


FECHA DE NACIMIENTO **01-MAY-1998**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-MAY-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


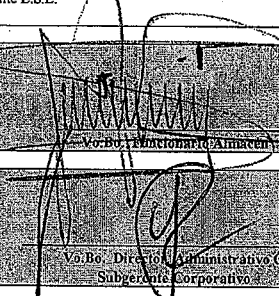
Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500150-01153922-M-1033806240-20200825 0071562473A 1 9912857057

LM Instruments S.A.
\$ 624.988

NMQ

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-FI-002 VERSION: 03 FECHA: 2018-05-16	
1. INFORMACIÓN					
CIUDAD Y FECHA		BOGOTÁ, MAYO 2 DE 2024			
NOMBRE FUNCIONARIO		CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO			
ÁREA / DEPENDENCIA		SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- GESTION DE ABASTECIMIENTO EN INSUMOS			
CENTRO DE COSTO		ASC 503 732101002			
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	121QQ035119	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA PEDIÁTRICA NO FENESTRADA SIN BALÓN N° 3.5	UNIDAD	1	
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 médicos 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. Este insumo se requiere de forma inmediata para la paciente SARA SOFIA ROBLES ROJAS con documento 1254058124, ya que el no contar con su disponibilidad acarrea riesgos en la prestación de los servicios, por lo que se hace necesario adelantar una caja menor 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 de adulto que requieren una atención intra hospitalaria y así brindar una atención oportuna, este insumo facilita la reducción de los movimientos de la conexión que aporta oxígeno suplementario, 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		
 CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO Nombre Funcionario y/o Contrata		 V.O. Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo			
5. OBSERVACIÓN					
1. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL: 121QQ035119, NOMBRE/ DESCRIPCIÓN: CANULA DE TRAQUEOSTOMIA PEDIÁTRICA NO FENESTRADA SIN BALÓN N° 3.5; NO CONTRATADO CON LA INSTITUCIÓN.					

SECRETARÍA DE SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.
DRA. Edith Mayra Bello
SUBGERENTE SERVICIOS DE SALUD

52

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

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

Jue 2/05/2024 8:52 AM

Para:Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>;cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>;compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>;Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>
CC:Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>;Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>;Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo

Me permito informar que revisado el aplicativo Dinámica Gerencial - módulo de inventarios con corte al día de hoy 02 de mayo 2024, no se cuenta con existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente, del insumo que e relaciona a continuación:

121QQ035119 - CANULA DE TRAQUEOSTOMIA PEDIATRICA NO FENESTRADA SIN BALON N° 3.5

Editor de Productos - Dinámica Gerencial .NET

Principal

AGREGAR GRABAR GRABAR-CERRAR DESHACER CERRAR

Producto

Código: 121QQ035119 Código Alterno: 121QQ035119 Código Agrupamiento: Descripción de Agrupamiento: Bloqueado:

General Agrupamiento Valores Existencias Códigos de Barra Proveedores Indicaciones y Autorizaciones Vías de Administración Dispensación Terceros Unidades de Medida Mymed

Descripción Corta: CANULA DE TRAQUEOSTOMIA P. Descripción Larga: CANULA DE TRAQUEOSTOMIA P. Código CUM: Clase: Producto Tipo: Suministro/Reactivo Tipo Distribución: Sin definir Grupo: 121 MEDICO QUIRURGICOS Subgrupo: 13024 DISPOSITIVO MEDICOS IVA: 4 IVA Fact: IVA 19% Unidad de Medida: 74 UNIDAD Fracción: 1 Unidad de Consumo: UNIDAD

Anexar una columna azul para agrupar por esta columna

ALMACEN	LOFE	FECHA VENCIMIENTO	DISPONIBLE	COMPROMETIDA	EXISTENCIA
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	15H0058JZX	06/06/2020	0.00	0.00	0.00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	15.0545JZX	10/06/2021	0.00	0.00	0.00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	160932JZX	01/09/2021	0.00	0.00	0.00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	1000163991	31/01/2025	0.00	0.00	0.00
FARMACIA ALTO COSTO HOSPITAL SANTA CL.	15H0058JZX	06/06/2020	0.00	0.00	0.00
FARMACIA ALTO COSTO HOSPITAL SANTA CL.	16.0545JZX	10/06/2021	0.00	0.00	0.00
FARMACIA ALTO COSTO HOSPITAL SANTA CL.	160932JZX	01/09/2021	0.00	0.00	0.00
FARMACIA CENTRAL HOSPITAL MATERNO IN.	1000162991	31/01/2025	0.00	0.00	0.00
FARMACIA CENTRAL HOSPITAL SANTA CLARA	16.0545JZX	10/06/2021	0.00	0.00	0.00
FARMACIA CENTRAL HOSPITAL SANTA CLARA	160932JZX	01/09/2021	0.00	0.00	0.00

Existencia Total: 0.00

Record 1 of 15

Cantidad Total en Préstamos de Salud: 0.00

Grabar Cerrar

BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ

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

Cordialmente



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.



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

53



LM Instruments S.A.
N.I.T. 800077635-1

Somos Grandes Contribuyentes DIB Resolución DDI-042065 del 13/10/2017
Somos autorretenedores a título de renta Resolución 006290 09/08/2018

FECHA :	02/05/2024 0:00:00	N.I.T. :	900959051-7
CLIENTE :	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE S/	TELEFONOS :	3444484 -
DIRECCION :	DG 34 # 5 43	CIUDAD :	BOGOTA
ATENCION :	Dra.Claudia ArdilaTorres	ASESOR :	Deyci Ibañez

COTIZACION No. 130048906

REFERENCIA	DESCRIPCION	CANT.	VALOR UNITARIO	I.V.A.	VALOR CON I.V.A.	VALOR TOTAL
1	T-355-3.5 Cánula de traqueostomía MINI Pediátrica, sin balón No 3,5. /Presentacion: UNIDAD / Marca: TRACOE MEDICAL / Clasificacion de Riesgo: IIB / Reg. Sanitario:2019DM-0020270 /Ref. Fabrica: 355-3.5	1	525.200,00	99.788	624.988	624.988,00

SUB-TOTAL \$					525.200,00
I.V.A. \$					99.788,00
TOTAL DE LA OFERTA \$					624.988,00
COP					

NOTA: Los artículos marcados con ' * ' están excluidos de IVA

"Por La naturaleza de los productos entregados, es responsabilidad de la institución que hace uso de los elementos medico quirúrgicos y demás productos suministrados por LM Instruments, realizar su respectiva disposición, de acuerdo a los protocolos establecidos para su manejo y desecho como residuos hospitalarios"

"El valor de este cotización está sujeto a modificación en lo que respecta al impuesto al valor agregado (IVA) de acuerdo a los cambios que pueda traer la reforma tributaria que se encuentra en revisión y aprobación del Congreso de la Republica"

[Handwritten signature]

SECRETARÍA DE SALUD
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dra. Claudia Ardila Torres
[Handwritten signature]

54

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario14971092097

(415)7707212489984(8020)0000014971092097

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)80007763516. DV112. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá14. Buzón electrónico32

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona jurídica1

25. Tipo de documento1

26. Número de Identificación32

27. Fecha expedición

28. PaísLugar de expedición

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón socialLM INSTRUMENTS S A

36. Nombre comercial

37. Sigla

LIBRACIÓN

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

41. Dirección principalCR 68 D 25 B 86 OF 518

42. Correo electrónicocontador@lminstruments.com.co

43. Código postal11093144. Teléfono1427200045. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

46. Código465947. Fecha inicio actividad2013012948. Código464549. Fecha inicio actividad2021010150. Código13313649951. Código52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código3578910141541648525559

03- Impuesto al patrimonio15- Autorretenedor

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario41- Declaración anual de activos en el exte

07- Retención en la fuente a título de renta42- Obligado a llevar contabilidad

08- Retención timbre nacional48- Impuesto sobre las ventas - IVA

09- Retención en la fuente en el impuesto52- Facturador electrónico

10- Obligado aduanero55- Informante de Beneficiarios Finales

14- Informante de exogena59- Autorretención especial renta

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código2223

55. Forma256. Tipo1

57. 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 NOX60. No. de Folios061. Fecha2024-01-18/14:05:30

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 NAVARRETE DIANA CRISTINA

985. CargoRepresentante Legal Suplente Certificado

Fecha generación documento PDF: 18-01-2024 02:06:00PM

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>

Jue 2/05/2024 8:57 AM

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

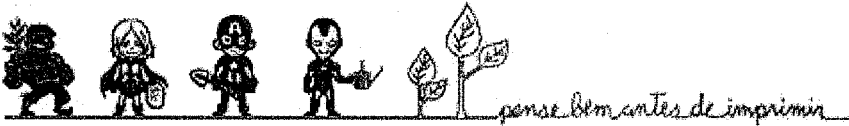
Cordial saludo

Se informa que el insumo 121QQ035119 - CANULA DE TRAQUEOSTOMIA PEDIATRICA NO FENESTRADA SIN BALON N° 3.5, 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: jueves, 2 de mayo de 2024 8:51 a. m.

Para: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>

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

Asunto: RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Cordial saludo

Me permito informar que revisado el aplicativo Dinámica Gerencial - módulo de inventarios con corte al día de hoy 02 de mayo 2024, no se cuenta con existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente, del insumo que e relaciona a continuación:

56

1. 121QQ035119 - CANULA DE TRAQUEOSTOMIA PEDIATRICA NO FENESTRADA SIN BALON N° 3.5

Agradezco su atención prestada y pronta respuesta

Cordialmente





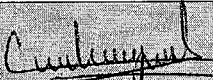
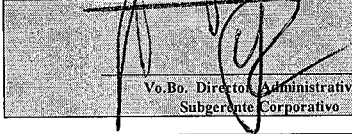
Cristian Camilo Leguizamón Arguello


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

LM Instruments S.A.
\$ 624.988

NMQ

51

 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, MAYO 2 DE 2024				
NOMBRE FUNCIONARIO	CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO				
ÁREA / DEPENDENCIA	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- GESTION DE ABASTECIMIENTO EN INSUMOS				
CENTRO DE COSTO	15CE03 732101002				
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA				
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR					
ITEM	CÓDIGO	NOMBRE / DESCRIPCIÓN DE FALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	OBSERVACIÓN
1	121QQ035119	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA PEDIÁTRICA NO FENESTRADA SIN BALÓN N° 3.5	UNIDAD	1	
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. Este insumo se requiere de forma inmediata para la paciente SARA SOFIA ROBLES ROJAS con documento 1254058124, ya que el no contar con su disponibilidad acarrea riesgos en la prestación de los servicios, por lo que se hace necesario adelantar una caja menor 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 de adulto que requieren una atención intra hospitalaria y así brindar una atención oportuna, este insumo facilita la reducción de los movimientos de la conexión que aporta oxígeno suplementario, 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	 Vo.Bo. Funcionario Almacén		
		NO			
 CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO Nombre Funcionario y/o Contratista			 Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo		
5. OBSERVACIÓN:					
I. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL: 121QQ035119, NOMBRE/ DESCRIPCIÓN: CANULA DE TRAQUEOSTOMIA PEDIÁTRICA NO FENESTRADA SIN BALÓN N° 3.5. NO CONTRATADO CON LA INSTITUCIÓN.					


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

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000076276

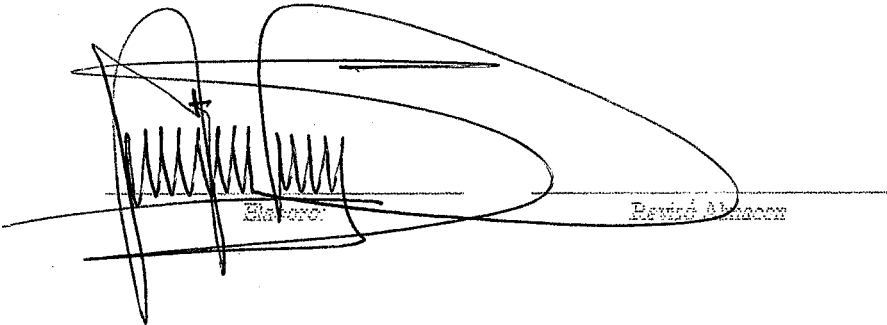
PROVEEDOR: LM INSTRUMENTS S.A. NIT: 900077633 FECHA: 03/05/2024 01:56 p.m.
CIUDAD: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C.) ESTADO: Combinado
DIRECCION: CR 88 DE 5 B 88 OF 318 BKR.SALITEZ MONEDA: Peso
TELÉFONO: 4272000 TASA CAM: 0.00
Nº FACTURA: LMS02436 % ICA: 11.000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 03/05/2024 12:00 a.m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DITO	%IVA
1210035119	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA PRIVATICA NO FINESTRADA SIN BALON 4233	UNIDAD	1.00	1 325 200.00	1 325 200.00	0.00	19.00

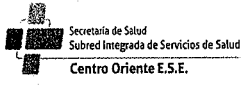
DETALLE
CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL:	1 325 200.00
DESCUENTO:	10.00
IMPUESTO:	1 99 788.00
FLETE:	10.00
IMP FLETE:	10.00
RETEIVA:	1 14 988.00
RETEICA:	1 1 798.00
RETE FUENTE:	10.00
OTRAS RETE:	10.00
OTRAS DEDUC:	10.00
IMP DISTRI:	10.00
AJUSTE RED:	10.00
AJUSTE ACT.TOTAL:	10.00
TOTAL CAMPE:	1 604 222.00

TOTAL COMPROBANTE:
SEISCIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS VEINTIDOS PESOS CON CERO CTVE MCL.

Signature of the provider: 

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR
Proveedor



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°

6191

FECHA

10/05/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

VALOR:

\$123.900,00

SUMA DE:

CIENTO VEINTITRÉS MIL NOVECIENTOS PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

CANCELADO A JUAN ISIDRO GORDILLO NIT 79.905.787 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

X

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
1	02/01/24	chircales	olaya	revisión mano puesta					2950
2	02/01/24	olaya	grangos	revisión agua					2950
3	03/01/24	Diana	chircales	revisión compresor					2950
4	03/01/24	chircales	San Jorge	revisión goteros					2950
5	03/01/24	San Jorge	chircales	cargar compresor					2950
6	04/01/24	San Jose	Diana	revisión llantas					2950
7	04/01/24	Diana	chircales	revisión llantas					2950
8	04/01/24	chircales	San Jorge	revisión llantas					2950
9	05/01/24	chircales	Diana	combinar exigencia					2950
10	08/01/24	San Jose	Diana	revisión llantas					2950
Resúmen lo suma de 723,900 con 28 días de trabajo									29500

San Jorge
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 79905787

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

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

Juan Felipe Fuentes Sarmiento
Arquitecto
Nº 122020-1019077341

7ADND3
31123001

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
1	28/01/24	Piñon	Chircales	Revisión lampara					2950
2	29/01/24	Chircales	Piñon	Revisión Busecacho					2950
3	29/01/24	Piñon	San Jose	Trabado puesto de trabajo					2950
4	29/01/24	San Jose	Piñon	Revisión Tomos.					2950
5	30/01/24	Chircales	Piñon	Revisión chapa					2950
6	30/01/24	Piñon	Chircales	Revisión archivo					2950
7	31/01/24	San Jose	Santa Clara	Revisión					2950
8	31/01/24	Santa Clara	Piñon	cambio chapa					2950
9	31/01/24	San Jose	San Jorge	Revisión agua					2950
10	31/01/24	San Jorge	Chircales	cambio exigido					2950
TOTAL									295000

San Isidro Gacillo

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

C.C. 79903787

Dora Sandoval

V.O.B.O. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

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

Juan Felipe Fuentes Sarmiento

Arquitecto

A11220220-1049877311

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BÚSETA	TM	COLECTIVO	
1	17/01/24	Chircales	Piñana	revisión planta					2950
2	16/01/24	San Soté	San Soté	revisión Tongue					2950
3	16/01/24	San Soté	Chircales	revisión Tongue colecte					2950
4	16/01/24	Chircales	San Soté	revisión Bona					2950
5	16/01/24	San Soté	Chircales	revisión Tongue					2950
6	17/01/24	Chircales	San Soté	revisión Tongue					2950
7	19/01/24	Chircales	Piñana	revisión oxígeno					2950
8	19/01/24	Piñana	Chircales	revisión planta elec-					2950
9	02/01/24	San Soté	Chircales	revisión taxímetros					2950
10	02/01/24	Chircales	Piñana	revisión Volantes					2950
TOTAL									29.500

Sean revisado y validado

NOBRE/FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

C.C. 7999087807

Diana Sandoval

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

Vo.Bó. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

Juan Felipe Fuentes Sarmiento

Arquitecto

A 11220220-1019077311

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

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	
1	23/04/24	chircales	San Jorge	revisión agua					2950
2	23/04/24	San Jorge	Diana	revisión Buscocho					2950
3	24/04/24	chircales	Diana	recoger mo-tenales					2950
4	24/04/24	Diana	San Jorge	destapar cagos					2950
5	24/04/24	San Jorge	San Jorge	llevar velas led.					2950
6	24/04/24	San Jorge	San Jorge	dejar mo-tenales					2950
7	24/04/24	San Jorge	chircales	tomar lectura contador					2950
8	24/04/24	chircales	San Jorge	tomar lectura contador					2950
9	24/04/24	San Jorge	Diana	tomar lectura contador					2950
10	24/04/24	San Jorge	San Jorge	revisión agua Bonés					2950
TOTAL									29.500

San Jorge 24/04/24
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 79905787

Diana Sandbua
Vo Bo REPRESENTANTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

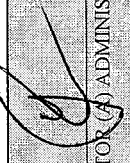
Vo Bo DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO (A)

Juan Felipe Fuentes Samirito
Arquitecto
A 1120220-1019077311


No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
1	29/01/24	San Jorge	Diona	revisión copiones					2950
2	29/01/24	Diona	chircales	revisión los copios					2950
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
res. No la suma de 723.900 pesos a 799es 787.									TOTAL 723.900


Scan Isidro 2010
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 79905787

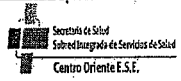
Diona Sandoval
Vo.Bo. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

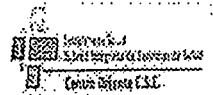

Vo.Bo. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)


65


 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: <u>Notabombas</u>		Unidad: <u>Olayo</u>			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
<u>Revisión Marco puerta</u>			<u>se desmonta puerta de Marco</u>		
			<u>entrada de centro Notabombas</u>		
Fecha de solicitud: <u>02 04 2024</u>			Fecha de mantenimiento: <u>02 04 2024</u>		
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado: <u>77 H3</u>		
			Nombre del tecnico: <u>San Isidro</u>		
Fecha de recibido: <u>02 04 2024</u>			Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
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"/>			

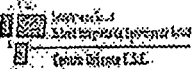
 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio: <u>granjos de San pablo</u>		Unidad: <u>granjos</u>			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
<u>revisión agua</u>			<u>se revisa contador de</u>		
			<u>agua se se encuentra se</u>		
			<u>lo no baron</u>		
Fecha de solicitud: <u>02 04 2024</u>			Fecha de mantenimiento: <u>02 04 2024</u>		
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
			Nombre del tecnico		
Fecha de recibido: <u>02 04 2024</u>			Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe					
Niveles de satisfaccion			Observaciones		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si <input 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"/>			

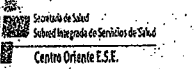
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad			
compresores		chircales			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Revisión compresor			se revisa compresor y se Vaja para el primer piso		
Fecha de solicitud		Fecha de mantenimiento			
03 04 2024		03 04 2024			
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado			
Néstor Moreno García		9477			
C.C. 79.666.474		Nombre del técnico			
Aux. Enfermería		Seon 25010			
Fecha de recibido		Materiales utilizados			
03 04 2024					
Nombre de quien recibe					
Néstor Moreno García					
C.C. 79.666.474					
Aux. Enfermería					
Nivel 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			
Tejado		San Jorge			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Revisión goteras			se revisa tejado Sr, tapa unas grietas		
Fecha de solicitud		Fecha de mantenimiento			
03 04 2024		03 04 2024			
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado			
C.C. 79.666.474		77A3			
Aux. Enfermería		Nombre del técnico			
Fecha de recibido		Materiales utilizados			
03 04 2024					
Nombre de quien recibe					
Nivel 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			
		/			


 <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: <u>odontología</u>		Unidad: <u>Diano</u>		Requerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reporte Contraseña: 123456	
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento			
<u>revisión llaves</u>		<u>se revisa llaves de</u> <u>lavamanos estan para cambio</u> <u>queda pendientes</u>			
Fecha de solicitud: <u>04 04 2024</u>		Fecha de mantenimiento: <u>04 04 2024</u>		Tiempo empleado: <u>7:40</u>	
Nombre de quien solicita:		Nombre del técnico: <u>San Isidro</u>		Materiales utilizados:	
Fecha de recibido: <u>04 04 2024</u>					
Nombre de quien recibe:					
Niveles de satisfacción		Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	<u>Si</u>	<u>No</u>			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	<u>Si</u>	<u>No</u>			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	<u>Si</u>	<u>No</u>			


 <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: <u>equipo industrial</u>		Unidad: <u>chircales</u>		Requerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reporte Contraseña: 123456	
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento			
<u>cargar compresor</u>		<u>se carga compresor en</u> <u>camioneta para santa clara</u>			
Fecha de solicitud: <u>03 04 2024</u>		Fecha de mantenimiento: <u>03 04 2024</u>		Tiempo empleado: <u>3:45</u>	
Nombre de quien solicita: <u>Nestor Muñoz García</u> C.C. 79.666.478		Nombre del técnico: <u>San Isidro</u>		Materiales utilizados:	
Fecha de recibido: <u>03 04 2024</u>					
Nombre de quien recibe: <u>Nestor Muñoz García</u> C.C. 79.666.478					
Niveles de satisfacción		Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	<u>Si</u>	<u>No</u>			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	<u>Si</u>	<u>No</u>			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	<u>Si</u>	<u>No</u>			


		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	Borio Usanas		Unidad	San Jorge	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Revisión lavamanos			Se rev. 32 lavamanos Se cambia acople y se queda funcionando		
Fecha de solicitud	04 04 2024		Fecha de mantenimiento	04 04 2024	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
			345		
Fecha de recibido			Nombre del tecnico		
04 04 2024			Seon Esidoro		
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	archivo		Unidad	Chircales	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Revisión lamperos			Se cambian techos de lamperos led		
Fecha de solicitud	04 04 2024		Fecha de mantenimiento	04 04 2024	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
			70 H7		
Fecha de recibido			Nombre del tecnico		
04 04 2024			04 04 2024		
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:	Oxígeno	Unidad:	Diana
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
cambio oxígeno		se cambia valores de oxígeno	
Fecha de solicitud	25.04.2024	Fecha de mantenimiento	25.04.2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	7A9
		Nombre del técnico	Seon Tsido
Fecha de recibido	05.04.2024	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"/>		


 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:	Atención e Seguro	Unidad:	Diana
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
prevision Tomas		Se revisa circuito eléctrico por falta de luz se pone en funcionamiento	
Fecha de solicitud	02.04.2023	Fecha de mantenimiento	02.04.2023
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	7A77
		Nombre del técnico	Seon Tsido
Fecha de recibido	02.04.2023	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"/>		


 <div>Subred Integrada de Servicios de Salud APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO</div>		<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11</div>	
Servicio: <u>07.5000 LATER.</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 lampara</u>		<u>se cambia Tabos</u>	
		<u>led.</u>	
Fecha de solicitud: <u>08 04 2023</u>		Fecha de mantenimiento: <u>08 04 2023</u>	
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado: <u>77H7</u>	
Fecha de recibido: <u>08 04 2023</u>		Nombre del tecnico: <u>Seon Esdras</u>	
Nombre de quien recibe		Materiales utilizados	
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		


 <div>Subred Integrada de Servicios de Salud APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO</div>		<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11</div>	
Servicio: <u>Bono escot. 83</u>		Unidad: <u>Diana</u>	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
<u>Revisión Biscocho</u>		<u>se compra Tornillos</u>	
		<u>y se instala Biscocho</u>	
Fecha de solicitud: <u>09 04 2024</u>		Fecha de mantenimiento: <u>09 04 2024</u>	
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado: <u>77H9</u>	
Fecha de recibido: <u>09 04 2024</u>		Nombre del tecnico: <u>Seon Esdras</u>	
Nombre de quien recibe		Materiales utilizados	
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		


 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: Trabajo Social		Unidad: Dirona			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Revisión Tomas			Se revisa circuito eléctrico de Tomas oficina Trabajadora Social y quedan pensiónando		
Fecha de solicitud: 09 04 2024		Fecha de mantenimiento: 09 04 2024			
Nombre de quien solicita:		Tiempo empleado: 1 h 15			
		Nombre del técnico: Sean Isidro			
Fecha de recibido: 09 04 2024		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"/>			


 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: oficina archivo		Unidad: Sen Sose			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Traslado puesto de Trabajo			Se traslado puesto de trabajo del archivo		
Fecha de solicitud: 09 04 2024		Fecha de mantenimiento: 09 04 2024			
Nombre de quien solicita:		Tiempo empleado: 1 h 15			
		Nombre del técnico: Sean Isidro			
Fecha de recibido: 09 04 2024		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"/>			


 <div>Ministerio 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 <u>Consultorio</u>		Unidad <u>Diana</u>			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
<u>Revisión chapa</u>			<u>Se desmonta chapa se</u>		
			<u>cambia de posición para</u>		
			<u>poder ajustar plato</u>		
Fecha de solicitud <u>10 de 2024</u>		Fecha de mantenimiento <u>10 de 2024</u>			
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado <u>1 hora</u>			
		Nombre del tecnico <u>Samir Sison</u>			
Fecha de recibido <u>10 de 2024</u>		Materiales utilizados			
Nombre de quien recibe					
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			


 <div>Ministerio 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 <u>archivo</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 archivo rodante</u>			<u>se revisa archivador</u>		
			<u>rodante se ajusta y</u>		
			<u>carila los ruedas</u>		
Fecha de solicitud <u>10 de 2024</u>		Fecha de mantenimiento <u>10 de 2024</u>			
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado <u>1 hora</u>			
		Nombre del tecnico <u>Sebastian</u>			
Fecha de recibido <u>10 de 2024</u>		Materiales utilizados			
Nombre de quien recibe					
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			


 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-FI-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio: <u>Mantenimiento</u>		Unidad: <u>Santa Clara</u>			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad:			Descripción del mantenimiento:		
<u>reunión en Santa Clara</u>			<u>se asiste a Reunión de ARL</u>		
Fecha de solicitud: <u>77.04.2024</u>			Fecha de mantenimiento: <u>77.04.2024</u>		
Nombre de quien solicita:			Tiempo empleado: <u>24.72</u>		
Fecha de recibido: <u>77.04.2024</u>			Nombre del técnico: <u>Seon S. S. S. S.</u>		
Nombre de quien recibe:			Materiales utilizados:		
Niveles de satisfacción:			Observaciones:		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		<u>SI</u>	<u>No</u>		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?		<u>SI</u>	<u>No</u>		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?		<u>SI</u>	<u>No</u>		

 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-FI-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio: <u>consultorio</u>		Unidad: <u>Pinar</u>			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad:			Descripción del mantenimiento:		
<u>cambio chapa</u>			<u>se cambia chapa de consultorio 3 p. 80</u>		
Fecha de solicitud: <u>77.04.2024</u>			Fecha de mantenimiento: <u>77.04.2024</u>		
Nombre de quien solicita:			Tiempo empleado: <u>24.5</u>		
Fecha de recibido: <u>77.04.2024</u>			Nombre del técnico: <u>Seon S. S. S. S.</u>		
Nombre de quien recibe:			Materiales utilizados:		
Niveles de satisfacción:			Observaciones:		
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		<u>SI</u>	<u>No</u>		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?		<u>SI</u>	<u>No</u>		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?		<u>SI</u>	<u>No</u>		

 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>Oxígeno</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>Cambio oxígeno</u>		<u>Se cambia valor de oxígeno</u>	
Fecha de solicitud <u>22.04.2024</u>		Fecha de mantenimiento <u>22.04.2024</u>	
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado <u>1H 17</u>	
Fecha de recibido <u>22.04.2024</u>		Nombre del técnico <u>San Isidro</u>	
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"/>		

 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>Tanque de agua</u>		Unidad <u>San Jorge</u>	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
<u>Revisión agua</u>		<u>Se revisa tanques de agua se encuentran desocupados.</u>	
Fecha de solicitud <u>22.04.2023</u>		Fecha de mantenimiento <u>22.04.2024</u>	
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado <u>1H 9</u>	
Fecha de recibido <u>22.04.2023</u>		Nombre del técnico <u>San Isidro</u>	
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"/>		

 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	Tangues		Unidad	San Jorge
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456				
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento		
Revisión Tangues		Se Revisó Rejistrós que suministran agua a Tangues		
		= Todos estan bien pero no llega agua a los Tangues		
Fecha de solicitud	76 04 2024	Fecha de mantenimiento	76 04 2024	
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	2 H 77	
Fecha de recibido	76 04 2024	Nombre del tecnico	San Isidro	
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"/>			

 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	planta electrica		Unidad	Dinara
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456				
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento		
Revisión planta		Se Revisó planta electrica funciona bien		
Fecha de solicitud	72 04 2024	Fecha de mantenimiento	72 04 2024	
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	2 H 3	
Fecha de recibido	72 04 2024	Nombre del tecnico	San Isidro	
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"/>			


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 03	
FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Revisión Baños 2 piso	Unidad	San Jorge
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA		Usuario: reportes Contraseña: 123456	
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Revisión Baño		Se revisa Baño por falta de agua lo le llega Toca esperar que los Tanques se llenen	
Fecha de solicitud	76 04 2024	Fecha de mantenimiento	76 04 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	7 H2
Fecha de recibido	76 04 2024	Nombre del técnico	Seon Esidro
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.		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Tanque agua caliente	Unidad	Chircales
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA		Usuario: reportes Contraseña: 123456	
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Revisión Fuga de agua tanque agua caliente		Se revisa el Tanque de agua caliente se daña en Tapan y los Registros se ordena para cambio	
Fecha de solicitud	76 04 2024	Fecha de mantenimiento	76 04 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	7 H2
Fecha de recibido	76 04 2024	Nombre del técnico	Seon Esidro
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			CÓDIGO: AP-RF-PT-055	
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS			VERSIÓN: 02	
FORMATO ORDEN DE TRABAJO			FECHA: 2019-09-11	
Servicio <u>Tanguez</u>		Unidad <u>San Jorge</u>	Usuario: reportes Contraseña: 123456	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA		Descripción del mantenimiento		
Descripción de necesidad				
<u>Revisión Tanques</u>		<u>se revisa Tanques</u>		
		<u>no le estan subiendo</u>		
Fecha de solicitud <u>17 04 2024</u>		Fecha de mantenimiento <u>17 04 2024</u>		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado		
		Nombre del tecnico <u>Sebastian</u>		
Fecha de recibido <u>17 04 2024</u>		Materiales utilizados		
Nombre de quien recibe				
		Observaciones		
Niveles de satisfaccion				
¿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-PT-055	
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS			VERSIÓN: 02	
FORMATO ORDEN DE TRABAJO			FECHA: 2019-09-11	
Servicio <u>Tanque agua caliente</u>		Unidad <u>Chircales</u>	Usuario: reportes Contraseña: 123456	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA		Descripción del mantenimiento		
Descripción de necesidad				
<u>Revisión Tanque</u>		<u>Toca ser registros de</u>		
		<u>agua ya que no llegaron los</u>		
		<u>repuestos y motor bombas</u>		
Fecha de solicitud <u>16 04 2024</u>		Fecha de mantenimiento <u>16 04 2024</u>		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado <u>2 HS</u>		
Nombre de quien recibe		Nombre del tecnico <u>Sebastian</u>		
		Materiales utilizados		
		Observaciones		
Niveles de satisfaccion				
¿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		

78

 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	oxígeno	Unidad	Diana
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
revisión oxígeno		se cambian volas de oxígeno	
Fecha de solicitud	17/04/2024	Fecha de mantenimiento	17/04/2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	7:49
Fecha de recibido	17/04/2024	Nombre del técnico	Severino
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"/>		

 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	revisión planta	Unidad	chircales
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
revisión planta eléctrica		se revisa planta eléctrica funcionamiento	
Fecha de solicitud	17/04/2024	Fecha de mantenimiento	17/04/2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	7:43
Fecha de recibido	17/04/2024	Nombre del técnico	Severino
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"/>		

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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	Baño Escuelas	Unidad	Chircales
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
revisión lavamanos		se desmonta lavamanos	
		se destapa y se instala	
		queda funcionando	
Fecha de solicitud	22 04 2024	Fecha de mantenimiento	22 04 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	7A 77
		Nombre del técnico	San Isidro
Fecha de recibido	22 04 2024	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.

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

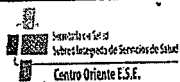
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

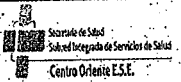
CÓDIGO: AP-RF-FT-055

VERSIÓN: 02

FECHA: 2019-09-11

Servicio	Todos	Unidad	Diana
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
revisión voltaje		se cambian voltaje led.	
Fecha de solicitud	22 04 2024	Fecha de mantenimiento	22 04 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	77A5
		Nombre del técnico	San Isidro
Fecha de recibido	22 04 2024	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	Mantenimiento			Unidad	Diana
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Revisión Biscocho			Se instalan tornillos de Biscocho de Baño		
			usados		
Fecha de solicitud	23 04 2024		Fecha de mantenimiento	23 04 2024	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
			345		
			Nombre del técnico		
			Scon Isidro		
Fecha de recibido	23 04 2024		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			

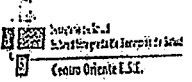
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Tanques de agua			Unidad	San Jorge
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Revisión agua Tanquer			Se cambian registros de entrada de agua y tubería		
			los Tanques quedan llenando		
Fecha de solicitud	23 04 2024		Fecha de mantenimiento	23 04 2024	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
			943		
			Nombre del técnico		
			Scon Isidro		
Fecha de recibido	23 04 2024		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			

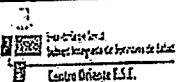
81

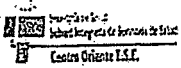
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			CÓDIGO: AP-RF-FI-055	
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS			VERSIÓN: 02	
FORMATO ORDEN DE TRABAJO			FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Cajos 24005 Negros		Unidad	San Jorge
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.				
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento	
Destapar cajos			Se destapa cajos de	
			agras negros para tomar	
			muestras	
Fecha de solicitud	24 04 2024	Fecha de mantenimiento	24 04 2024	
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	7H70	
Fecha de recibido	24 04 2024	Nombre del tecnico	Seon Es. Alra	
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		

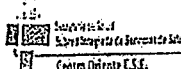
Powered by  CamScanner

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	Mantenimiento		Unidad	Piara
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456				
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento	
Recoger Materiales			Se recoge lamparas y cables	
			para llevar a Santa Clara	
Fecha de solicitud	24 04 2023	Fecha de mantenimiento	24 04 2023	
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	7H9	
Fecha de recibido	24 04 2023	Nombre del tecnico	Seon Es. Alra	
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		

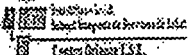
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio	OZL Sina Mantenimiento		Unidad	Santa Clara	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Mejor Vals led.			se lleva Vals led de 24 y se recoge Vals led de 28		
Fecha de solicitud			24 04 2024		
Nombre de quien solicita			Fecha de mantenimiento		
			Tiempo empleado		
Fecha de recibido			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			

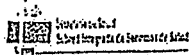
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Mantenimiento		Unidad	San Jose	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
dejar materiales			se deja Vals led de 28		
Fecha de solicitud			24 04 2024		
Nombre de quien solicita			Fecha de mantenimiento		
			Tiempo empleado		
Fecha de recibido			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			

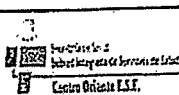
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio: <u>Contador de agua</u>		Unidad: <u>San Jorge</u>		Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA. Usuario: reportes Contraseña: 123456.	
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento			
<u>para lectura</u>		<u>se toma foto y lectura</u>			
<u>contador</u>		<u>de contador de agua</u>			
Fecha de solicitud <u>24 04 2024</u>		Fecha de mantenimiento <u>24 04 2024</u>		Tiempo empleado <u>7H2</u>	
Nombre de quien solicita <u>[Firma]</u>		Nombre del tecnico <u>San Isidro</u>		Materiales utilizados	
Fecha de recibido <u>24 04 2024</u>					
Nombre de quien recibe <u>[Firma]</u>					
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"/>				

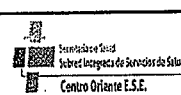
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio: <u>Contador de agua</u>		Unidad: <u>Chircales</u>		Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA. Usuario: reportes Contraseña: 123456.	
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento			
<u>tomar lectura contador</u>		<u>se toma foto y lectura</u>			
		<u>de contador de agua en</u>			
		<u>chircales</u>			
Fecha de solicitud <u>24 04 2024</u>		Fecha de mantenimiento <u>24 04 2024</u>		Tiempo empleado <u>7H7</u>	
Nombre de quien solicita <u>[Firma]</u>		Nombre del tecnico <u>San Isidro</u>		Materiales utilizados	
Fecha de recibido <u>24 04 2024</u>					
Nombre de quien recibe <u>[Firma]</u>					
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"/>				

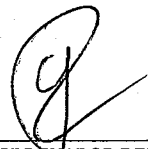
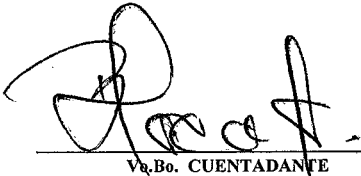
94

		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: 2012-09-11	
Servicio		Boños		Unidad	
		San Jorge			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Revisión agua Boños			Se cambia en registro y se deja funcionando Baño		
			lavoro toco los otros que son pendiente por materiales		
Fecha de solicitud		29 04 2024		Fecha de mantenimiento	
				29 04 2024	
Nombre de quien solicita		O.S		Tiempo empleado	
				7 H 70	
Fecha de recibido		29 04 2024		Nombre del técnico	
				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		

		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: 2012-09-11	
Servicio		Contador de agua		Unidad	
		Toma D. D. D. D.			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Revisión contador.			Se toma fotos de		
			contador de agua		
Fecha de solicitud		24 04 2024		Fecha de mantenimiento	
				24 04 2024	
Nombre de quien solicita				Tiempo empleado	
				2 H 4	
Fecha de recibido		24 04 2024		Nombre del técnico	
				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		

 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	Odontología		Unidad	Orona
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.				
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento		
Revisión ejones		Se desmonta puertas de ejoneras se ajustan y se instalan queda tensionando		
Fecha de solicitud	29 04 2024	Fecha de mantenimiento	29 04 2024	
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	10A 72	
		Nombre del tecnico	Seon Isidro	
Fecha de recibido	29 04 2024	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	Organización		Unidad	Chircales
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.				
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento		
Revisión lavaplatos		Se desmonta se faja de lavaplatos en area limpia		
Néstor Moreno García C.C. 79.666.478		Se desmonta sacandole curchos de cofe		
Fecha de solicitud	29 04 2024	Fecha de mantenimiento	29 04 2024	
Nombre de quien solicita	Néstor Moreno García C.C. 79.666.478	Tiempo empleado	2H5	
Nombre del tecnico	Seon Isidro	Materiales utilizados		
Fecha de recibido	29 04 2024			
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		

1. INFORMACIÓN			
COMPROBANTE N°	6192	FECHA	10/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	\$132.750,00		
LA SUMA DE:	CIENTO TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A MIGUEL CORTÉS NIT 19.340.564 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	


*

Centro Oriente E.S.E.									
No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE			VALOR	
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	T.M.		TAXI
1	01-04-24	Primer mayo	Alper	apoyo en techo				2950	
2	01-04-24	Alper	Primer mayo	Retorno sede				2950	
3	01-04-24	Primer mayo	Bello Horizonte	Recojer materiales				2950	
4	01-04-24	Bello Horizonte	Primer mayo	Retorno sede				2950	
5	02-04-24	Primer mayo	moteros Int'l.	Recojar tegos				2950	
6	02-04-24	moteros Int'abil	Alper	llevar materiales				2950	
7	02-04-24	Alper	Primer mayo	Retorno sede				2950	
8	3-04-24	Primer mayo	Bello Horizonte	Revisar equipo				2950	
9	3-04-24	Bello Horizonte	Alper	llevar materiales				2950	
10	3-04-24	Alper	Primer mayo	Retorno sede				2950	

Miguel Cortes
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 19340564

31

Dora Sardola
Vc.Bc. REFERENTE SUERED CENTRO ORIENTE E.S.E.


Vc.Bo. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

Juan Felipe Fuentes Sarmiento
Arquitecto
A1120220-1019073

Revised 122750 =
miquel confers R
1950561

7ADH04
51123001

CÓDIGO: AP-RE-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	TAXI	
1	5-4-24	primero mayo	Altoamiro	pueblo de Capán	X			2950
2	5-4-24	Altoamiro	Alper	apoyo entegado	X			2950
3	5-4-24	Alper	primero mayo	Redono Sede	X			2950
4	9-4-24	primero mayo	Bello Horizonte	Revisión Edific	P			2950
5	9-4-24	Bello Horizonte	primero mayo	Revisión Sede	X			2950
6	10-4-24	primero mayo	Bello Horizonte	Cambio monedero	X			2950
7	10-4-24	Bello Horizonte	primero mayo	Revisión Sede	P			2950
8	11-4-24	primero mayo	Bello Horizonte	Pileta y drenaje	X			2950
9	11-4-24	Bello Horizonte	Libertadores	pueblo Capán	X			2950
10	11-4-24	Libertadores	primero mayo	Revisión	X			2950

Miguel Coites
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRAÍSTA
C.C. 19240564

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

Vc.Ba. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

Juan Felipe Fuentes Samiento
Arquitecto
A11220220-1019077311

Centro Oriente E.S.E.									
No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE		VALOR		
		DESDE	HASTA		BUS RIETA	T.M. COLECTIVO TANI			
1	15.4.24	puerto mayo	alper	apoyo asegurado			2950		
2	15.4.24	alper	puerto mayo	Subir Sargolox			2950		
3	15.4.24	puerto mayo	alper	Subir material			2950		
4	15.4.24	alper	puerto mayo	Reparar sede.			2950		
5	16.4.24	puerto mayo	Dalla Horrenda	Revisión Sargolox			2950		
6	16.4.24	Dalla Horrenda	Anterior Navio	apoyo puerto mayo			2950		
7	16.4.24	Anterior Navio	puerto mayo	Reparar sede			2950		
8	17.4.24	puerto mayo	Anterior Navio	apoyo Pulo Rolo			2950		
9	17.4.24	Anterior Navio	puerto mayo	Reparar sede			2950		
10	18.4.24	puerto mayo	1.6.24.24	Reparar de sede			29500		

Dana Senechal

W. B. REPRESENT SUPRED CENTRO ORIENTE E.S.E

Michael Carter

1934-64

VAZ B. DIRECTOR DO ADMINISTRATIVO (A)

Juan Felipe Fuentes Sarmiento
Arquitecto
A11220220-1019077311

1 mgcd corbo
NOMBRE: FUNCIONARIO Y/O CONTRAESTIA
C.C. 19390564.

Miguel Lopez
NOMBRE: FUNCIONARIO Y/O CON
19730564

REPTENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

1 and Sandra

1. **Administrative**
 2. **Administrative**
 3. **Administrative**
 4. **Administrative**
 5. **Administrative**
 6. **Administrative**
 7. **Administrative**
 8. **Administrative**
 9. **Administrative**
 10. **Administrative**
 11. **Administrative**
 12. **Administrative**
 13. **Administrative**
 14. **Administrative**
 15. **Administrative**
 16. **Administrative**
 17. **Administrative**
 18. **Administrative**
 19. **Administrative**
 20. **Administrative**
 21. **Administrative**
 22. **Administrative**
 23. **Administrative**
 24. **Administrative**
 25. **Administrative**
 26. **Administrative**
 27. **Administrative**
 28. **Administrative**
 29. **Administrative**
 30. **Administrative**
 31. **Administrative**
 32. **Administrative**
 33. **Administrative**
 34. **Administrative**
 35. **Administrative**
 36. **Administrative**
 37. **Administrative**
 38. **Administrative**
 39. **Administrative**
 40. **Administrative**
 41. **Administrative**
 42. **Administrative**
 43. **Administrative**
 44. **Administrative**
 45. **Administrative**
 46. **Administrative**
 47. **Administrative**
 48. **Administrative**
 49. **Administrative**
 50. **Administrative**
 51. **Administrative**
 52. **Administrative**
 53. **Administrative**
 54. **Administrative**
 55. **Administrative**
 56. **Administrative**
 57. **Administrative**
 58. **Administrative**
 59. **Administrative**
 60. **Administrative**
 61. **Administrative**
 62. **Administrative**
 63. **Administrative**
 64. **Administrative**
 65. **Administrative**
 66. **Administrative**
 67. **Administrative**
 68. **Administrative**
 69. **Administrative**
 70. **Administrative**
 71. **Administrative**
 72. **Administrative**
 73. **Administrative**
 74. **Administrative**
 75. **Administrative**
 76. **Administrative**
 77. **Administrative**
 78. **Administrative**
 79. **Administrative**
 80. **Administrative**
 81. **Administrative**
 82. **Administrative**
 83. **Administrative**
 84. **Administrative**
 85. **Administrative**
 86. **Administrative**
 87. **Administrative**
 88. **Administrative**
 89. **Administrative**
 90. **Administrative**
 91. **Administrative**
 92. **Administrative**
 93. **Administrative**
 94. **Administrative**
 95. **Administrative**
 96. **Administrative**
 97. **Administrative**
 98. **Administrative**
 99. **Administrative**
 100. **Administrative**

~~Juan Felipe Fuentes~~
~~A412200~~

証

SECRETARÍA DE SALUD

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

CÓDIGO: AP-RE-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	TAXI	
1	29-4-24	primero mayo	Alper	Sanfaro Topato	✓			2950
2	29-4-24	Alper	Olav	Cambio luminaria	✓			2950
3	29-4-24	Olav	primero mayo	Refuerzo fodo	✓			2950
4	30-4-24	primero mayo	Bello Horizonte	Refuerzo equipo	✓			2950
5	30-4-24	Bello Horizonte	primero mayo	Refuerzo fodo	✓			2950
6								
7								
8								
9								
10								14950

Miguel Cortes

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

CC 19340564

Diana Sorbeal

V.B. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

V.B. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

Juan Felipe Fuentes Samaniego

Autenticado

A11220220-1019077311

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		Unidad	Alpey
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA. Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Prestar apoyo en Techo		Si presta apoyo	
Servicio		Fecha de mantenimiento	01-04-24
Nombre de quien solicita		Nombre del técnico	Miguel Carlos
Fecha de recibido	01-04-24	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		

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	Primerio mto
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Reforma sede		de Reforma sede	
Servicio		Fecha de mantenimiento	01-04-24
Nombre de quien solicita		Nombre del técnico	Miguel Carlos
Fecha de recibido	01-04-24	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		



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	P1pc2
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA. Usuario: reportes. Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
llevar pmasvez		de llevar pmasvez	
Servicio		Fecha de mantenimiento	03-04-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
Luis Prieto		Nombre del tecnico	miguel cardo
Fecha de recibido	03-04-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			
Niveles de satisfaccion		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	



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	primero mayo
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Reforma de la		de Reforma de la	
Servicio		Fecha de mantenimiento	03-04-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
Luis Prieto		Nombre del tecnico	miguel cardo
Fecha de recibido	03-04-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			
Niveles de satisfaccion		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	


 <div>Ministerio 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		Unidad	P/Tborino		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Abrir puertas de Baño cerrados			Se phren puertas de baño		
Servicio		Fecha de mantenimiento	5-4-24		
Nombre de quien solicita		Nombre del técnico	miquel cortés		
Fecha de recibido		5-4-24			
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"/>			


 <div>Ministerio 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		Unidad	Alperz		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
puertas apoyos en el baño			Se prestó apoyo		
Servicio		Fecha de mantenimiento	5-4-24		
Nombre de quien solicita		Nombre del técnico	miquel cortés		
Fecha de recibido		05-04-24			
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"/>			

 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	Primer piso 42	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA			Usuario: reportes Contraseña: 123456	
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento		
Reformo sede		Se Reformo sede		
Servicio		Fecha de mantenimiento	09-4-24	
Nombre de quien solicita		Nombre de quien recibe	Miguel Cortes	
Fecha de recibido	9-4-24	Nombre del técnico	Miguel Cortes	
Nombre de quien recibe		Materiales utilizados		
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 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		
Cambiar ms nombres de sala de comid		Se cambia nombres sala oficina		
Servicio		Fecha de mantenimiento	10-4-24	
Nombre de quien solicita		Nombre de quien recibe	Miguel Cortes	
Fecha de recibido	10-4-24	Nombre del técnico	Miguel Cortes	
Nombre de quien recibe		Materiales utilizados		
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			

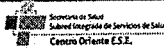
100

<small>  SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO </small>				CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio				Unidad	
				Primer piso	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Reformar sede			Reformar sede		
Servicio				Fecha de mantenimiento	
				10-4-24	
Nombre de quien solicita				Tiempo empleado	
Luis Prieto					
Fecha de recibido		10-4-24		Nombre del técnico	
				Miguel Cortes	
Nombre de quien recibe				Materiales utilizados	
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			

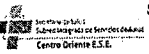
<small>  SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO </small>				CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio				Unidad	
				Bello Horizonte	
Descripción de necesidad				Descripción del mantenimiento	
Destapar pileta y fontanar				Se destapa pileta y fontanar	
Servicio				Fecha de mantenimiento	
				11-4-24	
Nombre de quien solicita				Tiempo empleado	
Luis Prieto					
Fecha de recibido		11-4-24		Nombre del técnico	
				Miguel Cortes	
Nombre de quien recibe				Materiales utilizados	
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			

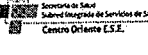
101

		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	libertadores		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Puerta caída en cuarto comprado			Se instala puerta		
Servicio		Fecha de mantenimiento	11-4-24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado			
Luis Prieto		Nombre del técnico	Miguel Corbis		
Fecha de recibido	11-4-24	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				

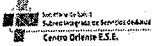
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad	primera plaza		
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Retorno sede			A Reformas sede		
Servicio		Fecha de mantenimiento	11-4-24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado			
Luis Prieto		Nombre del técnico	Miguel Corbis		
Fecha de recibido	11-4-22	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				

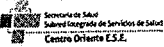
202

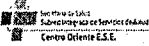
			SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			CÓDIGO: AP-RF-FT-055		
			APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS			VERSIÓN: 02		
			FORMATO ORDEN DE TRABAJO			FECHA: 2019-09-11		
Servicio				Unidad		Alper		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456								
Descripción de necesidad				Descripción del mantenimiento				
Apoyo entregado				Se greto apoyo				
Servicio				Fecha de mantenimiento		15-4-24		
Nombre de quien solicita				Tiempo empleado				
Luis Prieto				Nombre del técnico				
Fecha de recibido		15-4-24		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						


			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		Primer mayo		
Descripción de necesidad						Descripción del mantenimiento		
Subir Sika flex						Se sube 2 potes de Sika flex		
Servicio				Fecha de mantenimiento		15-4-24		
Nombre de quien solicita				Tiempo empleado				
Luis Prieto				Nombre del técnico		Miguel Cordero		
Fecha de recibido		15-4-24		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						

103


		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	Alpe2		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA. Usuario: reportes. Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Subir material			S Sub-materiales		
Servicio		Fecha de mantenimiento	15-4-24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado			
1415 pto		Nombre del técnico	miguel cohen		
Fecha de recibido	15-4-24	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				


		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	primero mayo		
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Reforma sede			S Reformas sede		
Servicio		Fecha de mantenimiento	15-4-24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado			
1415 pto		Nombre del técnico	miguel cohen		
Fecha de recibido	15-4-24	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				

		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		
Revisión Equipo			Revisión Equipo		
Servicio		Fecha de mantenimiento	16-4-24		
Nombre de quien solicita		Nombre del técnico	Miguel Corrales		
Fecha de recibido		16-4-24			
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				

		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	Primer Mayo		
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Reforma de la			Reforma de la		
Servicio		Fecha de mantenimiento	16-4-24		
Nombre de quien solicita		Nombre del técnico	Miguel Corrales		
Fecha de recibido		16-4-24			
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				

105

		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	Antonio Norino		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Apoyo puertas coida de AREBLA puertas					
Servicio		Fecha de mantenimiento	16-4-24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado			
1615 Puerto		Nombre del tecnico	Miguel Torres		
Fecha de recibido	16-4-24	Materiales utilizados			
Nombre de quien recibe					
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				

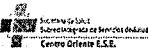
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad	Antonio Norino		
Descripción de necesidad					
Tubo Rofo Heuser materiales					
Descripción del mantenimiento					
Si AREBLA Tubo					
Servicio		Fecha de mantenimiento	17-4-24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado			
1615 Puerto		Nombre del tecnico	Miguel Torres		
Fecha de recibido	17-4-24	Materiales utilizados			
Nombre de quien recibe					
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				

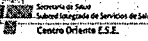
106

<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	Primer rango		
<small> Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456 </small>					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Reforma sede			Reforma sede		
Servicio		Fecha de mantenimiento		17-04-24	
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado		Miguel Cortes	
Luis Prieto		Nombre del técnico			
Fecha de recibido		17-04-24		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			


<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	Libertad		
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Reforma Recero de Abus Aroka			Reforma y de derrota de fones Terasa		
Servicio		Fecha de mantenimiento		18-4-24	
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado		Miguel Cortes	
Luis Prieto		Nombre del técnico			
Fecha de recibido		18-4-24		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			


109

		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	PRIMERO mayo		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Reformar sede			D Reformar sede		
Servicio		Fecha de mantenimiento	18-4-24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado			
Luis Prieto		Nombre del tecnico	Miguel Costa		
Fecha de recibido	18-4-24	Materiales utilizados			
Nombre de quien recibe					
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 APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad	Alper		
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Revisar Tanques de Agua potable			de Revisar Tanques Total-llenos		
Servicio		Fecha de mantenimiento	18-4-24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado			
Miguel Costa		Nombre del tecnico	Miguel Costa		
Fecha de recibido	18-4-24	Materiales utilizados			
Nombre de quien recibe					
Luis Prieto					
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				

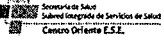
108

 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	Primerio mayo
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Reborar de la		de Reborar de la	
Servicio		Fecha de mantenimiento	18-4-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
Luis Prieto		Nombre del técnico	Miguel Cortés
Fecha de recibido	18-4-24	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"/>		


 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	
Reborar equipos		de Reborar equipos	
Servicio		Fecha de mantenimiento	22-4-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
Luis Prieto		Nombre del técnico	Miguel Cortés
Fecha de recibido	22-4-24	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"/>		


109

 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	Alto mira
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Alarms disparadas de Reseteo Alarms y de Carga luminaria		de Reseteo Alarms y de Carga luminaria	
Servicio		Fecha de mantenimiento	22-4-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
1615 P. 1580		Nombre del técnico	Miguel Cordero
Fecha de recibido	22-4-24	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		

 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	Primer mayo
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Reformas de de		A Reformas de de	
Servicio		Fecha de mantenimiento	22-4-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
1615 P. 1580		Nombre del técnico	Miguel Cordero
Fecha de recibido	22-4-24	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		

110

 <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		Unidad	Bello Horizonte		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Esbozo pendiente de corte a 60 cm			de Revisión Paralela y de Esbozo pendiente de corte		
Servicio		Fecha de mantenimiento	24-4-24		
Nombre de quien solicita		Nombre del técnico	Miguel Corbo		
Fecha de recibido	24-4-24	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"/>			

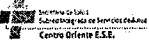
 <div>SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio		Unidad	Primer Mayo		
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Reforma de			de Reforma de		
Servicio		Fecha de mantenimiento	24-4-24		
Nombre de quien solicita		Nombre del técnico	Miguel Corbo		
Fecha de recibido	24-4-24	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"/>			


111

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	Libertadores
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Roucas - flotador Tanques		Si Revisa = Flotador está pasado nivel	
Servicio		Fecha de mantenimiento	25-4-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
1015 Puerto		Nombre del técnico	miguel castro
Fecha de recibido	25-4-24	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"/>		

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	primero mayo
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Retorno de Le		Si Retorno de Le	
Servicio		Fecha de mantenimiento	25-4-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
1015 Puerto		Nombre del técnico	miguel castro
Fecha de recibido	25-4-24	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"/>		

112

 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	Alperz
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Sonidos Topo 20		Se detecta Sonidos	
Servicio		Fecha de mantenimiento	29-4-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
TUIS PRIETO		Nombre del técnico	Miguel Cordero
Fecha de recibido	29-4-24	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		

 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	Olwyn
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Cambiar luminarias		A Cambiar luminarias	
Servicio		Fecha de mantenimiento	29-4-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
TUIS PRIETO		Nombre del técnico	Miguel Cordero
Fecha de recibido	29-4-24	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		

114

<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	<i>Primer mes</i>		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
<i>Reformar sede</i>			<i>Reformar sede</i>		
Servicio		Fecha de mantenimiento	<i>30-4-24</i>		
Nombre de quien solicita		Nombre de quien recibe			
<i>1015</i>		<i>miel</i>			
Fecha de recibido	<i>30-4-24</i>	Nombre del técnico	<i>miguel castro</i>		
Nombre de quien recibe		Materiales utilizados			
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> 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			
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Servicio		Fecha de mantenimiento			
Nombre de quien solicita		Nombre de quien recibe			
		<i>miel</i>			
Fecha de recibido		Nombre del técnico			
Nombre de quien recibe		Materiales utilizados			
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				

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6193

FECHA

10/05/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

VALOR:

\$79.650,00

LA SUMA DE:

SETENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

CANCELADO A MARCO HERNÁNDEZ NIT 79.988.749 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

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
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
1	02/04/24	Altamira	Libertadores	Revisión de Targas de equipos	X				2.950
2	02/04/24	Libertadores	Altamira	Retorno a la Sede	X				2.950
3	05/04/24	Altamira	Libertadores	Revisión de equipos industriales	X				2.950
4	05/04/24	Libertadores	Alpes	Revisión de equipos industriales	X				2.950
5	08/04/24	Altamira	Alpes	Cambio de luminaria	X				2.950
6	08/04/24	Alpes	Altamira	Retorno a la Sede	X				2.950
7	12/04/24	Altamira	Libertadores	Revisión de equipos industriales	X				2.950
8	12/04/24	Libertadores	Alpes	Revisión de equipos industriales	X				2.950
9	18/04/24	Altamira	Libertadores	Revisión de Targas 1º	X				2.950
10	18/04/24	Libertadores	Alpes	Revisión de Targas por Carter de agua	X				2.950
TOTAL									29.500

Marco Hernandez
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 79988799

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


VoBo. DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO (A)

Recibo 79.650

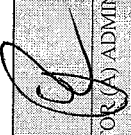
Juan Felipe Fuentes Samudio
Asesor
4426220-4019077311

7ADN-03
51123000

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
1	19/04/24	Altamira	Libertadores	Revisión de equipos industria (es)	X				2.950
2	19/04/24	Libertadores	Alpes	Revisión de equipos industria (es)	X				2.950
3	22/04/24	Altamira	Libertadores	Airepla y Chapa, Comprensión	X				2.950
4	22/04/24	Libertadores	Altamira	Retorno a la Sede	X				2.950
5	22/04/24	Altamira	Bravo Paez	Instalación de notabidos en la obra	X				2.950
6	23/04/24	Altamira	Libertadores	Revisión de tanques por corte, de agua	X				2.950
7	23/04/24	Libertadores	Alpes	Revisión de tanques por corte, de agua	X				2.950
8	23/04/24	Alpes	Bello Horizonte	Cambio de techo Bello Horizonte	X				2.950
9	24/04/24	Bello Horizonte	Libertadores	Revisión de nivel de tanque Subteraneo	X				2.950
10	25/04/24	Altamira	Libertadores	Lubado de tanque Subteranea	X				2.950
TOTAL									29.500



Marco Hernandez
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 79.988.749



Juan Felipe Fuentes Samudio
Regulador
A1122020-1019077311

Yo Bo. DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO (A)

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



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-

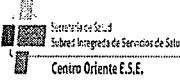
No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
1	25/04/24	Libertador	Altamira	Retorno a la Sede	X				2.950
2	26/04/24	Altamira	Libertador	Revisión de equipos industriales	X				2.950
3	26/04/24	Libertador	Alpes	Revisión de equipos industriales	X				2.950
4	26/04/24	Alpes	Primeriz de Páez y Páez	Período de Casar para Prueba de vertimiento	X				2.950
5	30/04/24	Altamira	Alpes	Toma de Consumo de agua	X				2.950
6	30/04/24	Alpes	Libertador	Toma de Consumo de agua	X				2.950
7	30/04/24	Libertador	Altamira	Retorno a la Sede	X				2.950
8	11	11	11	11	11				11
9	11	11	11	11	11				11
10	11	11	11	11	11				11
TOTAL									20.650

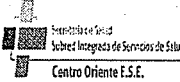
Alvaro Hernández
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 29.928.749


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

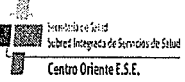
Vo.Bo. DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO (A)
Juan Felipe Echeverri Sarmiento
Asesor
A11220220-1019077311


119

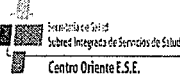
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Poseta (Consulta externa)		Unidad	Libertador	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitud de reposición de faja en llave de poseta			Se realiza reposición y arreglo de faja		
Fecha de solicitud			02/04/2024	Fecha de mantenimiento	02/04/2024
Nombre de quien solicita				Tiempo empleado	2 horas
Fecha de recibido			02/04/2024	Nombre del técnico	Mario Hernández
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		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Consulta Externa		Unidad	Altamira	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Retorno a la sede			Retorno a la sede		
Fecha de solicitud			02/04/2024	Fecha de mantenimiento	02/04/2024
Nombre de quien solicita				Tiempo empleado	30 minutos
Fecha de recibido			02/04/2024	Nombre del técnico	Mario Hernández
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		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Plantas Electricas		Unidad	Libertador	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripcion de necesidad			Descripcion del mantenimiento		
Solicitud de revision de equipos industriales			Revision de equipos industriales		
Fecha de solicitud			05/04/2022		Fecha de mantenimiento
Nombre de quien solicita					05/04/2023
			Tiempo empleado		
			Nombre del tecnico		Horacio Hernandez
Fecha de recibido			05/04/2022		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	Planta Electrica		Unidad	Alper	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripcion de necesidad			Descripcion del mantenimiento		
Solicitud de revision de equipo industrial			Se realiza revision de equipo industrial		
Fecha de solicitud			05/04/2024		Fecha de mantenimiento
Nombre de quien solicita					05/04/2024
			Tiempo empleado		
			Nombre del tecnico		Horacio Hernandez
Fecha de recibido			05/04/2024		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			

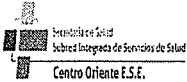
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Odontología			Unidad	Alpes
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitud de Cambio de Luminaria			Se realiza Cambio de Luminaria de Parilla a Consultorio		
Fecha de solicitud			08/09/2024	Fecha de mantenimiento	08/09/2024
Nombre de quien solicita				Tiempo empleado	2 horas
				Nombre del tecnico	Marco Hernandez
Fecha de recibido			08/09/2024	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	Consulta Externa			Unidad	Atención
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Retorno a la Sede			Retorno a la Sede		
Fecha de solicitud			08/09/2024	Fecha de mantenimiento	08/09/2024
Nombre de quien solicita				Tiempo empleado	
				Nombre del tecnico	Marco Hernandez
Fecha de recibido			08/09/2024	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	Planta Eléctrica			Unidad	Libertador
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitud de reparación de equipo industrial			Se realiza pulsera de equipo industrial		
Fecha de solicitud	12/04/2024		Fecha de mantenimiento	12/04/2024	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
			Nombre del tecnico		
Fecha de recibido	12/04/2024		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			

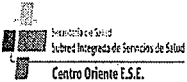
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Planta Eléctrica			Unidad	Alper
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitud de reparación de equipo industrial			Revisión de equipo industrial		
Fecha de solicitud	12/04/2024		Fecha de mantenimiento	12/04/2024	
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
			Nombre del tecnico		
Fecha de recibido	12/04/2024		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	Tangues de agua		Unidad	Liberta 6000	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitud de revisión de nivel de agua			Revisión de nivel de agua por parte		
Fecha de solicitud			Fecha de mantenimiento		
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
Fecha de recibido			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			

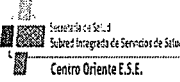
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FT-055	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 02	
		FORMATO ORDEN DE TRABAJO		FECHA: 2019-09-11	
Servicio	Tangues de agua		Unidad	Alper	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitud de revisión de nivel de agua			Revisión de nivel de agua por parte		
Fecha de solicitud			Fecha de mantenimiento		
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
Fecha de recibido			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			

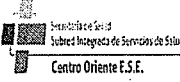
124


		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	Planta Eléctrica		Unidad	Libertad de Ver	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitud de reparación de equipos industriales			Reparación de equipos industriales		
Fecha de solicitud			19/04/2024		Fecha de mantenimiento
Nombre de quien solicita					19/04/2024
Tiempo empleado			Nombre del técnico		
Nombre de quien recibe			Materiales utilizados		
Fecha de recibido			19/04/2024		
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	Planta Eléctrica		Unidad	Npo	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Reparación de equipos industriales			Se realiza reparación de equipos industriales		
Fecha de solicitud			19/04/2024		Fecha de mantenimiento
Nombre de quien solicita					19/04/2024
Tiempo empleado			Nombre del técnico		
Nombre de quien recibe			Materiales utilizados		
Fecha de recibido			19/04/2024		
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			

125

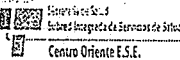
 <div> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO </div> <div> CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11 </div>					
Servicio	Compuesto		Unidad	Libertador	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Salvador de 9110/10 Puerto			Se arregla puerta Cartera Compuesta		
Fecha de solicitud			22/04/2024		Fecha de mantenimiento
Nombre de quien solicita					Tiempo empleado
Fecha de recibido			22/04/2024		Nombre del tecnico
Nombre de quien recibe					Marco Herrera
Niveles de satisfaccion			Materiales utilizados		
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			

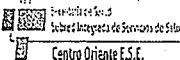
 <div> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO </div> <div> CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11 </div>					
Servicio	Baños Unisexes 1 Piso		Unidad	Atacama	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Retorno a la sede			Destape baños		
Fecha de solicitud			22/04/2024		Fecha de mantenimiento
Nombre de quien solicita					Tiempo empleado
Fecha de recibido			22/04/2024		Nombre del tecnico
Nombre de quien recibe					Marco Herrera
Niveles de satisfaccion			Materiales utilizados		
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	Obra		Unidad	Bravo Paez	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitud de sustitución de motor bomba			Se realiza sustitución de motor bomba		
Fecha de solicitud			22/04/2024		
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
Fecha de recibido			22/04/2024		
Nombre de quien recibe			Nombre del tecnico		
			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	Trabajo de agua		Unidad	Libertadores	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitud de revision de nivel de agua			Revision de nivel de agua en los tanques por Central		
Fecha de solicitud			23/04/2024		
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado		
Fecha de recibido			23/04/2024		
Nombre de quien recibe			Nombre del tecnico		
			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		

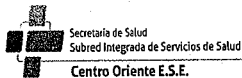
121

		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	Zona Casaca		Unidad	Alper	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitud de compra de consumos acordados			Se realiza compra consumos acordados		
Fecha de solicitud			30/04/2024		
Nombre de quien solicita			Fecha de mantenimiento		
			30/04/2024		
			Tiempo empleado		
			Nombre del técnico		
Fecha de recibido			30/04/2024		
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	Zona Casaca		Unidad	Libertador	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Solicitud de compra de consumos acordados			Se realiza compra de consumos de acuerdo		
Fecha de solicitud			30/04/2024		
Nombre de quien solicita			Fecha de mantenimiento		
			30/04/2024		
			Tiempo empleado		
			Nombre del técnico		
Fecha de recibido			30/04/2024		
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			

Centro Oriente E.S.E.			
Servicio	Unidad	Altavilla	
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripcion de necesidad		Descripcion del mantenimiento	
Retorno al 9 Sede		Retorno al 9 Sede	
Fecha de solicitud		Fecha de mantenimiento	
30/04/2024		30/04/2024	
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
		Nombre del tecnico	
		Marco Dominguez	
Fecha de recibido		Materiales utilizados	
30/04/2024			
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	

133



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°

6194

FECHA

10/05/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

VALOR:

\$147.500,00

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 PARA REALIZAR INSPECCIÓN A TRABAJOS REALIZADOS POR COLABORADORES DE MANTENIMIENTO, AUTORIZADO POR JUAN FELIPE FUENTES SARMIENTO, LIDER GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO.

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

4

CC 1108437008

Nombre Funcionario y/o Contratista


Juzi Plazo G.

477-200

Dana Sandbak

V₀ B₀ REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

2001-01-01


V. B. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

Juan Felipe Fuentes Sarmiento
A11-20220-1019077311

3024

100217

C.C. 108457098
 NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
 Dr. Danilo G.

due libro 6.

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

CC
100-4579

Don and Sandra

Va B₀ REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.F.

V. B. DIRECTOR (X) ADMINISTRATIVO (A)

Juan Felipe Fuentes Sarmiento
Arquitecto
A11220220-1019077311

[illegible]

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

1108157099

Y. P. B. 1950. *El Centro Oriente*. P. 56.

Juan Felipe Fuentes Sumiento
Arquitecto
A11220220-1018077311

V.º BA. DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO(A)

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE			VALOR	
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM		
1	19-04-24	Santa Clara	Bello Horizonte	Inspección cubierta		x		2.950	
2	19-04-24	Bello Horizonte	Alpes	Receger Salvador		x		2.950	
3	19-04-24	Alpes	Bello Horizonte	llevar Salvador		x		2.950	
4	19-04-24	Bello Horizonte	Santa Clara	Retorno Oficina		x		2.950	
5	23-04-24	Santa Clara	Libertadores	Lectura consumo A.		x		2.950	
6	23-04-24	Libertadores	Alpes	Lectura agua		x		2.950	
7	23-04-24	Alpes	Altamira	Lectura agua		x		2.950	
8	23-04-24	Altamira	Bello Horizonte	Lectura agua		x		2.950	
9	23-04-24	Bello Horizonte	Tra de mayo	Lectura agua		x		2.950	
10	23-04-24	Tra de mayo	Santa Clara	Retorno Ofici.		x		2.950	
TOTAL								29.500	

CC

1108457098

Nombre Funcionario y/o Contratista

Juan Felipe Fuentes Sarmiento

Vo Bo REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

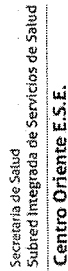
Diana Sandoval

Vo Bo DIRECTOR (O) ADMINISTRATIVO (A)

Juan Felipe Fuentes Sarmiento

Arquitecto

A11720220-1019077311



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

[illegible]

Nombre Funcionario y/o Contratista

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

22

V. B. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E. S. F.

VOBO DIRECTOR ~~ADMINISTRATIVO~~ (A)

Juan Felipe Fuentes Samblano
Asesor
A11220-220-1019077311




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°	6195	FECHA	14/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	IMPRESOS Y PUBLICACIONES		
VALOR:	\$386.750,00		
LA SUMA DE:	TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS M.CTE.		

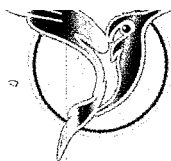
CONCEPTO:	FACTURA No. YG491 YORJAIS GÓMEZ OSORIO NIT 52.362.259-2 IMPRESIONES DE PIEZAS COMUNICATIVAS (AFICHES, VOLANTES, PENDÓN) NECESARIOS PARA LA CONVOCTORIA Y SOCIALIZACIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 332/2023, SUSCRITO ENTRE LA SUBRED CENTRO ORIENTE Y EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL RAFAEL URIBE URIBE, SOLICITADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, DIRECCIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD. R.FTE, 4%.....\$13.000,00 R.ICA 9.66 POR MIL..... 3.140,00 R.IVA 15%..... 9.263,00
-----------	--



Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO



Vo.Bø. CUENTADANTE



YORJAIS GOMEZ OSORIO

NIT 52362259 - 2
Autorización de numeración de facturación electrónica
No. 18764066609621 del 02/03/2024 al 02/09/2024
Habilita numeración de:
YG-462 al YG-800
Régimen: Impuesto sobre las ventas - IVA
Responsabilidad fiscal:
R-99-PN No Aplica - Otros

140

Carrera 28 No. 10 - 40 L. 338

Bogotá, D.C,Bogotá, Colombia

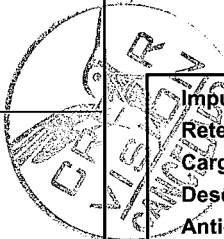
		Factura Electronica de Venta No. YG491	
		Fecha de emisión: 09/05/2024 04:59:02 PM	
		Fecha de validación DIAN: 09/05/2024 05:07:23 PM	
		Fecha de vencimiento: 09/05/2024	
		Plazo (Días): 0	
		Codigo de Moneda COP	
		Tasa de Cambio	
		Orden de Compra	
		Remisión	
		Pedido	
		Asesor YORJAIS GOMEZ OSORIO	
		Aviso de Recibo	
Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE NIT 900959051 - 7			
Dirección: DG 34 5 43			
Codigo Cliente 900959051			
Teléfono: 3444484			
Dirección Despacho:			
Contacto:			
Ciudad: Bogotá, D.C			
Departamento: Bogotá			
País: Colombia			

Item	Referencia	Descripción	Cant.	Unidad de Medida	Precio Unitario	Cargos y Descuentos	Impuestos	Rte Fte	Valor Total
1	60	Volantes a un cuarto de carta impresos en papel propalcote de 150 grs tintas : 4 x 0 cort	2.000,00	unidad	COP 45.00	COP 0.00	IVA(19%)		COP 90,000.00
2	2	Afiches tamaño: 33 x 48 papel: propalcote 300 grs tintas: 4 x 0 corte	100,00	unidad	COP 2,000.00	COP 0.00	IVA(19%)		COP 200,000.00
3	6	Pendon de 1.0 x 1.70 baner de 13 onzas con acabados tubos	1,00	unidad	COP 35,000.00	COP 0.00	IVA(19%)		COP 35,000.00

Rte 4% \$13.000
R.ICA 966% 3.140
R.SVA 10% 9.263
\$25.403

A pagar \$361.347

Total de items: 3
Observaciones
Forma de pago: Contado
Medio de pago: Transferencia Débito Bancaria



Subtotal: COP 325,000.00

IVA(19%): COP 61,750.00

Impuestos:	COP 61,750.00
Retenciones:	COP 0.00
Cargos de la factura:	COP 0.00
Descuentos de la factura:	COP 0.00
Anticipos:	COP 0.00
Total	COP 386,750.00
Neto a pagar	COP 386,750.00

Revisión Satisfacción Ross Yajaira J.

Este documento corresponde a la representación gráfica de una factura electrónica de venta. Confirme el CUFE mediante lectura de este código bidimensional:

CUFE f7e0ee9484cee91eabc1aa565b3486e3244cab177defacbbe1564906186909741f34fa2ae904da3984db59dda998e27





CONTACTO

C.Comercial Ricaurte - Bogotá D.C.
Carrera 28 No. 10 - 40 Local : 338
Cel: 312 513 6643
crearvision338@gmail.com
www.crearvision.co

ORDEN DE PEDIDO

Nº 0885

Fecha Recibido:

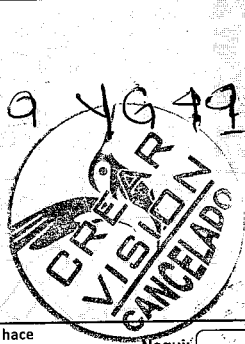
11 05 29

CLIENTE: Sub-Ped

TEL / CEL.:

DESCRIPCIÓN

Pago Factura YG 491



Total

\$361.397.

Nequi:

Abono

Daviplata:

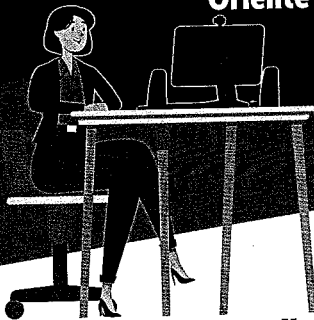
Saldo

Transferencia:

Después de su aprobación Crear Visión, NO se hace responsable por Ningún error que provenga por parte del cliente. Tenga en cuenta revisar muy BIEN sus: • Direcciones • Textos • Teléfonos • Tildes e Información General de su empresa. Recomendamos revisar su trabajo antes de ser retirado de nuestras instalaciones ya que no se responde por trabajos ni se hacen devoluciones de dinero.

¡ATENCIÓN!

La Alcaldía Local de Rafael Uribe Uribe y la
SUBRED Integrada de Servicios de Salud Centro
Oriente E.S.E



Invitan a la población
con discapacidad
residente de la localidad
a inscribirse en el
convenio del
Dispositivos de Asistencia
Personal Ayudas Técnicas
Resolución del

Los dispositivos que se entregan:

Sillas de ruedas, sillas sanitarias, kit para habilidades cognitivas,
kit orientación visual, camas hospitalarias, colchones antiescaras,
cojines antiescaras, calzado ortopédico, elevadores sanitarios y barras de apoyo

Requisitos

- Documento de identidad original de usuario y del cuidador.
- Recibo del agua o luz original NO mayor a 3 meses.

Fecha:

Hora:

Lugar:

Inscripción virtual
WWW.RAFUELURIBE.GOV.CO

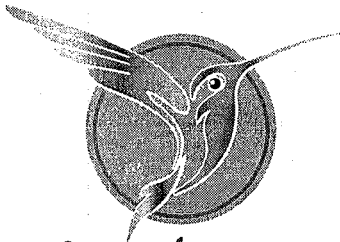


Escanea el código QR para
acceder al formulario de
inscripción.



ALCALDÍA LOCAL DE
RAFAEL URIBE URIBE



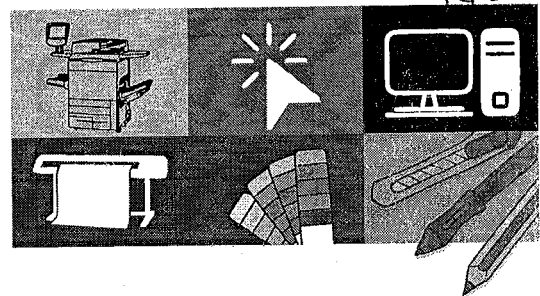


Crear Visión

NIT. 52362259-2

Centro Nacional de las Artes Gráficas
Carrera 28 No. 10 - 40 Local.338

☎ 312 5136643
3219665940



COTIZACIÓN

160424

FECHA

16/ 04/ 24

CLIENTE : SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE. NIT :

CEL:

DIRECCIÓN:

ITEM.	DESCRIPCIÓN	V. UNIT	VALOR TOTAL
2000	Volantes 1/4 carta impresos 4 x 0 tintas en papel propalcote 115 grs.	45	\$ 90.000
100	Afiches tamaño: 33 x 48 impresos 4 x 0 tintas en papel propalcote 300 grs.	2.000	\$ 200.000
1	pendón de 1.0 x 1.70 con acabados tubos o ojales	35.000	\$ 35000
		SUB-TOTAL	\$ 325.000
		IVA 19%	\$ 61.750
		Total	\$ 386.750

ACLARACIONES: 1. NO INCLUYE IVA 2. EL CLIENTE DEBE SUMINISTRAR LOS DISEÑOS O ARCHIVOS, SI NO, CUENTA CON ELLOS, EL DISEÑO TIENE UN COSTO ADICIONAL.
TIEMPO DE ENTREGA: A CONVENIR

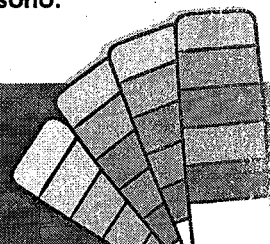
Nota: Para iniciar con la producción del trabajo, anteriormente mencionado, debe tener en cuenta que es de manera indispensable el abono correspondiente al 50% del total acordado y al entregar el trabajo en su totalidad, el 50% restante.

Favor Transferir a Bancolombia No. Cuenta 23123577728 / Ahorros. A nombre de Yorjais Gómez Osorio.

SIGUENOS
@crearvision.col



www.crearvision.co



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto

02

Actualización

4. Número de formulario14813162548

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)6. DV12. Dirección seccional14. Buzón electrónico

5 2 3 6 2 2 5 92Impuestos de Bogotá32

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente25. Tipo de documento26. Número de Identificación27. Fecha expedición

Persona natural o sucesión ilíquida 2Cédula de Ciudadanía 1 35 2 3 6 2 2 5 91 9 9 4 0 2 0 7

28. País29. Departamento30. Ciudad/Municipio34. Otros nombres

COLOMBIA1 6 9Bogotá D.C.1 1Bogotá, D.C.0 0 1

31. Primer apellido32. Segundo apellido33. Primer nombre37. Sigla

GOMEZOSORIOYORJAIS

35. Razón social36. Nombre comercial

LIBICACIÓN

38. País39. Departamento40. Ciudad/Municipio

COLOMBIA1 6 9Bogotá D.C.1 1Bogotá, D.C.0 0 1

41. Dirección principal42. Correo electrónico43. Código postal44. Teléfono 145. Teléfono 2

CR 28 10 40 LC 338crearvision7@yahoo.com3 1 2 5 1 3 6 6 4 33 2 1 9 6 6 5 9 4 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

46. Código47. Fecha inicio actividad48. Código49. Fecha inicio actividad50. Código

1 8 1 12 0 1 0 0 1 2 71 8 1 22 0 1 0 0 1 2 77 3 1 0

Ocupación

51. Código52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

5 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

54. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 1011 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma56. TipoServicio123

57. Modo58. CPC

59. AnexosSINO

X

60. No. de Folios:061. Fecha2022 - 02 - 17 / 13 : 28: 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 1.6.1.2.6 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.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma del solicitante:

Firma autorizada:

984. Nombre985. Cargo

GOMEZ OSORIO YORJAISCONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 21-02-2024 09:26:06AM

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
Espacio reservado para la DIAN		Página 2 de 3 Hoja 2			
		4. Número de formulario			14813162548
		(415)7707212489984(8020) 000001481316254 8			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
5 2 3 6 2 2 5 9		2	Impuestos de Bogotá		3 2
Características y formas de las organizaciones					
62. Naturaleza		63. Formas asociativas		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	
Constitución, Registro y Última Reforma					
Documento		1. Constitución		2. Reforma	
71. Clase		0 9			
72. Número					
73. Fecha					
74. Número de notaría					
75. Entidad de registro		0 3			
76. Fecha de registro		2 0 1 4 0 4 2 6			
77. No. Matricula mercantil		0 2 4 4 5 7 3 4			
78. Departamento		1 1			
79. Ciudad/Municipio		4			
Composición del Capital					
Vigencia				82. Nacional %	
80. Desde				83. Nacional público %	
81. Hasta				84. Nacional privado %	
				85. Extranjero %	
				86. Extranjero público %	
				87. Extranjero privado %	
Entidad de vigilancia y control					
88. Entidad de vigilancia y control					
Estado y Beneficio					
Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV	
1					
2					
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					



	FECHA DE NACIMIENTO	03-NOV-1975	
	RIOSUCIO (CALDAS)		
	LUGAR DE NACIMIENTO		
	1.60 ESTATURA	O+ G.S. RH	F SEXO
INDICE DERECHO	07-FEB-1994 BOGOTÁ D.C.		<i>Carlos Ariel Sánchez Torres</i> REGISTRADOR NACIONAL CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
	FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN		
			
A-1500150-00194150-F-0052362259-20091106 0017758032A 1 33230884			

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.362.259
GOMEZ OSORIO

APELLIDOS
YORJAIS

NOMBRES
Yorjaís Gómez O.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-NOV-1975

RIOSUCIO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA 0+ G.S. RH F SEXO

07-FEB-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL RANQUEZ TORRES



A 1500150-00194150-F-0052362259-20091105 0017756032A 1 33290884

141



ALCALDÍA DE RAFAEL URIBE

SIPSE
Sistema de Información para la Planeación y el Desarrollo Municipal

ACTA DE INICIO
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No 332 de 2023

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

OBJETO: AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS Y FINANCIEROS ENTRE EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL RAFAEL URIBE URIBE Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, PARA BENEFICIAR PERSONAS CON DISCAPACIDAD PERMANENTE RESIDENTES EN LA LOCALIDAD A TRAVÉS DEL OTORGAMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL-DAP, NO INCLUIDOS EN LOS PLANES DE BENEFICIOS DE SALUD EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN 1658 Y EN DESARROLLO DE LA POLÍTICA PÚBLICA DISTRITAL Y DEMÁS NORMAS

VALOR FDLRUU: \$ 2.249.995.450,00

VALOR SUBRED CENTRO ORIENTE: \$185.637.452

TOTAL VALOR CONTRATO INTERADMINISTRATIVO. No 332 de 2023: \$2.435.632.902

PLAZO: 11 mes(es)

El día 01 de DIC de 2023 se reunieron SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. con NIT. No 900959051-7, en calidad de interviniente, y el(la) doctor(a) EDUARD HUMBERTO QUINTANA ARELLANO, en calidad de supervisor(a) del CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No 332 de 2023, con el fin de iniciar el convenio.

Para constancia, se firma por quienes intervinieron,

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

NIT. No 900959051-7

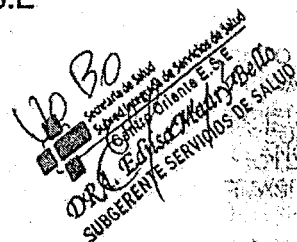
Gerente (E), Pedro Fabian Dávalos Berdugo, CC 79.158.006

Encargo mediante la Resolución No. 2803 del 15 de noviembre de 2023

Por la ALCALDÍA DE RAFAEL URIBE,

EDUARD HUMBERTO QUINTANA ARELLANO

DESPACHO ALCALDIA LOCAL - SUPERVISOR



Calle 32 # 23 - 82 Sur (Barrio Quiroga),
PBX. 3680007
Información Línea 195
www.rafaeluribe.gov.co

Fecha de generación: 16 de enero de 2024 12:59 PM



BOGOTÁ
Secretaría Distrital de Gobierno
Página 1 de 1

LOCALIDAD		RAFAEL URIBE URIBE						
PROYECTO		1658						
COMPONENTE		Dispositivos de asistencia personal - Ayudas Técnicas						
TIPO DE CONTRATO		Convenio Interadministrativo						
VALOR INICIAL PROYECTO		\$ 2.435.622.989						
TIEMPO EJECUCIÓN		11 meses						
		EDAD DE REDDA	VALOR INICIAL	PARTE AD	APORTES FUERA	APORTES S.O.D.	VALORES TOTALES	
1. CONVOCATORIA Y SOCIALIZACIÓN								
1. ETAPA DE CONVOCATORIA Y SOCIALIZACIÓN	1	FASE INICIAL DEL PROYECTO: ACTIVIDADES PROPIAS DE LA COORDINACIÓN DEL PROYECTO QUE INCLUYE PARA EL CASO DE LAS E.S.E. EJECUTORAS: INCLUSIÓN PRESUPUESTAL DEL PROYECTO, ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA LA SELECCIÓN Y EL PROCESO DE CONTRATACIÓN DE TALENTO HUMANO, RECURSOS FÍSICOS, APOYO TECNOLÓGICO, ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE PROYECCIÓN FÍSICO FINANCIERA Y TODOS LOS SOPORTES DOCUMENTALES ESTABLECIDOS PARA DAR INICIO A LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO.	Hora profesional especializado	\$ 52.109	100	\$	\$ 5.210.900	\$ 5.210.900
	2	PRESENTACIONES PÚBLICAS Y SOCIALIZACIÓN: Se realizarán dos presentaciones públicas, una al inicio y otra trascurrido al menos el 80% de la ejecución del proyecto, en la Junta Administradora Local. Adicionalmente, La Junta Administradora Local – JAL, puede solicitar presentaciones adicionales con el fin de conocer los avances en la ejecución del proyecto, las cuales deberán ser atendidas de manera oportuna y detallada frente a lo que se solicita.	Hora profesional especializado	\$ 52.109	9	\$ 468.981	\$ 0	\$ 468.981
			hora profesional de apoyo	\$ 41.914	9	\$ 377.226	\$ 0	\$ 377.226
SUBTOTAL ETAPA 1					\$ 848.207	\$ 5.210.900	\$ 6.059.107	
2. INSCRIPCIÓN								
2. ETAPA DE INSCRIPCIÓN	3	Toda persona de la Localidad Rafael Uribe Uribe, que requiera un Dispositivo de Asistencia Personal – Ayuda Técnica, no incluido en el FBS y que no cuente con los recursos económicos para adquirirlo, deberá inscribirse a través del Link publicado en la página de la Alcaldía Local Rafael Uribe diligenciando el formulario de Inscripción dispuesto para dicho fin. Los candidatos se podrán inscribir de manera directa a través del formulario único de inscripción publicado en la página web de la Alcaldía Local Rafael Uribe Uribe, dicha base se constituirá como un documento de diligenciamiento permanente y dinámico. Se ingresarán los datos del potencial beneficiario en el formulario establecido y publicado el cual consolidará una base de datos denominada "lista de inscritos", la cual será administrada por El Fondo de Desarrollo Local Rafael Uribe Uribe y compartida en tiempo real con el ejecutor. El formulario publicado en la página web no tendrá límite de permanencia, y se indicará la fuente de acceso, se realizarán treinta (30) jornadas de inscripción en 10 puntos estratégicos de la localidad (3 fechas en cada punto) con una duración mínima de 4 horas c/u.	hora profesional de apoyo 1	\$ 41.914	60	\$ 2.514.840	\$	\$ 2.514.840
			hora profesional de apoyo 2	\$ 41.914	60	\$ 2.514.840	\$	\$ 2.514.840
	SUBTOTAL ETAPA 2					\$ 5.029.680	\$	\$ 5.029.680
3. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES E HISTORIA DE VULNERABILIDAD								
3. ETAPA DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y VULNERABILIDAD	4	SELECCIÓN DE POTENCIALES BENEFICIARIOS: La selección de candidatos será realizada por el facilitador local y el profesional de apoyo del proyecto de dispositivos de asistencia personal, a partir de la revisión del listado de inscritos, previamente entregado o de la activación de ruta de búsqueda activa. El facilitador local y su apoyo profesional, deben priorizar los casos por nivel de funcionalidad, historia y condición de vulnerabilidad y orden de llegadas, y realizarán un Plan de Territorialización de las visitas domiciliarias por UPZ (georreferenciación y registro de coordenadas geográficas) para el diligenciamiento del formulario de solicitud y la entrega de documentos regulatorios; de igual forma, orientan e informan a las personas con discapacidad, sus cuidadores y/o familiares acerca de la ruta de acceso y entrega de dispositivos de asistencia personal de manera permanente. Para esta vigencia se espera beneficiar mínimo 700 PcD (o hasta agotar los recursos). Debido a que este proceso se puede realizar a través de contacto telefónico, se estiman 360 horas.	Hora profesional facilitador DAP	\$ 52.109	120	\$ 6.253.080		\$ 6.253.080
			hora profesional de apoyo 1	\$ 41.914	120	\$ 5.029.680	\$ 0	\$ 5.029.680
			hora profesional de apoyo 2	\$ 41.914	120	\$ 5.029.680	\$ 1	\$ 5.029.681
	6	VISITAS DE VULNERABILIDAD: Para verificación de condiciones socioeconómicas y del contexto, se entrega a la persona a procesos de inclusión social y verificación de condiciones para uso y aprovechamiento del dispositivo de asistencia personal. Se realizan 700 visitas de vulnerabilidad a PcD de 1,5 horas cada una, por el profesional del proyecto que tengan experiencia y conocimiento de los lineamientos vigentes para los BAT de la SDES. Es de resaltar que el mínimo de visitas domiciliarias es de 700 pero las mismas quedan ligadas al total de dispositivos de asistencia personal a entregar hasta completar el presupuesto destinado. Se calcula un 5% adicional para las visitas fallidas.	Hora profesional facilitador DAP	\$ 52.109	275	\$ 14.329.975	\$ 0	\$ 14.329.975
			hora profesional de apoyo 1	\$ 41.914	414	\$ 17.352.396	\$ -1	\$ 17.352.395
			hora profesional de apoyo 2	\$ 41.914	413	\$ 17.310.482	\$ 0	\$ 17.310.482
SUBTOTAL ETAPA 3					\$ 35.395.243	\$ 0	\$ 35.395.243	
4. PRESCRIPCIÓN DE DAP								
4. ETAPA DE PRESCRIPCIÓN DE DAP	6	ASISTENCIA PERSONAL: Incluye además de la verificación de prescripción del dispositivo de asistencia personal, la prescripción (forma de medidas en las guías de prescripción dadas por el Incentivo Distrital – SDES). Se realizará la prescripción y tema de medidas inicialmente a las 700 PcD beneficiarias del proyecto. Será ejecutado por los profesionales del proyecto que tengan experiencia y conocimiento de los lineamientos vigentes expedidos por la SDES. NOTA: El número de prescripciones debe coincidir exactamente con el número de ayudas técnicas entregadas. Se calcula un 5% adicional para las visitas fallidas.	Hora profesional facilitador DAP	\$ 52.109	275	\$ 14.329.975	\$ 0	\$ 14.329.975
			hora profesional de apoyo 1	\$ 41.914	414	\$ 17.352.396	\$ 0	\$ 17.352.396
			hora profesional de apoyo 2	\$ 41.914	413	\$ 17.310.482	\$ 0	\$ 17.310.482
SUBTOTAL ETAPA 4					\$ 46.992.853	\$ 0	\$ 46.992.853	
5. APROBACIÓN Y ADQUISICIÓN DAP								
5. ETAPA DE APROBACIÓN Y ADQUISICIÓN DE DAP	7	PROCESO ADMINISTRATIVO PARA LA CONTRATACIÓN DE PROVEEDORES: Comprende el proceso administrativo para la selección y contratación de los proveedores a suministrar los dispositivos.	Hora profesional facilitador DAP	\$ 52.109	70	\$ 3.647.630	0	\$ 3.647.630
	8	GESTION PARA ADQUISICIÓN DE LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL: Una vez presentadas las solicitudes y aprobadas en el Comité Técnico del proyecto. Incluye el acompañamiento al proceso de compras: toma de medidas, prueba de los mismos, verificación de calidad y medidas previas a la entrega. El acompañamiento lo realizará un profesional en el sitio de fabricación de la ayuda técnica.	Hora profesional facilitador DAP	\$ 52.109	200	\$ 10.421.800	\$ 0	\$ 10.421.800
	9	ADQUISICIÓN DE DISPOSITIVO DE ASISTENCIA PERSONAL: Una vez certificada la funcionalidad del dispositivo de asistencia personal de acuerdo con el tipo de discapacidad, se realiza la entrega a mínimo 700 personas con discapacidad, cada dispositivo de asistencia personal tiene un valor promedio por unidad de \$2.430.000. Los recursos de esta actividad deben ser agotados en su totalidad y soportados para verificación por factura de compra. En caso de existir diferencias por compra de dispositivo de asistencia personal a menor valor del presupuesto, los recursos deberán ser reintegrados para ampliación de cobertura hasta alcanzar la totalidad de los recursos destinados para tal fin, aclarando que la entrega para cada uno de los dispositivos de asistencia personal incluye visita de vulnerabilidad y seguimiento, es decir el número de visitas y de seguimiento debe corresponder a la totalidad de los dispositivos de asistencia personal entregados.	Personas con discapacidad beneficiadas con entrega de dispositivos de asistencia personal – ayudas técnicas	\$ 2.762.704	700	\$ 1.926.892.800	\$ 0	\$ 1.926.892.800
SUBTOTAL ETAPA 5					\$ 1.949.962.230	\$ 0	\$ 1.949.962.230	
6. ENTREGA Y SEGUIMIENTO								
6. ETAPA DE ENTREGA Y SEGUIMIENTO	10	ENTREGA DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL A DOMICILIO: Cuando los usuarios presentan dificultades para trasladarse al sitio de la entrega por el tipo de discapacidad que presentan o la falta de un familiar o cuidador, o las condiciones actuales ocasionadas por la pandemia COVID 19. Para esta actividad se tiene destinado 1,5 Horas en el cual se realizará lo siguiente: Entrega y Capacitación a usuario y/o cuidador en el uso y cuidado de la ayuda técnica. Se estima aproximadamente a 120 usuarios.	hora profesional de apoyo	\$ 41.914	180	\$ 7.544.520	\$ 0	\$ 7.544.520
	11	TALLERES DE ENTRENAMIENTO, USO Y CUIDADO DE DISPOSITIVO DE ASISTENCIA PERSONAL: El proceso de entrega está acompañado de talleres de entrenamiento, uso y cuidado dirigidos a las personas con discapacidad y a su cuidador (p). El adecuado uso y manejo también se verificará a través de las visitas de seguimiento., se organizan jornadas de entregas por grupos de usuarios por tipo de ayuda entregada. Realizada por los profesionales del proyecto. Sesiones grupales de una hora x 4 personas	hora profesional de apoyo 1	\$ 41.913	175	\$ 7.334.775	\$ 0	\$ 7.334.775
			hora profesional de apoyo 2	\$ 41.914	175	\$ 7.334.950	\$ 0	\$ 7.334.950
SUBTOTAL ETAPA 6					\$ 22.244.245	\$ 0	\$ 22.244.245	
7. SEGUIMIENTOS								

 <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

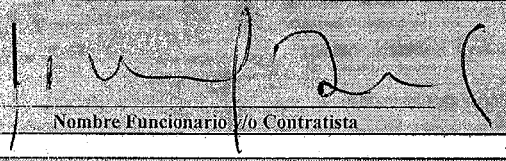
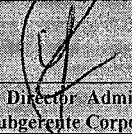
CIUDAD Y FECHA	BOGOTÁ D.C., 18 DE ABRIL DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	LORENZA BECERRA CAMARGO
ÁREA / DEPENDENCIA	DIRECCIÓN INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD
CENTRO DE COSTO	9CVV01-03 738702009
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Se requieren recursos de caja menor por valor de \$386.750, de acuerdo a la cotización adjunta, para la adquisición (impresiones) de piezas comunicativas (afiches, volantes, pendón) necesarias para la convocatoria y socialización del Convenio Interadministrativo No 332/2023, suscrito entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. y el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe.

3. JUSTIFICACIÓN

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., se encuentra ejecutando el Convenio Interadministrativo No 332/2023, suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe, el cual tiene por objeto: *“Aunar esfuerzos administrativos, técnicos y financieros entre el Fondo de Desarrollo Local Rafael Uribe Uribe y la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., para beneficiar personas con discapacidad permanente, residentes en la localidad a través del otorgamiento de dispositivos de asistencia personal-DAP, no incluidos en los planes de beneficios de salud en el marco del proyecto de inversión 1638 y en desarrollo de la política pública distrital y demás normas afines.”* Dentro de las actividades a ejecutar, se encuentra el diseño e impresión de las piezas comunicativas del convenio. Actualmente no se cuenta con un proveedor contratado para el suministro de estos elementos, de acuerdo a la verificación realizada con el almacén, por lo que se hace necesario la compra a través de caja menor. Actualmente se cuenta un proveedor contratado, pero el objeto contractual se encuentra enmarcado a las necesidades el Plan de Intervenciones Colectivas- PS-PIC, por tanto, no es posible realizar la adición y solicitud de las piezas a través de ese contrato, conforme a lo indicado por la Dirección de Contratación.

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:

150

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6196

FECHA

14/05/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

MANTENIMIENTO EQUIPO HOSPITALARIO

VALOR:

\$653.310,00

A SUMA DE:

SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. JMD3922 JIMEDICAL SUMINISTROS SAS NIT900.340.351-3 VÁLVULAS REGULADORAS PARA ODONTOLOGÍA, REQUERIDAS PARA HABILITAR FUNCIONAMIENTO DE UNIDADES ODONTOLÓGICAS Y COMPRESORES EN LA USS CANDELARIA, SOLICITADO POR WILSON FRANCO GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA.

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

✓



JIMEDICAL SUMINISTROS SAS
Suministro de Equipos e Insumos Médicos
NIT: 900340351-3

Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas -IVA
Persona Jurídica
Calle 41 # 26-07, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 310 207 4664
Email. comercial@jimedical.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764044931765 válida desde 2023-02-23 hasta 2024-08-23 rango desde JMD3115 hasta JMD10000.

Cliente: Sub Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
NIT: 900959051-7
Dirección: Diagonal 34 # 5 - 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 1-3444484
Email: cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co

Tipo de negociación: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Fecha de Pago: 17/05/2024
Total de Líneas: 5

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: JMD3922
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 09:16:10
FECHA FIRMADO: 10/05/2024 09:16:13

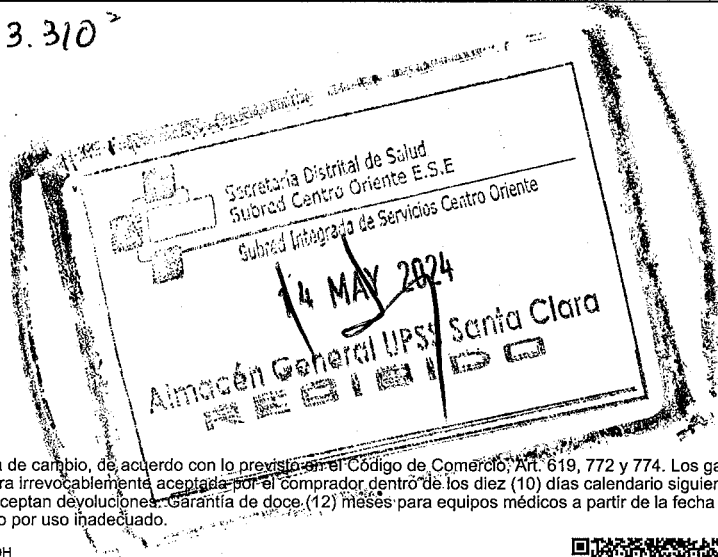
FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
10	05	2024	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	Val-RG	Valvula Reguladora para Odontología	94	2,00	\$135.000,00	IVA	19%	\$51,300.00	0,00	\$270.000,00
2	VAL-Re-P	Valvula Reguladora de Presión	94	1,00	\$80.000,00	IVA	19%	\$15,200.00	0,00	\$80.000,00
3	T3/16	Tee 3/16	94	2,00	\$7.000,00	IVA	19%	\$2,660.00	0,00	\$14.000,00
4	Val-Cav	Valvula Cavitron	94	1,00	\$35.000,00	IVA	19%	\$6,650.00	0,00	\$35.000,00
5	Val-Com	Valvula Ccheck para Compresor	94	2,00	\$75.000,00	IVA	19%	\$28,500.00	0,00	\$150.000,00

Notas:								Subtotal:	\$549.000,00
								Cargos:	\$0.00
								Descuento:	\$0.00
SON: (seiscientos cincuenta y tres mil trescientos diez pesos)								IVA:	\$104.310,00
CUFE: 199ccecc501bfc471d143729c03836a8a2788c71b79d8f10fe0d1060b96e6e92d604518c27f33b13a71b35380db20764								Total:	\$653.310,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
IMPUESTOS			
01 IVA	\$549.000,00	19,00%	\$104.310,00

Cancelado Efectivo \$ 653.310⁰⁰
Representante legal.
Jennifer Jimenez
1052362091
16/May/2024

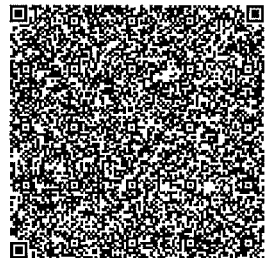


PAGOS: BANCO COLPATRIA - CUENTA AHORROS 4822003641
La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio, de acuerdo con lo previsto en el Código de Comercio, Art. 619, 772 y 774. Los gastos de cobranza judicial o extrajudicial, corren a cargo del deudor. La factura se considera irrevocablemente aceptada por el comprador dentro de los diez (10) días calendario siguientes a su recepción, si no reclama en contra de su contenido. Ley 1231 de 2017. No se aceptan devoluciones. Garantía de doce (12) meses para equipos médicos a partir de la fecha de entrega. Ampara defectos de fabricación. No aplica para consumibles e insumos, ni daño por uso inadecuado.

Firma Digital: CjQVlvXFZXDQqGj8kc9/BKPGcXsQhAWuU+GeGikjAk8B0wsNQxC5W+MNQbok1DH
9AODcaNfmgPw9TCakezUBUW4b1seMplpKu4vheSVHkYKZ
t/bAwQ1qZEnAy5 n/nWY2gGNrtvHU/d9na9F1oLl3qeR8ThS7RIBzplWSmZixYwkQtrfQeJzUoj64F3 8hiABnJnaH62H7O3Xs0YnGA7WwdvJp3OWCM
P8uCG93Ks5V1S3GG7KhvN6WpBpyA NLqIH7+fcXDmXQrZit6EvPqnlwfd15Dl0GniOqhotbwqL3HXNPVTVBvdZEI4GH/ klrpN1AynGGsbzSC9G
cQ==


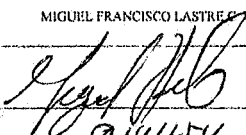
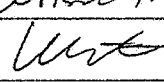
Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.


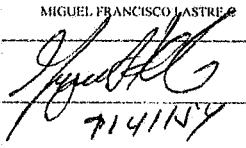
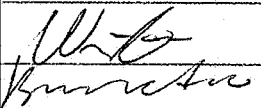


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				CÓDIGO: AP-RF-FT-006	
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS				VERSIÓN: 01	
FORMATO SERVICIO TÉCNICO				FECHA: 2017-02-03	
FECHA		16-04-24		REPORTE N°	SUBREDCO
HORA INICIO				HORA FINAL	
DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	NOMBRE	Unidad odontológica		UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	UNIDAD SANCRISTOBAL
	MARCA	EXUS		SEDE	Condellaria
	MODELO	Evolucion		ÁREA O SERVICIO	Odontología
	SERIE	B3 registra		PROPIO	X
	# DE ACTIVO	3675		COMODATO	
SOLICITUD SERVICIO TÉCNICO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCIÓN DE LA FALLA/DIAGNOSTICO			
	MANTENIMIENTO PREVENTIVO				
	MANTENIMIENTO CORRECTIVO	X Fuga en caja de conexión y daño de filtro			
	INSTALACIÓN				
RECEPCIÓN SERVICIO	LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN		OBSERVACIONES		
	CUMPLE	X	NO CUMPLE		
EVALUACIÓN TÉCNICA	ACTIVIDADES GENERALES DE MANTENIMIENTO		CHECK	OBSERVACIONES	
	Inspección de Condiciones ambientales			Se realizó cambio de la valvula de reguladora, una TEG 3116 en suacor.	
	Verificación del Sistema Neumático				
	Verificación del Sistema eléctrico				
	Verificación del Sistema electrónico				
	Verificación del Sistema Mecánico				
	Verificación del Sistema Óptico				
	Verificación de Sistema de Alarmas y Seguridad				
	Verificación de Sistemas de Control				
	Verificación de Sistemas Visuales y Auditivos				
	Verificación de Parámetros de Medición				
	Verificación de Accesorios				
	Verificación de Estado físico				
	Verificación y Ajuste de Software				
	Verificación de Base Rodante o Soporte				
	Limpieza Interna y Externa				
	Lubricación de Componentes Mecánicos				
	Ajuste del Sistema				
	Prueba de funcionamiento con operador				
	Prueba de funcionamiento final				
Actividades de acuerdo a manual					
REPUESTOS, ACCESORIOS Y/O CONSUMIBLES	DESCRIPCIÓN		CANT	DESCRIPCIÓN	
RESULTADOS	EQUIPO FUNCIONANDO CORRECTAMENTE		X	OBSERVACIONES	
	EQUIPO FUNCIONANDO CON LIMITACIONES				
	EQUIPO PUESTO FUERA DE SERVICIO				
	RECOMENDACIÓN BAJA DEL EQUIPO				
	EQUIPO APLICA VERIFICACION METROLOGICA (VER ANEXO)				
ENTREGA SERVICIO	NOMBRE QUIEN REALIZA	MIGUEL FRANCISCO LAFRE C		NOMBRE QUIEN RECIBE A CONFIRMIDAD	carlos franco
	FIRMA/SELLO:			FIRMA/SELLO:	
	CARGO:	TECNICO OPERATIVO		CARGO:	muñetun

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				CÓDIGO: AP-RF-47-006			
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS				VERSIÓN: 01			
FORMATO SERVICIO TÉCNICO				FECHA: 2017-02-03			
FECHA		05-04-24		REPORTE N°	SUBREDCO		
HORA INICIO				HORA FINAL			
DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	NOMBRE	Compressor	UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	UNIDAD SANCRISTOBAL	PROPIO	X	
	MARCA	SHU112			COMODATO		
	MODELO	3 HP Paleda			GARANTÍA		
	SERIE	20 reg. 1/2"		SEDE	Candelaria	OTROS	
	# DE ACTIVO	204		ÁREA O SERVICIO	Odontología		
SOLICITUD SERVICIO TÉCNICO	DIAGNOSTICO		DESCRIPCIÓN DE LA FALLA/DIAGNOSTICO				
	MANTENIMIENTO PREVENTIVO						
	MANTENIMIENTO CORRECTIVO	X					
	INSTALACIÓN						
RECEPCIÓN SERVICIO	LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN		OBSERVACIONES				
	CUMPLE	X	NO CUMPLE				
EVALUACIÓN TÉCNICA	ACTIVIDADES GENERALES DE MANTENIMIENTO		CHECK	OBSERVACIONES			
	Inspección de Condiciones ambientales			Se realiza instalación de las valvulas check Una valvula check tipo estandar. Filtro de Aire tipo diesel. Pruebas de funcionamiento correctas.			
	Verificación del Sistema Neumático						
	Verificación del Sistema eléctrico						
	Verificación del Sistema electrónico						
	Verificación del Sistema Mecánico						
	Verificación del Sistema Óptico						
	Verificación de Sistema de Alarmas y Seguridad						
	Verificación de Sistemas de Control						
	Verificación de Sistemas Visuales y Auditivos						
	Verificación de Parámetros de Medición						
	Verificación de Accesorios						
	Verificación de Estado físico						
	Verificación y Ajuste de Software						
	Verificación de Base Rodante o Soporte						
	Limpieza Interna y Externa						
	Lubricación de Componentes Mecánicos						
	Ajuste del Sistema						
	Prueba de funcionamiento con operador						
Prueba de funcionamiento final							
Actividades de acuerdo a manual							
REPUESTOS ACCESORIOS Y/O CONSUMIBLES	DESCRIPCIÓN		CANT.	DESCRIPCIÓN			
RESULTADOS	EQUIPO FUNCIONANDO CORRECTAMENTE		X	OBSERVACIONES			
	EQUIPO FUNCIONANDO CON LIMITACIONES						
	EQUIPO PUESTO FUERA DE SERVICIO						
	RECOMENDACIÓN BAJA DEL EQUIPO						
	EQUIPO APLICA VERIFICACIÓN METROLOGICA (VER ANEXO)						
ENTREGA SERVICIO	NOMBRE QUIEN REALIZA	MIGUEL FRANCISCO LASTRE C	NOMBRE QUIEN RECIBE A CONFORMIDAD	Wilson Franco			
	FIRMA/SELLO:		FIRMA/SELLO:				
	CARGO:	TECNICO OPERATIVO	CARGO:	Bureta			

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-006	
		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 01	
		FORMATO SERVICIO TÉCNICO		FECHA: 2017-02-03	
FECHA		05-04-2024		SUBREDCO	
HORA INICIO				HORA FINAL	
DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	NOMBRE	Compresor		UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	UNIDAD SANCRISTOBAL
	MARCA	SH 1117			COMODATO
	MODELO	3 HP			GARANTÍA
	SERIE	No registra			OTROS
	# DE ACTIVO	2640			
SOLICITUD SERVICIO TÉCNICO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCIÓN DE LA FALLA/DIAGNOSTICO			
	MANTENIMIENTO PREVENTIVO				
	MANTENIMIENTO CORRECTIVO				
	INSTALACIÓN				
RECEPCIÓN SERVICIO	LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN		OBSERVACIONES		
	CUMPLE	X	NO CUMPLE		
EVALUACIÓN TÉCNICA	ACTIVIDADES GENERALES DE MANTENIMIENTO		CHECK	OBSERVACIONES	
	Inspección de Condiciones ambientales			Se realiza instalación de las valvulas check una valvula check sfender. filtro de aire tipo dual. y ajuste de la campana protectora de la polea.	
	Verificación del Sistema Neumático				
	Verificación del Sistema eléctrico				
	Verificación del Sistema electrónico				
	Verificación del Sistema Mecánico				
	Verificación del Sistema Óptico				
	Verificación de Sistema de Alarmas y Seguridad				
	Verificación de Sistemas de Control				
	Verificación de Sistemas Visuales y Auditivos				
	Verificación de Parámetros de Medición				
	Verificación de Accesorios				
	Verificación de Estado físico				
	Verificación y Ajuste de Software				
	Verificación de Base Rodante o Soporte				
	Limpieza Interna y Externa				
	Lubricación de Componentes Mecánicos				
	Ajuste del Sistema				
	Prueba de funcionamiento con operador				
Prueba de funcionamiento final					
Actividades de acuerdo a manual					
REPUESTOS, ACCESORIOS Y/O CONSUMIBLES	DESCRIPCIÓN		CANT	DESCRIPCIÓN	
RESULTADOS	EQUIPO FUNCIONANDO CORRECTAMENTE		X	OBSERVACIONES	
	EQUIPO FUNCIONANDO CON LIMITACIONES				
	EQUIPO PUESTO FUERA DE SERVICIO				
	RECOMENDACIÓN BAJA DEL EQUIPO				
	EQUIPO APLICA VERIFICACION METROLOGICA (VER ANEXO)				
ENTREGA SERVICIO	NOMBRE QUIEN REALIZA	MIGUEL FRANCISCO LASTRE		NOMBRE QUIEN RECIBE A CONFORMIDAD	Civilian fmas
	FIRMA/SELLO:			FIRMA/SELLO:	
	CARGO:	TECNICO OPERATIVO		CARGO:	Manuel

155

 <div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO SERVICIO TÉCNICO</div>		CÓDIGO: AP-RF-FT-006 VERSIÓN: 01 FECHA: 2017-02-03				
FECHA: 10-04-24		REPORTE N°:	SUBREDCO:			
HORA INICIO:		HORA FINAL:				
DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	NOMBRE: Unidad odontológica	UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	UNIDAD SANCRISTOBAL	PROPIO	X	
	MARCA: Grady 5			COMODATO		
	MODELO: Electrica			GARANTÍA		
	SERIE: No registrada		SEDE: Candelaria	OTROS		
	# DE ACTIVO: MED 02614		ÁREA O SERVICIO: Odontología			
SOLICITUD SERVICIO TÉCNICO	DIAGNÓSTICO	DESCRIPCIÓN DE LA FALLA/DIAGNÓSTICO:				
	MANTENIMIENTO PREVENTIVO					
	MANTENIMIENTO CORRECTIVO					X
	INSTALACIÓN					
RECEPCIÓN SERVICIO	LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN		OBSERVACIONES			
	CUMPLE	X				NO CUMPLE
EVALUACIÓN TÉCNICA	ACTIVIDADES GENERALES DE MANTENIMIENTO		CHECK	OBSERVACIONES Se realizó cambio de calula reguladora con Altro caja de conexiones, una TEE en cobre calibre 3/16.		
	Inspección de Condiciones ambientales					
	Verificación del Sistema Neumático					
	Verificación del Sistema eléctrico					
	Verificación del Sistema electrónico					
	Verificación del Sistema Mecánico					
	Verificación del Sistema Óptico					
	Verificación de Sistema de Alarmas y Seguridad					
	Verificación de Sistemas de Control					
	Verificación de Sistemas Visuales y Auditivos					
	Verificación de Parámetros de Medición					
	Verificación de Accesorios					
	Verificación de Estado físico					
	Verificación y Ajuste de Software					
	Verificación de Base Rodante o Soporte					
	Limpieza Interna y Externa					
	Lubricación de Componentes Mecánicos					
	Ajuste del Sistema					
	Prueba de funcionamiento con operador					
	Prueba de funcionamiento final					
Actividades de acuerdo a manual						
REPUESTOS, ACCESORIOS Y/O CONSUMIBLES	DESCRIPCIÓN	CANT	DESCRIPCIÓN	CANT		
RESULTADOS	EQUIPO FUNCIONANDO CORRECTAMENTE	X	OBSERVACIONES			
	EQUIPO FUNCIONANDO CON LIMITACIONES					
	EQUIPO PUESTO FUERA DE SERVICIO					
	RECOMENDACIÓN BAJA DEL EQUIPO					
	EQUIPO APLICA VERIFICACION METROLOGICA (VER ANEXO)					
ENTREGA SERVICIO	NOMBRE QUIEN REALIZA	MIGUEL FRANCISCO LASTRE	NOMBRE QUIEN RECIBE A CONFORMIDAD	Wilson Franco		
	FIRMA/SELLO:		FIRMA/SELLO:			
	CARGO:	7141N4 TÉCNICO OPERATIVO	CARGO:	Kunretho		

Jimedical Suministros S.A.S.
NIT. 900.340.351-3
Contacto: 310 2074664
Email: comercial@jimedical.com
Bogotá - Colombia



COTIZACIÓN

FECHA: 22/04/2024
COTIZACIÓN #: JMD-1740
CLIENTE ID: 201
VALIDO HASTA: 30/04/2024

156
cond...

CLIENTE
Nombre: Sub Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
Email: cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co
Dirección: Diagonal 34 # 5 - 43
Ciudad: Bogotá
Teléfono: 1-3444484-

CODIGO	DESCRIPCION	CANT.	PRECIO	SUB-TOTAL	IMPUESTO	TOTAL
VL-RG	Valvula Reguladora para Odontología	2	\$ 135.000,00	\$ 270.000,00	\$ 51.300,00	\$ 321.300,00
AL-REGULAD	Valvula Reguladora para Odontología	1	\$ 80.000,00	\$ 80.000,00	\$ 15.200,00	\$ 95.200,00
11/11/1900	Tee 3/16	2	\$ 7.000,00	\$ 14.000,00	\$ 2.660,00	\$ 16.660,00
CL-HM	Valvula para conectar cavitron	1	\$ 35.000,00	\$ 35.000,00	\$ 6.650,00	\$ 41.650,00
Check	Valvula check para compresor	2	\$ 75.000,00	\$ 150.000,00	\$ 28.500,00	\$ 178.500,00

TÉRMINOS Y CONDICIONES

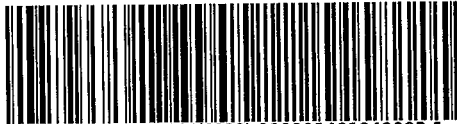
Oferta: Entrega en Plaza
Forma de Pago: Contado
Consignación: Cta Ahorros Colpatría - 4822003641 - Jimedical Suministros SAS
Tiempo de Entrega: Inmediata Salvo Venta Previa
Garantía: Doce (12) meses para Equipos Médicos
No aplica para consumibles o insumos, ni daño por uso inadecuado

Subtotal	\$ 549.000,00
Total Impuesto	\$ 104.310,00
TOTAL	\$ 653.310,00

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta cotización, por favor, póngase en contacto con nosotros
| E-mail: comercial@jimedical.com | Bogotá - Colombia
Gracias por hacer negocios con nosotros!

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14919490931



(415)7707212489984(8020) 000001491949093 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 3 4 0 3 5 1 6. DV 3 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 14. Buzón electrónico 3 2

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 JIMEDICAL SUMINISTROS SAS

36. Nombre comercial 37. Sigla

UBICACIÓN

País COLOMBIA 1 6 9 39. Departamento Bogotá D.C. 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal CL 41 26 07

42. Correo electrónico comercial@jimedical.com

43. Código postal 44. Teléfono 1 3 1 0 2 0 7 4 6 6 4 45. Teléfono 2 6 0 1 7 9 7 8 6 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica 50. Código 1 4 6 4 5 2 52. Número establecimientos 51. Código

Responsabilidades, Calidades y Atributos 53. Código 5 7 9 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5

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. Código 2 3 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 2023 - 06 - 09 / 10 : 06: 18

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:

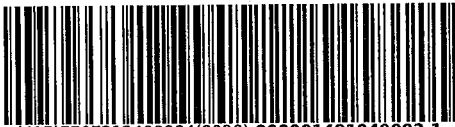
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:

984. Nombre JIMENEZ BARREIRO JENNIFER LIBANDY 985. Cargo Representante legal Certificado

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14919490931



(415)7707212489984(8020) 000001491949093 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 3 4 0 3 5 1	3	Impuestos de Bogotá	

Representación			
98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación	
REPRS LEGAL PRIN		2 0 2 0 0 1 2 4	
100. Tipo de documento	101. Número de identificación		102. DV 103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan	1 0 3 2 3 6 2 0 9 1		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
JIMENEZ	BARREIRO	JENNIFER	LIBANDY
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	
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	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14919490931



(415)7707212489984(8020) 000001491949093 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 3 4 0 3 5 1	3	Impuestos de Bogotá	2

Revisor Fiscal y Contador

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
------------------------	-------------------------------	---------	------------------------------------

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
----------------------	-----------------------	--------------------	--------------------

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada
--	---------	---------------------------------

135. Fecha de nombramiento

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

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
------------------------	-------------------------------	---------	------------------------------------

Cédula de Ciudadanía	1 3	8 0 7 9 3 6 5 5	2 4 4 5 7 7
----------------------	-----	-----------------	-------------

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
----------------------	-----------------------	--------------------	--------------------

ZAMBRANO	MARIN	JOHN	FREDY
----------	-------	------	-------

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada
--	---------	---------------------------------

159. Fecha de nombramiento

2 0 2 3 0 1 2 4

160. Tipo de documento

161. Número de identificación

162. DV

163. Número de tarjeta profesional

164. Fecha de nombramiento

165. Tipo de documento

166. Número de identificación

167. DV

168. Número de tarjeta profesional

169. Fecha de nombramiento

170. Tipo de documento

171. Número de identificación

172. DV

173. Número de tarjeta profesional

174. Fecha de nombramiento

175. Tipo de documento

176. Número de identificación

177. DV

178. Número de tarjeta profesional

179. Fecha de nombramiento

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTA 6 DE MAYO 2024,	
NOMBRE FUNCIONARIO	WILSON FRANCO	
AREA / DEPENDENCIA	GESTION DE LATECNOLOGIA BIOMEDICA	
CENTRO DE COSTO	ODONTOLOGIA USS ACNDELARIA 40001 731202005	
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	USS CANDELARIA	

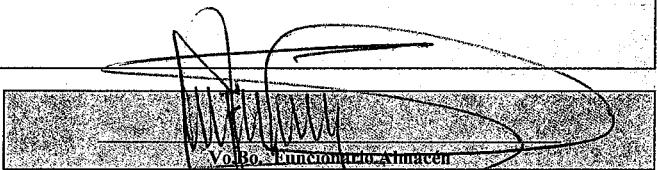
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

1 - VALVULA REGULADORA PARA ODONTOLOGIA -2 VALVULA REGULADORA CON FILTRO Y MANOMETRO - 3 TEE RACOR 3/16-1- VALVULA PARA CONEXCION CAVITRON -2- VALVULA CHECK COMPRESOR


3. JUSTIFICACIÓN

ACCESORIOS PARA HABILITAR FUNCIONAMIENTO DE UNIDADES ODONTOLOGICA Y COMPRESORES USS CANDELARIA

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X



Vo.Bo. Funcionario Almacén



Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo



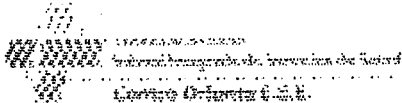
Nombre Funcionario y/o Contratista

5. OBSERVACIÓN:

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

Fecha Actual : jueves, 16 mayo 2024

1/1



COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000000076343

PROVEEDOR: HIMEDICAL LIMITADA
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.)
DIRECCION: CL 41 N 26 - 7
TELEFONO: 7978683
Nº FACTURA: IMD3922

NTI: 900340351

FECHA: 15/05/2024 09:20 a.m.
ESTADO: Confirmado
MONEDA: Pesos
TASA CAM: 0.00
FECHA FAC: 10/05/2024 12:00 a.m.

% ICA: 0.0000 PLAZO: 0

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
132RM013812	VALVULA REGULADORA DE AGUA	UNIDAD	2.00	\$ 135.000,00	\$ 270.000,00	0.00	19.00
132RM014363	REGULADOR DE PRESION	UNIDAD	1.00	\$ 80.000,00	\$ 80.000,00	0.00	19.00
153CH014243	TEE	UNIDAD	2.00	\$ 7.000,00	\$ 14.000,00	0.00	19.00
152RM014528	VALVULA EYECTORA PARA ALTA Y BAJA	UNIDAD	1.00	\$ 33.000,00	\$ 33.000,00	0.00	19.00
152RM014533	AUTOMATICO PARA COMPRESOR DE 2 CABALLOS	UNIDAD	2.00	\$ 75.000,00	\$ 150.000,00	0.00	19.00

DETALLE

CAJA MENOR ODONTOLOGIA CANDELARIA, DIGITA LUDY

SUBTOTAL:	\$ 543.000,00
DESCUENTO:	\$ 0,00
IMPUESTO:	\$ 104.310,00
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:	\$ 653.310,00

TOTAL COMPROBANTE:

SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS CON CERO CIVE M/Cts.

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Revisado Impuestos

824 670

296




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

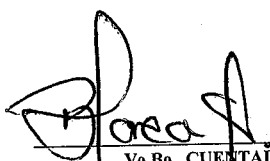
CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6197	FECHA	14/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MANTENIMIENTO EQUIPO HOSPITALARIO		
VALOR:	\$171.360,00		
LA SUMA DE:	CIENTO SETENTA Y UN MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS M.CTE.		

CONCEPTO:	FACTURA No. JMD3921 JIMEDICAL SUMINISTROS SAS NIT900.340.351-3 TANQUES DE RESERVA DE AGUA PARA UNIDADES ODONTOLÓGICAS, REQUERIDAS PARA REEMPLAZO DE TANQUES ACTUALES EN LA USS CÁRCEL DISTRITAL, SOLICITADO POR ADRIANA VERANO LIDER GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA.
-----------	--


Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bo. CUENTADANTE

12811

*

163



JIMEDICAL SUMINISTROS SAS
Suministro de Equipos e Insumos Médicos

NIT: 900340351-3
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas -IVA
Persona Jurídica
Calle 41 # 26-07, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 310 207 4664
Email. comercial@jimedical.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764044931765 válida desde 2023-02-23 hasta 2024-08-23 rango desde JMD3115 hasta JMD10000.

Cliente: Sub Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
NIT : 900959051-7
Dirección: Diagonal 34 # 5 - 43, Bogotá, D.C., Bogotá??, Colombia
Teléfono: 1-3444484
Email: cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co

Tipo de negociación: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Fecha de Pago: 17/05/2024
Total de Líneas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA : JMD3921
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 09:05:58
FECHA FIRMADO: 10/05/2024 09:06:01

FECHA DE EMISIÓN: 10/05/2024
FECHA DE VENCIMIENTO: 17/05/2024

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	TQ-Agua -1L	Tanque de Reserva de agua de 1 Litro para Unidad Odontológica Marca: Nacional	94	3,00	\$48.000,00	IVA	19%	\$27.360,00	0,00	\$144.000,00

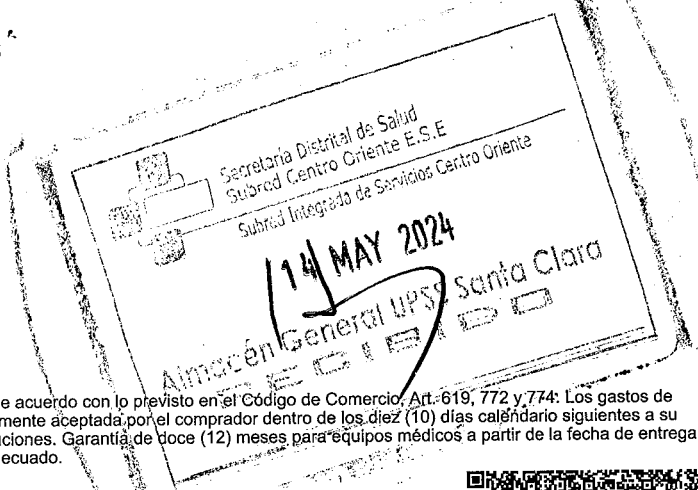
Notas:

Subtotal: \$144.000,00
Cargos: \$0.00
Descuento: \$0.00
IVA: \$27.360,00
Total: \$171.360,00

SON: (ciento setenta y un mil trescientos sesenta pesos)
CUFE: 20efe60f735ee1a7ee70255a54807779ae4c6eca46c169628ddda1db7ca18083140edd1fc9d65f78070b904964b1829

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
IMPUESTOS			
01 IVA	\$144.000,00	19,00%	\$27.360,00

Cancelado Efectivo \$171.360
Representante legal
Jenniffer Jimenez
16/MAY/2024

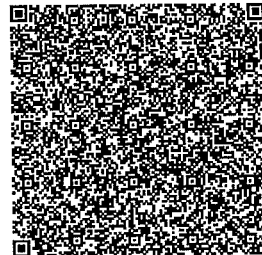


PAGOS: BANCO COLPATRIA - CUENTA AHORROS 4822003641
La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio, de acuerdo con lo previsto en el Código de Comercio, Art. 619, 772 y 774. Los gastos de cobranza judicial o extrajudicial, corren a cargo del deudor. La factura se considera irrevocablemente aceptada por el comprador dentro de los diez (10) días calendario siguientes a su recepción, si no reclama en contra de su contenido. Ley 1231 de 2017. No se aceptan devoluciones. Garantía de doce (12) meses para equipos médicos a partir de la fecha de entrega. Ampara defectos de fabricación. No aplica para consumibles e insumos, ni daño por uso inadecuado.

Firma Digital: LmLhUfoci9K1141+1k5k8+GeVONIWeb9QyaH4M3lyR6piGH3gg5ypHMeMrGsiv5
6udFmnyQZUuLkznk8Kj6MjAQ6EgAakVmxQDQ2fAN/ZqNHNVBX
c0e42UBoMSYuo6KTpc0IU5ai3AMSYvIBIouhmzQfww19Ue7QirNyohF1bp7XDPvZZXGdFr1zr1 OTCJBU7dJCUJGulgoPvH65qsCpb4j0AJDf
APanDmWsvKOnPB/g6xWDBKdNyuRu OZWCCexBomdMTGDN4ccemjm0fuXmX8aVcyX3mRDoshL6McG+ub0e7vOTsR46l dN4h9U75nDBzNnlxASbG
iA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



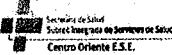
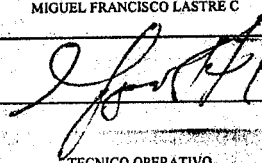
164

FECHA	17/04/2024
COTIZACIÓN #	JMD-1734
CLIENTE ID	201
VALIDO HASTA	30/04/2024

Subtotal	\$ 144.000,00
Total Impuesto	\$ 27.360,00
TOTAL	\$ 171.360,00

Oferta: Entrega en Plaza
Forma de Pago: Contado
Consignación: Cta Ahorros Colpatria - 4822003641 - Jimedical Suministros SAS
Tiempo de Entrega: Inmediata Salvo Venta Previa
Garantía: Doce (12) meses para Equipos Médicos
No aplica para consumibles o insumos, ni daño por uso inadecuado

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta cotización, por favor, póngase en contacto con nosotros
| E-mail: comercial@jmedical.com | Bogotá · Colombia
Gracias por hacer negocios con nosotros!

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-RF-FI-006	
Secretaría de Salud		APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		VERSIÓN: 01	
Centro Oriente E.S.E.		FORMATO SERVICIO TÉCNICO		FECHA: 2017-02-03	
FECHA: 12-09-12		REPORTE N°:		SUBREDCO	
HORA INICIO:		HORA FINAL:			
DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	NOMBRE	UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		UNIDAD SANCRISTOBAL	PROPIO <input checked="" type="checkbox"/>
	MARCA			COMODATO	
	MODELO			GARANTIA	
	SERIE			OTROS	
	# DE ACTIVO				
SOLICITUD SERVICIO TÉCNICO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCIÓN DE LA FALLA/DIAGNOSTICO			
	MANTENIMIENTO PREVENTIVO				
	MANTENIMIENTO CORRECTIVO	Equipo no tiene torque agua sucia			
	INSTALACIÓN				
RECEPCIÓN SERVICIO	LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN		OBSERVACIONES		
	CUMPLE	X	NO CUMPLE		
EVALUACIÓN TÉCNICA	ACTIVIDADES GENERALES DE MANTENIMIENTO		CHECK	OBSERVACIONES	
	Inspección de Condiciones ambientales			Equipo con fuga	
	Verificación del Sistema Neumático			Elevador y Filtros	
	Verificación del Sistema eléctrico			Agua de calefacción	
	Verificación del Sistema electrónico				
	Verificación del Sistema Mecánico				
	Verificación del Sistema Óptico				
	Verificación de Sistema de Alarmas y Seguridad				
	Verificación de Sistemas de Control				
	Verificación de Sistemas Visuales y Auditivos			Equipo se malata en	
	Verificación de Parámetros de Medición			Reservorio deposita	
	Verificación de Accesorios			de agua, 2º piso	
	Verificación de Estado físico			HSS y una en prensa	
	Verificación y Ajuste de Software				
	Verificación de Base Rodante o Soporte				
	Limpieza Interna y Externa				
	Lubricación de Componentes Mecánicos				
Ajuste del Sistema					
Prueba de funcionamiento con operador					
Prueba de funcionamiento final					
Actividades de acuerdo a manual					
REPUESTOS ACCESORIOS Y/O CONSUMIBLES	DESCRIPCIÓN	CANT.	DESCRIPCIÓN	CANT.	
RESULTADOS	EQUIPO FUNCIONANDO CORRECTAMENTE	X	OBSERVACIONES		
	EQUIPO FUNCIONANDO CON LIMITACIONES				
	EQUIPO PUESTO FUERA DE SERVICIO				
	RECOMENDACIÓN BAJA DEL EQUIPO				
	EQUIPO APLICA VERIFICACIÓN METROLOGICA (VER ANEXO)				
ENTREGA SERVICIO	NOMBRE QUIEN REALIZA	MIGUEL FRANCISCO LASTRE C	NOMBRE QUIEN RECIBE A CONFORMIDAD	Angie Galarza	
	FIRMA/SELLO		FIRMA/SELLO	Angie Galarza Torres	
	CARGO	TECNICO OPERATIVO	CARGO	CC 1033709212	
				Aux. Salud Oral	

<div>DIAN</div> <div>POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA</div>		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 14919490931			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 3 4 0 3 5 1		6. DV 3		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 JIMEDICAL SUMINISTROS SAS	
36. Nombre comercial		37. Signo		38. País COLOMBIA	
39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		41. Dirección principal CL 41 26 07	
42. Correo electrónico comercial@jimedical.com		43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 0 2 0 7 4 6 6 4	
45. Teléfono 2 6 0 1 7 9 7 8 6 8 5		CLASIFICACIÓN		Ocupación	
Actividad económica		Actividad principal		Actividad secundaria	
Otras actividades		51. Código		52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 7 9 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5					
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. Código 2 3					
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 2023-06-09/10:06:18					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión o cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar falsedad 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 JIMENEZ BARREIRO JENNIFER LIBANDY					
985. Cargo Representante legal Certificado					

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTA, 6 DE MAYO 2024.
NOMBRE FUNCIONARIO	ADRIANA VERANO
ÁREA / DEPENDENCIA	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA
CENTRO DE COSTO	ODONTOLOGIA 6CDO001 731202005
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	CARCEL DISTRITAL

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

TANQUE DE RESERVA DE AGUA PARA UNIDAD ODONTOLOGICA

3. JUSTIFICACIÓN

SE REQUIERE REMPLAZO DE TANQUES ACTUALES DE LAS UNIDADES ODONTOLOGICAS.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X


Vo.Bo. Funcionario Almacén


Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

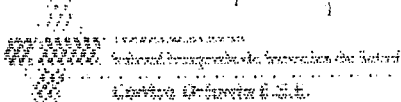
5. OBSERVACIÓN:

COTIZACION No JMD- 1734. EMPRESA JIMEDICAL POR VALOR \$ 171,360 (CIENTO SETENTA Y UN MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS PESOS MCTE)

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

Fecha Actual : jueves, 16 mayo 2024

1/1



COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000000076369

PROVEEDOR: HMDICAL LIMITADA NIT: 900340351 FECHA: 16/05/2024 09:02 a.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CL 41 N 26 - 7 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 7978683 TASA CAM: 0.00
Nº FACTURA: /MD39211 % ICA: 0.0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 16/05/2024 12:00 a.m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
132FM01481	TANQUE DE RESERVOIRIO UNIDAD ODONTOLÓGICA	UNIDAD	3.00	142.000.00	144.000.00	0.00	19.00

DETALLE	SUBTOTAL:	144.000.00
CAJA MENOR, INSUMO PARA LA CARCEL DISTRITAL, SEGUN VISTO BUENO BIOMEDICA	DESCUENTO:	10.00
ADRIANA VERANO, DIGITA LUDY TORRES	IMPUESTO:	127.360.00
	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:	171.360.00

TOTAL COMPROBANTE:
CIENTO SETENTA Y UN MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS CON CERO CIVE M/Cd.

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Revisado Impuestos

6197

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6198	FECHA	15/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MANTENIMIENTO EQUIPO HOSPITALARIO		
VALOR:	S324.000,00		
LA SUMA DE:	TRESCIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS M.CTE.		

CONCEPTO:

FACTURA No. FEV 2646 JUAN CARLOS MEDAGLIA CASTAÑO NIT79.400.392-6 CARCASA DE 10° TRANSPARENTE CONEXIÓN 1/2 CON BOTÓN DE PURGA, NECESARIO PARA CAMBIO PERIODICO DE FILTROS Y CARCAZA PARA FILTRAR EL AGUA QUE SE SUMINISTRA AL EQUIPO AUTOCLAVE DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN EN EL HOSPITAL SANTA CLARA, SOLICITADO POR ADRIANA VERANO LIDER GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA.


Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bo. CUENTADANTE

13812

*

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
c70811a4cadced8e98b727530d7b9a6b245248e9aa7407ddd51883ec7f11cac5b9d1f4f666c659d8cb13a8be50a28865
Número de Factura: FEV-2646
Fecha de Emisión: 15/05/2024
Fecha de Vencimiento: 15/05/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Orden de pedido: COTIZACIÓN No 370 -2.024
Fecha de orden de pedido: 07/05/2024

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: MEDAGLIA CASTAÑO JUAN CARLOS
Nombre Comercial: MEDAGLIA CASTAÑO JUAN CARLOS
Nit del Emisor: 79400392
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 4774
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 22 12 A 54
Teléfono / Móvil: 6755865
Correo: jcmedaglia@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

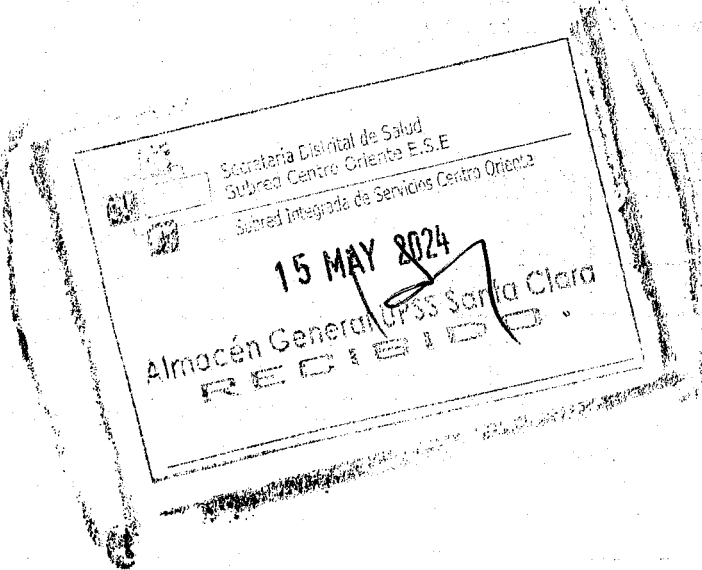
Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959051
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: DG 34 5 43
Teléfono / Móvil: 302 329 0575
Correo: subcentrooriente@saludcapital.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	890	Carcasa 10" transparente conexión 1/2" con botón de purga	NIU	3,00	\$ 60.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 180.000,00
2	890	PP 10" 5M	NIU	12,00	\$ 12.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 144.000,00

Notas Finales

Bancolombia ahorros N°75041860201 Davivienda corriente N°462960003723
Linea de negocio: MARIANA VALENCIA



Mariela Zumbi
15-05-24.

Aguafiltros !

Agua limpia, fresca y saludable

Bogotá , 21 de Mayo del año 2.024

AUTORIZACIÓN

Yo, Juan Carlos Medaglia Castaño identificado con RUT No 79.400.392-6 de Bogotá, autorizo a la **Sra. Yulieth Stefanny Guevara Ortega** identificada con CC No 1.070.730.047 de Bogotá, a recibir el dinero en efectivo correspondiente a la FEV No 2646 emitida a Nombre de SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DE CENTRO ORIENTE E.S.E por valor de \$ 324.000 (Trescientos veinticuatro mil pesos ml).

Agradeciendo de antemano su atención a la presente, se suscribe de Ustedes muy atentamente,



JUAN CARLOS MEDAGLIA CASTAÑO

CC 79.400.392 de Bogotá

Propietario

Sala de Exhibición y Ventas: Carrera 22 No 12 A – 54 Bogotá

Teléfono: 601 675 58 65

Aguafiltros

COTIZACIÓN No 370 -2.024

Bogotá, 07 de Mayo del año 2.024

Señores

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

Nit : 900.959.051-7

Sra Marcela Escobar

Teléfono: 601 344 4484

Celular : 320 233 5921 / 304 359 7057

Dirección : Carrera 14 B No 1-45 sur

Hospital Santa Clara

Ciudad : Bogotá

E-mail : tecnovigilancia@subredcentrooriente.gov.co

JUAN CARLOS MEDAGLIA CASTAÑO

RUT 79400392-6

NO responsable de IVA

TEL : 601 675 58 65

Dirección : Carrera 22 No 12 A 54 Bogotá DC

www.aguafiltros.com.co

DESCRIPCIÓN

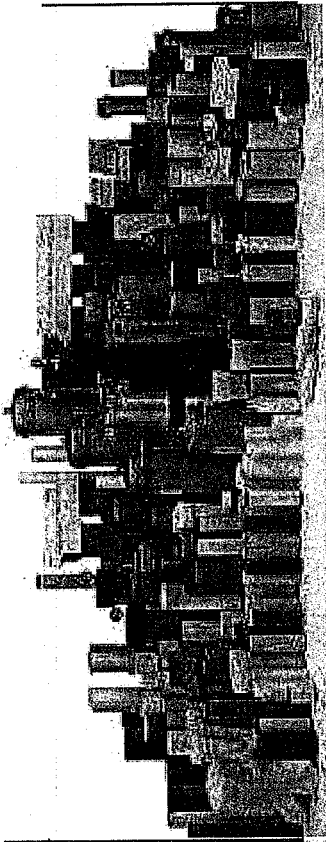
Referencias específicas solicitadas por la Subred

DETALLE

	Cantidad	Pr. Unit \$	Precio Total \$
Carcasa 10" transparente conexión 1/2" con boton de purga	3	60.000	180.000
PP 10" 5M	12	12.000	144.000
			-
Totales \$			324.000
Son : Trescientos veinticuatro mil pesos m/l			

Condiciones Comerciales :

1. Precios Vigentes hasta el 31 de mayo del año 2.024
2. Pago contraentrega en efectivo ó traslado electrónico anticipado.
3. Bancolombia ahorros 750 418 60201 ó Davivienda Corriente 4629 6000 3723



172

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14799684361



(415)7707212489984(8020) 000001479968436 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 7 9 4 0 0 3 9 2 6 6. DV 6 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 4 0 0 3 9 2 27. Fecha expedición 1 9 8 5, 0 1, 1 1

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 MEDAGLIA 32. Segundo apellido CASTAÑO 33. Primer nombre JUAN 34. Otros nombres CARLOS

35. Razón social

36. Nombre comercial AGUAFILTROS 37. Sigla

UBICACIÓN

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 22 12 A 54

42. Correo electrónico jcomedaglia@gmail.com

43. Código postal 44. Teléfono 6 7 5 5 8 6 5 45. Teléfono 2 3 1 8 6 8 3 8 7 4 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica 51. Código 52. Número establecimientos 46. Código 47. Fecha inicio actividad 48. Código 49. Fecha inicio actividad 50. Código 1 2 7 7 3 0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 4 9 5 2 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 49 - No responsable de IVA 52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 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 2021 - 12 - 01 / 11 : 06 : 50

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA 985. Cargo

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTA, 6 DE MAYO 2024.		
NOMBRE FUNCIONARIO	ADRIANA VERANO		
AREA / DEPENDENCIA	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA		
CENTRO DE COSTO	CENTRAL DE ESTERILIZACION	15C405	738702005
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SANTA CLARA		

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

*CARCASA 10" TRANSPARENTE CONEXIÓN 1/2 " CON BOTON DE PURGA.
* pp 10" M.

3. JUSTIFICACIÓN

SE REQUIERE CAMBIO PERIODICO DE FILTROS Y CARCAZA PARA FILTRAR EL AGUA QUE SE SUMINISTRA AL EQUIPO AUTOCLAVE DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X


V.B. Funcionario Almacén


Nombre Funcionario y/o Contratista


V.B. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

COTIZACION No 321-2024. EMPRESA AGUA FILTROS POR VALOR 468.000 (CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE)

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

COMPROBANTE ENTRADA

MOD00000000/6897

PROVEEDOR: JUAN CARLOS MEDAGLIA CASTAÑO NIT: 79400392 FECHA: 16/05/2024 04:01 p.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CR 22 N 12 A - 34 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 5753865 TASA CAM: 0.00
N FACTURA: CEC00000000187 % ICA: 0.0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 15/05/2024 12:00 a.m.

CONGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR U	SUBTOTAL	%DTU	%IVA
132RM015023	CARCASA TRANSPORTE CLEAR	UNIDAD	3.00	\$ 60.000.00	\$ 180.000.00	0.00	0.00
132RM013493	FILTRO DE AGUA	UNIDAD	12.00	\$ 12.000.00	\$ 144.000.00	0.00	0.00

DETALLE	SUBTOTAL:	\$ 324.000.00
CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA-ESTERILIZACION, DIGITA LUDY TORRES	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
	ADJUCE RED:	\$ 0.00
	ADJUTE AL TOTAL:	\$ 0.00
	TOTAL COMPR:	\$ 324.000.00

TOTAL COMPROBANTE:

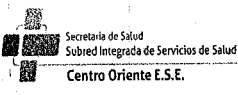
TRESCIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS CON CERO CTVE MDC.

Handwritten signature and stamp area.

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Remitido Impuestos

6198




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

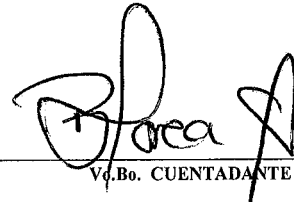
CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6199	FECHA	15/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MANTENIMIENTO E.S.E.		
VALOR:	S1.031.881,00		
A SUMA DE:	UN MILLÓN TREINTA Y UN MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M.CTE.		

CONCEPTO:	CUENTA DE COBRO JULIAN ANDREY ALARCÓN VÁSQUEZ NIT 79.834.318-3 CAMBIO DE REGULADOR SEGUNDA ETAPA, ARREGLO FUGA EN VÁLVULA DEL CENTRO DE MEDICIÓN CON CAMBIO DE VÁLVULA, ARREGLO FUGA EN TREN DE VÁLVULAS Y COCINA CON Y ACCESORIOS PARA EL ARREGLO EN EL HOSPITAL LA VICTORIA, SOLICITADO POR WILLIAM MAURICIO CASTELLANOS LÓPEZ, GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO- R.FTE. 6%..... \$61.913 R.ICA 6.9 POR MIL..... 7.120
-----------	---


Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bo. CUENTADANTE

Bogotá, 15 de mayo de 2024

Señores:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE

Por medio de este documento presento cuenta de cobro a ustedes por concepto de:

- Cambio regulador segunda etapa de referencia 1813c
- Arreglo fuga en válvula del centro de medición con cambio de válvula de gas.
- Arreglo fuga en tren de válvulas cocina con cambio de válvula de gas.

Lo anterior por un valor total de \$1.031.881 (UN MILLON TREINTA Y UN MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS MONEDA CORRIENTE)

Cordialmente. *Julian Alarcon*
79.834 318
Juan Felipe Fuentes Sarmiento

CANCELADO - EFECTIVO \$ 962.848.

<i>R. Fte 6%</i>	<i>\$61.913</i>
<i>RICA 6,4%</i>	<i>7.120</i>
	<hr/>
	<i>\$ 69.033</i>

Apagar \$962.848

Juan Alarcon

JULIAN ANDREY ALARCON V
C.C 79.834.318 DE
BOGOTA COD 189
SGS
DIRECCION CL 79C 64 55
CEL 313 3130457P

Juan Felipe Fuentes Sarmiento
Arquitecto
A11220220-1019077311

Se recibe a satisfaccion, la labor realizada.
W. el al
@wtfv sarmiento / 1
05/05/24.

Bogotá, Mayo 9 de 2024

Señores:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE

De acuerdo a la visita realizada en el hospital La Victoria de manera atenta presento la siguiente cotización a ustedes por concepto de:

- Cambio regulador segunda etapa de referencia 1813c
- Arreglo fuga en válvula del centro de medición con cambio de válvula de gas.
- Arreglo fuga en tren de válvulas cocina con cambio de válvula de gas.

Lo anterior por un valor total de \$1.031.881 (UN MILLON TREINTA Y UN MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS MONEDA CORRIENTE)

Cordialmente.

JULIAN ANDREY ALARCON V
C.C 79.834.318 DE BOGOTA
COD 189 SGS
DIRECCION CL 79C 64 55
CEL 313 3130457P

<div>DIAN</div> <div>POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA</div>		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14931672985			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 7 9 8 3 4 3 1 8				6. DV 3		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico 3 2							
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de identificación 7 9 8 3 4 3 1 8		27. Fecha expedición 1 9 9 6, 0 8, 2 0	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.	
31. Primer apellido ALARCON		32. Segundo apellido VASQUEZ		33. Primer nombre JULIAN		34. Otros nombres ANDREY	
35. Razón social							
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 79 C 64 55 AP 101							
42. Correo electrónico jaalarcon78@hotmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 3 1 3 3 1 3 0 4 5 7			
				45. Teléfono 2 3 1 6 3 9 2 2 3 7 2			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
46. Código 4 3 2 9		47. Fecha inicio actividad 2 0 0 6, 0 2, 1 0		48. Código 9 5 2 2		49. Fecha inicio actividad 2 0 0 6, 0 2, 1 0	
50. Código 1		2		51. Código		52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 4 9							
49 - No responsable de IVA							
Obligados aduaneros				Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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 2023 - 07 - 28 / 14 : 59: 58	
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 ALARCON VASQUEZ JULIAN ANDREY 985. Cargo CONTRIBUYENTE			

<div>DIAN</div> <div>POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA</div>		Formulario del Registro Único Tributario		001	
Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario		Página 2 de 2 Hoja 2 14931672985	
				(415)7707212489984(8020) 000001493167298 5	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
7 9 8 3 4 3 1 8		3	Impuestos de Bogotá		8 2
Características y formas de las organizaciones					
62. Naturaleza		63. Formas asociativas		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	
Constitución, Registro y Última Reforma			Composición del Capital		
Documento	1. Constitución	2. Reforma			
71. Clase				82. Nacional %	
72. Número				83. Nacional público %	
73. Fecha				84. Nacional privado %	
74. Número de notaría				85. Extranjero %	
75. Entidad de registro				86. Extranjero público %	
76. Fecha de registro				87. Extranjero privado %	
77. No. Matricula mercantil					
78. Departamento					
79. Ciudad/Municipio					
Vigencia					
80. Desde					
81. Hasta					
Entidad de vigilancia y control					
88. Entidad de vigilancia y control					
Estado y Beneficio					
Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)		92. DV
1	1 1 0	2 0 1 8 0 1 0 1			
2					
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					

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTA - 9/05/2024
NOMBRE FUNCIONARIO	WILLIAM MAURICIO CASTELLANOS LOPEZ
ÁREA /DEPENDENCIA	AMBIENTE FISICO - INFRAESTRUCTURA
CENTRO DE COSTO	24V04 738702 005
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	LA VICTORIA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

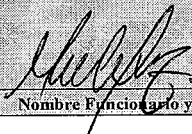
Se requiere el suministro e instalacion de 1 regulador segunda etapa, cambio de valvulas y accesorios para el arreglo de fugas en valvulas del medidor principal

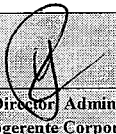
3. JUSTIFICACIÓN

Se requiere en optimas condiciones el medidor para poder garantizar el suministro del servicio de gas natural en el area de la cocina que permita la produccion de alimentos para los pacientes del hospital

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X



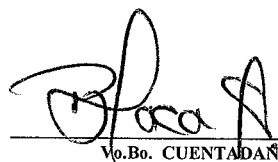
N/A
Vo.Bo. Funcionario Almacén


Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Director Administrativo Ó Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

EN LA ACTUALIDAD NO SE ENCUENTRA VIGENTE NINGUN PROCESO DE CONTRATACION RELACIONADA CON ESTE TIPO DE REPARACIONES

		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°		6200		FECHA		15/05/2024	
RUBRO PRESUPUESTAL:						MEDICAMENTOS	
VALOR:						\$926.297,00	
LA SUMA DE:						NOVECIENTOS VENTISÉIS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M.CTE.	
CONCEPTO:		FQACTURA No. FEBT 122435 DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S. DISCOLMELDICAS SAS. NIT 828,002,423-5 MEDICAMENTOS (FIBRINÓGENO POLVO LIOFILIZADO + SOLVENTES (SELLANTES DE FIBRINA) 2 ML (TISSEEL KIT 4 VIALES), NECESARIOS PARA EL PACIENTE EBER RAFAEL ROMERO C.C. 7.911.552 QUIEN SE LE REALIZARA UNA LAMINECTOMIA, ESPECIALIDAD DE NEUROCIRUGÍA EN EL HOSPITAL SANTA CLARA SOLICITADO POR ALEXIS ORJUELA ANGULO, SERVICIO FARMACÉUTICO HOSPITAL SANTA CLARA.					
		R.FTE. 2.5%..... \$23.157 R.ICA 4.14 POR MIL..... 3.835					
 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bo. CUENTA DÁNTE					
						K 12820	

*



DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE
MEDICAMENTOS SAS
Somos Grandes Contribuyentes
No Somos Autorretenedores de Renta
CALLE 15 No.33 - 02 - BOGOTA D.C.
Tels 7023267



Página: 1 de 1
CREDITO
FACTURA ELECTRONICA
DE VENTA No.
FEBT122435
F.EXP: 10-05-2024

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 - SANT		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: 08-08-2024				
CUFE: d86c48e61891ef8153bb0302411c993ba552bc7350f70c4021444209488607fb7e437d2fc078c8edc5b7d1e1793fc6e2				



Ref.	PRODUCTO Descripción	Labo.	Lote.	Venc.	Cant.	Iva	Pr. Bruto	%Dct	Total
INS	FIBRINOGENO+APROTININA+TROMBINA+CLORURO DE CALCIO KIT4ML <small>R.S INVIMA:2009M-0010258 CUM:20002144-5 ATC:B02BC30 REG: Circular 13 de 2022</small>	BAXTER	D8A196AD	30/11/2025	1	0	926.297,00	0	926.297,00

Handwritten notes:

- 178.157
- 3.835
- 26992
- A pagar \$899.305
- Debito Efectivo \$899.305
- Diana Aristizabal
- MAYO 22/2024
- Johanna Vera

Stamp: FARMACIA CENTRO O. E.S.E. RECIBIDO 10 MAY 24

Somos Grandes Contribuyentes en el distrito capital de Bogotá. Resolución DDI-023769 del 29 de Noviembre del 2021. No practicar RetelCA.

HABILITACION 18764060065291 Desde 17/11/2023 Hasta 17/11/2024 Del No. 108098 Al No.200000 Prefijo :FEBT

Obs: CAJA MENOR /SEDE SANTA CLARA

Codigo: 22 Vendedor: DIANA CLEMENCIA ARISTIZABAL GONZALEZ

SUBTOTAL	926.297
Descuento	0
Iva	0
Total Factura	926.297
Retelva	0
Retefte	0
Retelca	0

Mercancía Excluida: 926.297	BASE IVA 0	TOTAL NETO	926.297
Son: NOVECIENTOS VEINTE SEIS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE 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	Fecha y Hora Elaboracion; 10/05/2024 15:30
	AV VILLAS cta cte 411170962	Fecha y Hora Expedición: 10/05/2024 15:30
	AGRARIO cta cte 339050002304	RECIBI CONFORME
	BBVA cta cte 483009478	Nombre:
DAVIVIENDA cta cte 077769999861	Identificación:	
POPULAR cta cte 110390134195	Cargo:	15 MAY 2024
OCCIDENTE cta cte 383003126	Fecha de Recibido:	
Elaboró: JESSICA LORENA AVILA RIVERA	Revisó: JESSICA LORENA AVILA RIVERA	Dcto PP: 0.00

Prov. Tecnológico: Discolmedica SAS Nit: 828.002.423-5

ORIGINAL

Software MantisWeb (RIBI828002423) - Somic Soluciones SAS Nit. 901030701-1

Neiva, 22 de mayo 2024

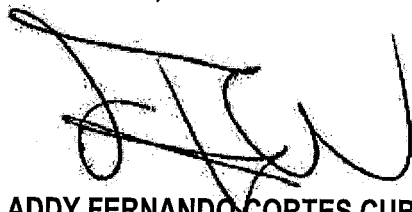
Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Bogotá D.C

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 9894
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
Cel. 317 656 4857
villavicencio@discolmedica.com.co

Centro Logístico Tunja
Calle 47a N°. 12 - 32
Cel. 318 734 6735
tunja@discolmedica.com.co

Centro Logístico Cali
Cra 43a N°. 5a - 20
Cel. 316 521 1952
cali@discolmedica.com.co

Centro Logístico Pereira
Av. 30 de Agosto No. 48 - 31
Cel. 318 712 1778
pereira@discolmedica.com.co



www.discolmedica.com.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52.203.549

ARISTIZABAL GONZALEZ

DIANA CLEMENCIA



FECHA DE NACIMIENTO 24-AGO-1973

PENSILVANIA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

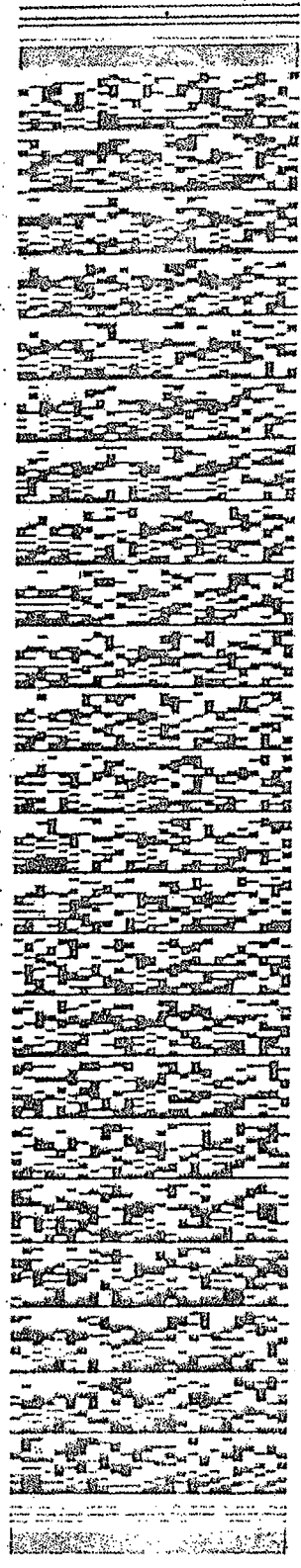
1.65 0+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

26-MAR-1992 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



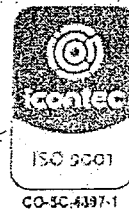
A-1500150-00647590-F-0052203549-20141126 0041366647A 1 43469905



DISCOLMEDICA S.A.S

CALIDAD Y SERVICIO PENSANDO EN SU SALUD

NIT: 828.002.423-5



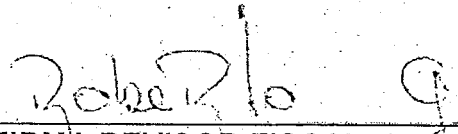
CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES
(ART. 50 LEY 789/02 – ART. 65 LEY 1819/16)

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., A los dos (02) días del mes de mayo 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

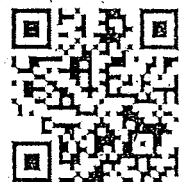
Centro Logístico Pitalito
Calle 3 N° 1b - 08
Cel. 318 206 6840
pitalito@discolmedica.com.co

Centro Logístico Villavicencio
Cra 33 N° 22-39-41
Cel. 317 501 0912
villavicencio@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



www.discolmedica.com.co



Outlook

Buscar

AA

Imprimir Cerrar

RE: SOLICITUD EXISTENCIAS

Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>
Vie 26/04/2024 15:37

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

Dr. Alexis Orjuela, buenas tardes, cordial saludo.
De acuerdo con su solicitud, comedidamente me permito informar que
revisado el stock de inventario en el almacén principal, sub almacenes y
servicios farmacéutico, no contamos con existencias del producto:
122MB095042 FIBRINOGENO POLVO LIOFILIZADO + SOLVENTES (SELLANTES
DE FIBRINA) 2 ML (TISSEEL KIT 4 VIALES)

Cordialmente,

Miguel Angel Cortes Tovar
Profesional Universitario
Almacén Unidad Santa Clara

De: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: viernes, 26 de abril de 2024 3:27 p. m.
Para: Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; compras
<compras@subredcentrooriente.gov.co>; Angel Triana Niño
<compras3@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: Anis Cristina Gonzalez Romero
<directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>; Referente Farmaceutico
<referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: SOLICITUD EXISTENCIAS

Buenas tardes, solicito su amable colaboración en el sentido de verificar si se
cuenta con existencias y/o contrato del producto:

122MB095042 FIBRINOGENO POLVO LIOFILIZADO + SOLVENTES (SELLANTES
DE FIBRINA) 2 ML (TISSEEL KIT 4 VIALES): Cantidad 1 KIT, que se requiere para
Cirugía del paciente, Eber Rafael Romero C.C.7911552 Paciente que se le
realizara una LAMINECTOMIA por la especialidad de neurocirugía, en la sede
santa Clara de la Subred Centro Oriente

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



COTIZACIÓN No. 45411-29

Vigencia: 30 DIAS
Forma de Pago: Según Acuerdo

Fecha: 29/04/2024
Hora: 12:30:00 p. m.
Asesor: DIANA CLEMENTE

30 DIAS

30 DIAS
Según Acuerdo

Asesor: DIANA CLEMENCIA ARISTIZABAL GONZALEZ

06198541

En otro particular y en espera de sus gratas órdenes, les saludamos

JODY FERNANDO CORTES CUBILLOS
representante legal
SCOLMEDICA S.A.S
t: 828.002.423-5

NATALE OLATA

ULTIMACIONES

100

16 750157

27346735 -

682 Cel: 35

715505-871

2 Tels: (8)

12 No. 12.

titiva: carre

Administrative

35

1

1

1

1000

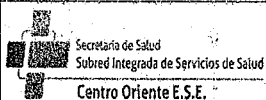
—

1

Discolmedicas SAS

193

Med \$926.297=



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 26 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	ALEXIS ORJUELA ANGULO
ÁREA /DEPENDENCIA	SERVICIO FARMACEUTICO
CENTRO DE COSTO	1SC904 733001001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

122MB095042 FIBRINOGENO POLVO LIOFILIZADO + SOLVENTES (SELLANTES DE FIBRINA) 2 ML (TISSEEL KIT 4 VIALES): Cantidad 1-KIT

3. JUSTIFICACIÓN

Se realiza solicitud para la adquisición rápida de UN (1) SELLANTE para el paciente Eber Rafael Romero C.C.7911552 Paciente que se le realizara una LAMINECTOMIA por la especialidad de neurocirugía, en la sede santa Clara de la Subred Centro Oriente

4. Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

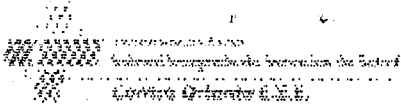
Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACION

OK



COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000000076344

PROVEEDOR: DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS SAS DISCOLMEDICASAS NIT: 528007423 FECHA: 15/05/2024 09:36 a.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CR 12 N 12 - 32 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 5619940 TASA CAM: 0,00
Nº FACTURA: FERT122433 % ICA: 4,1400 PLAZO: 0 FECHA FAC: 10/05/2024 12:00 a.m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
122MR095297	FIBRINOGENO POLVO LIOFILIZADO + SOLVENTES (SELLANTES DE FIBRINA) 4 ML (TISSEEL KIT 4 VIALES)	VIAL	1,00	1926.297,00	1926.297,00	0,00	0,00

DETALLE	SUBTOTAL:	1926.297,00
CAJA MENOR UNIDAD SANTA CLARA- FARMACIA, DIGITA LUDY	DESCUENTO:	10,00
	IMPUESTO:	10,00
	FLETES:	10,00
	IMP FLETES:	10,00
	RETE IVA:	80,00
	RETE ICA:	13850,00
	RETE FUENTE:	123.137,00
	OTRAS RETE:	10,00
	OTRAS DEDUC:	10,00
	IMP DISTRI:	10,00
	AJUSTE RETD:	10,00
	AJUSTE AL TOTAL:	10,00
	TOTAL COMPR:	1899.303,00

TOTAL COMPROBANTE:
OCHOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CINCO PESOS CON CERO CTS
M/Cts.

Revisado


Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Revisado 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</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°	6201	FECHA	15/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	\$16.950,00		
LA SUMA DE:	DIECISÉIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A ALEXANDER RODRÍGUEZ NIT 80.240.526 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE AL TALLER AUTOS MONGUI PARA RECOGER GALONES DE ACEITE GASOLINA Y DIESEL Y TRASLADARLOS A L HOSPITAL SANTA CLARA. AUTORIZADO POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA TRANSPORTE.		
 <div>Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO</div>	 <div>Vo.Bo. CUENTADANTE</div>		

*

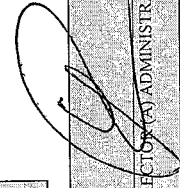
Nº.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				TAXI	VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO		
1	14/05/2024	SANTA CLARA	SEDE RICAURTE - TALLER MONGUI	RECOGER GALONES DE ACEITE GASOLINA Y DIESEL			X			\$ 2.950,00
2	14/05/2024	SEDE RICAURTE - TALLER MONGUI	SANTA CLARA						X	\$ 14.000,00
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
TOTAL										\$ 16.950,00



Alexander Rodriguez
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 80240526



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



VoBo. DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO (A)


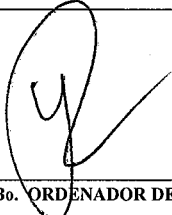
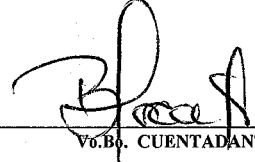
7ADN07
51123001

Recibí: Alexander Rodriguez F.

16.950.

Concelado

297

 <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°	6202	FECHA	15/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	\$33.900,00		
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A FABIÁN GÚZMAN NIT 7.954.015 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE AL TALLER AUTOS MONGUI PARA TRASLADO DE REPUESTOS Y REVISIÓN AUTOMOTORES . AUTORIZADO POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA TRANSPORTE.		
 Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO	 Vo.Bø. CUENTADANTE		

*

198

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	
1	3/05/2024	SANTA CLARA	SEDE RICAURTE - TALLER MONGUI	REVISIÓN DE AUTOMOTORES			X		\$ 2.950,00
2	3/05/2024	SEDE RICAURTE - TALLER MONGUI	SANTA CLARA	TRASLADO DE REPUESTOS				X	\$ 14.000,00
3	13/05/2024	SANTA CLARA	SEDE RICAURTE - TALLER MONGUI	REVISIÓN DE AUTOMOTORES			X		\$ 2.950,00
4	13/05/2024	SEDE RICAURTE - TALLER MONGUI	SANTA CLARA	TRASLADO DE REPUESTOS				X	\$ 14.000,00
5									
6									
7									
8									
9									
10									
TOTAL									\$ 33.900,00

Fabian Guzman
NOMBRE FUNCIONARIO Y CONTRATISTA
C.C. 79 540 015


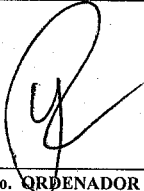
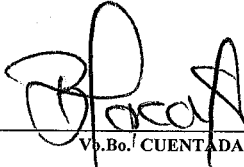
Diana Sandoval
V.O. B.O. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

[Signature]
V.O. B.O. DIRECTOR ADMINISTRATIVO(A)

79 511 015

7ADM07
51123001

Recibi
Fabian Guzman
33.900 Concedido

 <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°	6203	FECHA	15/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	\$38.650,00		
LA SUMA DE:	TREINTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A DIANA CAROLINA SANDOVAL NIT 1.030.638.907 POR TRANSPORTE AL REALIZAR TRAMITES ADMINISTRATIVOS RELACIONADOS CON EL PARQUE AUTOMOTOR PERTENECIENTE A LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE, RADICACIÓN DE DOCUMENTOS PROCESO DE CONTRATACIÓN, TRASLADO DE CARPETAS FACTURACIÓN MES ABRIL DE 2024. . AUTORIZADO POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA.		
 <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	1/05/2024	Hospital Santa Clara	Ventanilla Unica Restrepo	Tramite Ventanilla Unica de Servicios	X				\$ 2.950,00
2	1/05/2024	Ventanilla Unica Restrepo	Hospital Santa Clara		X				\$ 2.950,00
3	6/05/2024	Hospital Santa Clara	Ventanilla Unica Restrepo	Tramite Ventanilla Unica de Servicios	X				\$ 2.950,00
4	6/05/2024	Ventanilla Unica Restrepo	Hospital Santa Clara		X				\$ 2.950,00
5	9/05/2024	Hospital Santa Clara	Sede Calle 34	Radiación de documentos en el proceso de contratación			X		\$ 2.950,00
6	9/05/2024	Sede Calle 34	Hospital Santa Clara				X		\$ 2.950,00
7	14/05/2024	Hospital Santa Clara	Cl 52a # 85-22 Barrio los Monjes	Traslado de carpetas facturación mes de abril del contrato transporte tercerizado 02-BB-128-2020	X				\$ 2.950,00
8	14/05/2024	Cl 52a # 85-22 Barrio los Monjes	Hospital Santa Clara					X	\$ 18.000,00
9									
10									
TOTAL									\$ 38.650,00

Diana Sandoval

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

CC

1030638907

Vo Bo REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

Vo Bo DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

7ADM02
\$11230001

Recibí Diana Sandoval
\$38.650
Cancelada

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6204

FECHA

15/05/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

VALOR:

\$12.000,00

LA SUMA DE:

DOCE MIL PESOS M..CTE.

CONCEPTO:

CANCELADO AJUAN CARLOS PERILLA MONROY NIT 79.645.078 POR TRANSPORTE AL REALIZAR TRAMITES ADMINISTRATIVOS RELACIONADOS CON CONCILIACIÓN DE FACTURACIÓN TALLE MONGUI, AUTORIZADO POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA TRANSPORTE

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

Nº	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BISETA	TM	COLECTIVO	
1	6/05/2024	SANTA CLARA	SEDE RICAURTE - TALLER MONGUI	CONCILIACION DE FACTURACIÓN	X				\$ 3.000,00
2	6/05/2024	SEDE RICAURTE - TALLER MONGUI	SANTA CLARA		X				\$ 3.000,00
3	15/05/2024	SANTA CLARA	SEDE RICAURTE - TALLER MONGUI	CONCILIACION DE FACTURACIÓN	X				\$ 3.000,00
4	15/05/2024	SEDE RICAURTE - TALLER MONGUI	SANTA CLARA		X				\$ 3.000,00
5									
6									
7									
8									
9									
10									
TOTAL									\$ 12.000,00

Juan Carlos Verillo J
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 29.645.098

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

[Signature]
V.O. Bo. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

7ADM02
511230001

Precio: \$12.000.
[Signature]

703



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°

6205

FECHA

15/05/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

VALOR:

\$947.580,00

LA SUMA DE:

NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS M.CTE

CONCEPTO:

CANCELADO A SERVIENTREGA S.A. NIT 860.512.330-3 POR ENVIO DE COMUNICACIONES (FACTURAS COMUNICACIONES OFICIALES CON DESTINO FUERA DE BOGOTA), SOLICITADO POR ERIKA YOHANA PLAZAS VELOZA, LIDER GESTIÓN DOCUMENTAL.

Vo.Bº. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bº. CUENTADANTE

*

SERVINTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Av Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 3220 Diciembre
20/2022
Somos grandes contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución SHO DDI-023769
Nov 29/2021)
Autorretenciones Resol. DIAN-08698
Responsables y Retenedores de IVA.
Numeración de facturación
1876485133984 del 7/7/2023 al
1/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60001
al No. 70000.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:

FECHA: 2024/06/15 HORA: 09:26:05

CLIENTE: SUREID INTIGRAMA DE SE

NETI: 98095062

DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A- 26 SAPPER

MINISOZA

TELÉFONO: 315789339

EMAIL: CENFORINTE@ELECTRONICOMPAG.COM

ORIGEN: BOGOTÁ/COLOMBIA

SERVICIO (1): GDA: 9173369573

FECHA PROG.ENTREGA: 18-05-2024

REGIMEN: MENSAJERIA EXPRESA

DISTRIBUIDOR: CAZACOT EPS LEONARDO GALLINO

DANIS QUINTERO FREDY RMO

NETI/I.D.: 444672

DIRECCIÓN: CALLE 44 # 46 - 72

TELÉFONO: 444672

PRODUCTO: DOCUMENTO ENTREGADO

CONTENIDO: DOCUMENTO

OBSERVACIONES:

FACTURAS 46750

T.E: NORMAL

M.T: TERRESTRE

PZ: 1

DIMENSIONES

PESO VOLUMETRICO

PESO FISICO

30/29/10

1 (KG)

2 (KG)

LIQUIDACION

SERV. VA. BIELA

VA.500

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

SERVINTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Av Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 3220 Diciembre
20/2022
Somos grandes contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución SHO DDI-023769
Nov 29/2021)
Autorretenciones Resol. DIAN-08698
Responsables y Retenedores de IVA.
Numeración de facturación
1876485133984 del 7/7/2023 al
1/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60001
al No. 70000.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:

FECHA: 2024/06/15 HORA: 09:26:05

CLIENTE: SUREID INTIGRAMA DE SE

NETI: 98095062

DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A- 26 SAPPER

MINISOZA

TELÉFONO: 315789339

EMAIL: CENFORINTE@ELECTRONICOMPAG.COM

ORIGEN: BOGOTÁ/COLOMBIA

SERVICIO (1): GDA: 9173369573

FECHA PROG.ENTREGA: 18-05-2024

REGIMEN: MENSAJERIA EXPRESA

DISTRIBUIDOR: CAZACOT EPS LEONARDO GALLINO

DANIS QUINTERO FREDY RMO

NETI/I.D.: 444672

DIRECCIÓN: CALLE 44 # 46 - 72

TELÉFONO: 444672

PRODUCTO: DOCUMENTO ENTREGADO

CONTENIDO: DOCUMENTO

OBSERVACIONES:

FACTURAS 46750

T.E: NORMAL

M.T: TERRESTRE

PZ: 1

DIMENSIONES

PESO VOLUMETRICO

PESO FISICO

30/29/10

1 (KG)

2 (KG)

LIQUIDACION

SERV. VA. BIELA

VA.500

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

SERVINTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Av Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 3220 Diciembre
20/2022
Somos grandes contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución SHO DDI-023769
Nov 29/2021)
Autorretenciones Resol. DIAN-08698
Responsables y Retenedores de IVA.
Numeración de facturación
1876485133984 del 7/7/2023 al
1/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60001
al No. 70000.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:

FECHA: 2024/06/15 HORA: 09:26:05

CLIENTE: SUREID INTIGRAMA DE SE

NETI: 98095062

DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A- 26 SAPPER

MINISOZA

TELÉFONO: 315789339

EMAIL: CENFORINTE@ELECTRONICOMPAG.COM

ORIGEN: BOGOTÁ/COLOMBIA

SERVICIO (1): GDA: 9173369573

FECHA PROG.ENTREGA: 18-05-2024

REGIMEN: MENSAJERIA EXPRESA

DISTRIBUIDOR: CAZACOT EPS LEONARDO GALLINO

DANIS QUINTERO FREDY RMO

NETI/I.D.: 444672

DIRECCIÓN: CALLE 44 # 46 - 72

TELÉFONO: 444672

PRODUCTO: DOCUMENTO ENTREGADO

CONTENIDO: DOCUMENTO

OBSERVACIONES:

FACTURAS 46752

T.E: NORMAL

M.T: TERRESTRE

PZ: 1

DIMENSIONES

PESO VOLUMETRICO

PESO FISICO

30/29/10

1 (KG)

2 (KG)

LIQUIDACION

SERV. VA. BIELA

VA.500

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

SERVINTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Av Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 3220 Diciembre
20/2022
Somos grandes contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución SHO DDI-023769
Nov 29/2021)
Autorretenciones Resol. DIAN-08698
Responsables y Retenedores de IVA.
Numeración de facturación
1876485133984 del 7/7/2023 al
1/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60001
al No. 70000.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:

FECHA: 2024/06/15 HORA: 09:26:19

CLIENTE: SUREID INTIGRAMA DE SE

NETI: 98095062

DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A- 26 SAPPER

MINISOZA

TELÉFONO: 315789339

EMAIL: CENFORINTE@ELECTRONICOMPAG.COM

ORIGEN: BOGOTÁ/COLOMBIA

SERVICIO (1): GDA: 9173369573

FECHA PROG.ENTREGA: 18-05-2024

REGIMEN: MENSAJERIA EXPRESA

DISTRIBUIDOR: CAZACOT EPS LEONARDO GALLINO

DANIS QUINTERO FREDY RMO

NETI/I.D.: 444672

DIRECCIÓN: CALLE 44 # 46 - 72

TELÉFONO: 444672

PRODUCTO: MEGACANTA PREMIER

CONTENIDO: DOCUMENTOS

OBSERVACIONES:

FACTURAS 46725

T.E: NORMAL

M.T: TERRESTRE

PZ: 1

DIMENSIONES

PESO VOLUMETRICO

PESO FISICO

30/29/10

1 (KG)

2 (KG)

LIQUIDACION

SERV. VA. BIELA

VA.500

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

SERVINTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Av Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 3220 Diciembre
20/2022
Somos grandes contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución SHO DDI-023769
Nov 29/2021)
Autorretenciones Resol. DIAN-08698
Responsables y Retenedores de IVA.
Numeración de facturación
1876485133984 del 7/7/2023 al
1/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60001
al No. 70000.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:

FECHA: 2024/06/15 HORA: 09:12:13

CLIENTE: SUREID INTIGRAMA DE SE

NETI: 98095062

DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A- 26 SAPPER

MINISOZA

TELÉFONO: 315789339

EMAIL: CENFORINTE@ELECTRONICOMPAG.COM

ORIGEN: BOGOTÁ/COLOMBIA

SERVICIO (1): GDA: 9173369573

FECHA PROG.ENTREGA: 18-05-2024

REGIMEN: MENSAJERIA EXPRESA

DISTRIBUIDOR: CAZACOT EPS LEONARDO GALLINO

DANIS QUINTERO FREDY RMO

NETI/I.D.: 444672

DIRECCIÓN: CALLE 44 # 46 - 72

TELÉFONO: 444672

PRODUCTO: MEGACANTA PREMIER

CONTENIDO: DOCUMENTOS

OBSERVACIONES:

FACTURAS 46727

T.E: NORMAL

M.T: TERRESTRE

PZ: 1

DIMENSIONES

PESO VOLUMETRICO

PESO FISICO

30/29/10

1 (KG)

2 (KG)

LIQUIDACION

SERV. VA. BIELA

VA.500

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

VA.150

SERVINTER S.A. NIT. 860.512.390-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
Resolución DIAN 12280 Diciembre 26/2022
Somos grandes contribuyentes en Bogotá DC (Resolución 590 D01-023769 Nov 29/2021) D01-023769
Autorrastreando Resol. DIAN 89698 Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización de Facturación 1874681539864 del 7/7/2023 al 1/7/2025 Precio AS43 del No. 60081 al No. 78800
Factura electrónica de venta No.: AS4367451

FECHA: 30/04/15 HORA: 09:51:59
INFORMACION DEL SERVICIO
CLIENTE: SUMO
NIT: 90959061
DIRECCION: CARRETA 22 A-26 SUMER
HEC0024
TELÉFONO: 313789339
EMAIL: CENTROSINTECTEC@servinter.com
ORIGEN: BOGOTÁ/COLOMBIA
SERVICIO (1): COD: 917369583
FECHA PRODUCCIÓN: 18-05-2024
FECHA PRODUCCIÓN: 18-05-2024
MEDIUM: MEXICANA EMPRESA
DESTINATARIO: CALDOPE EPS LOMAR GALINDO
NIT/D: 44672
DIRECCION: CALLE 4A # 46 - 72
TELÉFONO: 44672 CORRETEL: 08000300
PRODUCTO: MECANICA PARRILLER
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
FACTURAS 46783

T.E. MONED. M.T. TERRESTRE Pz. 1	
DIMENSIONES PESO VOLUMETRICO *PESO FISICO	
30/70/10	1 (KG) 5 (KG)
LÍQUIDACION SERVICIO TRANSPORTE	
SERV. VA. RED. VA. SUM. NIT. VA. FIL. VA. TOTAL	
(1) \$50.000 \$1.000 \$27.500 \$25.750	
TOTAL DEL SERVICIO	
SERVICIO VALOR TOTAL FORMA DE PAGO	
(1) \$25.750 \$25.750 CONVENIO CON	
VALOR TOTAL SERVICIO: \$ 25.750	
VALOR A RECIBIR EN DESTINO: \$ 0	



SERVINTER S.A. NIT. 860.512.390-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
Resolución DIAN 12280 Diciembre 26/2022
Somos grandes contribuyentes en Bogotá DC (Resolución 590 D01-023769 Nov 29/2021) D01-023769
Autorrastreando Resol. DIAN 89698 Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización de Facturación 1874681539864 del 7/7/2023 al 1/7/2025 Precio AS43 del No. 60081 al No. 78800
Factura electrónica de venta No.: AS4367459

FECHA: 30/04/15 HORA: 09:51:59
INFORMACION DEL SERVICIO
CLIENTE: SUMO INTERIOR DE SE
NIT: 90959061
DIRECCION: CARRETA 22 A-26 SUMER
HEC0024
TELÉFONO: 313789339
EMAIL: CENTROSINTECTEC@servinter.com
ORIGEN: BOGOTÁ/COLOMBIA
SERVICIO (1): COD: 917369583
FECHA PRODUCCIÓN: 18-05-2024
FECHA PRODUCCIÓN: 18-05-2024
MEDIUM: MEXICANA EMPRESA
DESTINATARIO: CALDOPE EPS LOMAR GALINDO
NIT/D: 44672
DIRECCION: CALLE 4A # 46 - 72
TELÉFONO: 44672 CORRETEL: 08000300
PRODUCTO: MECANICA PARRILLER
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
FACTURAS 46781

T.E. MONED. M.T. TERRESTRE Pz. 1	
DIMENSIONES PESO VOLUMETRICO *PESO FISICO	
30/70/10	1 (KG) 5 (KG)
LÍQUIDACION SERVICIO TRANSPORTE	
SERV. VA. RED. VA. SUM. NIT. VA. FIL. VA. TOTAL	
(1) \$50.000 \$1.000 \$27.500 \$25.750	
TOTAL DEL SERVICIO	
SERVICIO VALOR TOTAL FORMA DE PAGO	
(1) \$25.750 \$25.750 CONVENIO CON	
VALOR TOTAL SERVICIO: \$ 25.750	
VALOR A RECIBIR EN DESTINO: \$ 0	



SERVINTER S.A. NIT. 860.512.390-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
Resolución DIAN 12280 Diciembre 26/2022
Somos grandes contribuyentes en Bogotá DC (Resolución 590 D01-023769 Nov 29/2021) D01-023769
Autorrastreando Resol. DIAN 89698 Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización de Facturación 1874681539864 del 7/7/2023 al 1/7/2025 Precio AS43 del No. 60081 al No. 78800
Factura electrónica de venta No.: AS4367448

FECHA: 30/04/15 HORA: 09:51:59
INFORMACION DEL SERVICIO
CLIENTE: SUMO INTERIOR DE SE
NIT: 90959061
DIRECCION: CARRETA 22 A-26 SUMER
HEC0024
TELÉFONO: 313789339
EMAIL: CENTROSINTECTEC@servinter.com
ORIGEN: BOGOTÁ/COLOMBIA
SERVICIO (1): COD: 917369583
FECHA PRODUCCIÓN: 18-05-2024
FECHA PRODUCCIÓN: 18-05-2024
MEDIUM: MEXICANA EMPRESA
DESTINATARIO: CALDOPE EPS LOMAR GALINDO
NIT/D: 44672
DIRECCION: CALLE 4A # 46 - 72
TELÉFONO: 44672 CORRETEL: 08000300
PRODUCTO: MECANICA PARRILLER
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
FACTURAS 46785

T.E. MONED. M.T. TERRESTRE Pz. 1	
DIMENSIONES PESO VOLUMETRICO *PESO FISICO	
30/70/10	1 (KG) 5 (KG)
LÍQUIDACION SERVICIO TRANSPORTE	
SERV. VA. RED. VA. SUM. NIT. VA. FIL. VA. TOTAL	
(1) \$50.000 \$1.000 \$27.500 \$25.750	
TOTAL DEL SERVICIO	
SERVICIO VALOR TOTAL FORMA DE PAGO	
(1) \$25.750 \$25.750 CONVENIO CON	
VALOR TOTAL SERVICIO: \$ 25.750	
VALOR A RECIBIR EN DESTINO: \$ 0	



SERVINTER S.A. NIT. 860.512.390-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
Resolución DIAN 12280 Diciembre 26/2022
Somos grandes contribuyentes en Bogotá DC (Resolución 590 D01-023769 Nov 29/2021) D01-023769
Autorrastreando Resol. DIAN 89698 Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización de Facturación 1874681539864 del 7/7/2023 al 1/7/2025 Precio AS43 del No. 60081 al No. 78800
Factura electrónica de venta No.: AS4367448

FECHA: 30/04/15 HORA: 09:51:59
INFORMACION DEL SERVICIO
CLIENTE: SUMO INTERIOR DE SE
NIT: 90959061
DIRECCION: CARRETA 22 A-26 SUMER
HEC0024
TELÉFONO: 313789339
EMAIL: CENTROSINTECTEC@servinter.com
ORIGEN: BOGOTÁ/COLOMBIA
SERVICIO (1): COD: 917369583
FECHA PRODUCCIÓN: 18-05-2024
FECHA PRODUCCIÓN: 18-05-2024
MEDIUM: MEXICANA EMPRESA
DESTINATARIO: CALDOPE EPS LOMAR GALINDO
NIT/D: 44672
DIRECCION: CALLE 4A # 46 - 72
TELÉFONO: 44672 CORRETEL: 08000300
PRODUCTO: MECANICA PARRILLER
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
FACTURAS 46785

T.E. MONED. M.T. TERRESTRE Pz. 1	
DIMENSIONES PESO VOLUMETRICO *PESO FISICO	
30/70/10	1 (KG) 5 (KG)
LÍQUIDACION SERVICIO TRANSPORTE	
SERV. VA. RED. VA. SUM. NIT. VA. FIL. VA. TOTAL	
(1) \$50.000 \$1.000 \$27.500 \$25.750	
TOTAL DEL SERVICIO	
SERVICIO VALOR TOTAL FORMA DE PAGO	
(1) \$25.750 \$25.750 CONVENIO CON	
VALOR TOTAL SERVICIO: \$ 25.750	
VALOR A RECIBIR EN DESTINO: \$ 0	



SERVINTER S.A. NIT. 860.512.390-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
Resolución DIAN 12280 Diciembre 26/2022
Somos grandes contribuyentes en Bogotá DC (Resolución 590 D01-023769 Nov 29/2021) D01-023769
Autorrastreando Resol. DIAN 89698 Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización de Facturación 1874681539864 del 7/7/2023 al 1/7/2025 Precio AS43 del No. 60081 al No. 78800
Factura electrónica de venta No.: AS4367448

FECHA: 30/04/15 HORA: 09:51:59
INFORMACION DEL SERVICIO
CLIENTE: SUMO INTERIOR DE SE
NIT: 90959061
DIRECCION: CARRETA 22 A-26 SUMER
HEC0024
TELÉFONO: 313789339
EMAIL: CENTROSINTECTEC@servinter.com
ORIGEN: BOGOTÁ/COLOMBIA
SERVICIO (1): COD: 917369583
FECHA PRODUCCIÓN: 18-05-2024
FECHA PRODUCCIÓN: 18-05-2024
MEDIUM: MEXICANA EMPRESA
DESTINATARIO: CALDOPE EPS LOMAR GALINDO
NIT/D: 44672
DIRECCION: CALLE 4A # 46 - 72
TELÉFONO: 44672 CORRETEL: 08000300
PRODUCTO: MECANICA PARRILLER
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
FACTURAS 46785


T.E. MONED. M.T. TERRESTRE Pz. 1	
DIMENSIONES PESO VOLUMETRICO *PESO FISICO	
30/70/10	1 (KG) 5 (KG)
LÍQUIDACION SERVICIO TRANSPORTE	
SERV. VA. RED. VA. SUM. NIT. VA. FIL. VA. TOTAL	
(1) \$50.000 \$1.000 \$27.500 \$25.750	
TOTAL DEL SERVICIO	
SERVICIO VALOR TOTAL FORMA DE PAGO	
(1) \$25.750 \$25.750 CONVENIO CON	
VALOR TOTAL SERVICIO: \$ 25.750	
VALOR A RECIBIR EN DESTINO: \$ 0	



SERVIENTREGA S.A. NIT. 866.512.330-3
PRINCIPAL: Bogotá, C.D., Colombia
Av Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 32220 Diciembre 20/2022
Somos Grandes Contribuyentes en Bogotá DC (Resolución SHO 001-023769 Nov 29/2021)
Autorizadores Resol. DIAN-08658 Responsables y Retenedores de IVA.
Númeración de Facturación 1976495135984 al 17/7/2023 al 17/7/2023 al No. 60801 al No. 78089.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 1
A54367466

FECHA: 2024/09/15 HORA: 10:31:12
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
CLIENTE: SUREID INTERMEDIA DE SE
NIT: 908595851
DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A - 26 SAPHER MENCIZA
TELÉFONO: 3182789339
EMAIL: CENTROENTREGAS@SERVIENTREGA.COM
ORIGEN: BOGOTÁ/CUNDINAMARCA
SERVICIO (1): GUÍA: 9127336959
FECHA PROG.ENTREGA: 17-05-2024
REGIMEN: MINISAJERÍA EXPRESA
DESTINATARIO: PIZAS SALUD EPS
NIT/ID.: 81722
DIRECCIÓN: CARRERA 8 A # 17-22
TELÉFONO: 3192525395 CORREO: 720001291
PRODUCTO: DOCUMENTO UNITARIO
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
FACTURA SISCO-2024-CE-00623

T.E: NORMAL M.T: TERRESTRE PZ: 1
DIMENSIONES PESO VOLUMETRIC PESO FISICO
// (160)
LIQUIDACION SERVICIO TRANSPORTE
SERV VR. DECLA VR.500-ILIT VR.ILIT 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 RECIBIR EN DESTINO: \$ 0




REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CUIE:
608013074660001321919166076404333308F
6ee3f3bb06001321919166076404333308F
SERVIENTREGA S.A NIT. 866.512.330-3
515-F6-86051339 COD COS: 010039
USUARIO: LOZANOS
PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRONICO(MTF/E-ME1)
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 suscrito en la página web de Servientrega S.A. www.servientrega.com y en las soluciones que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clasificar acepta expresamente con la suscripción de este documento. Así mismo, declara conocer los cuales se encuentran en el sitio web. Para la presentación de petición de atención al usuario, el Usuario se compromete a utilizar los recursos remitiéndose al portal web www.servientrega.com o a la línea de atención al usuario: (1) 7789388. Ministerio de Transportes, Licencias No. 885 de 1920 8/2020. MINITC: Licencia No. 2865 de Oct 8/2020.

SERVIENTREGA S.A. NIT. 866.512.330-3
PRINCIPAL: Bogotá, C.D., Colombia
Av Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 32220 Diciembre 20/2022
Somos Grandes Contribuyentes en Bogotá DC (Resolución SHO 001-023769 Nov 29/2021)
Autorizadores Resol. DIAN-08658 Responsables y Retenedores de IVA.
Númeración de Facturación 1976495135984 al 17/7/2023 al 17/7/2023 al No. 60801 al No. 78089.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 1
A54367468

FECHA: 2024/09/15 HORA: 10:31:12
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
CLIENTE: SUREID INTERMEDIA DE SE
NIT: 908595851
DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A - 26 SAPHER MENCIZA
TELÉFONO: 3182789339
EMAIL: CENTROENTREGAS@SERVIENTREGA.COM
ORIGEN: BOGOTÁ/CUNDINAMARCA
SERVICIO (1): GUÍA: 9127336959
FECHA PROG.ENTREGA: 17-05-2024
REGIMEN: MINISAJERÍA EXPRESA
DESTINATARIO: PIZAS SALUD EPS
NIT/ID.: 81722
DIRECCIÓN: CARRERA 8 A # 17-22
TELÉFONO: 3192525395 CORREO: 720001291
PRODUCTO: DOCUMENTO UNITARIO
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
FACTURA SISCO-2024-CE-00623

T.E: NORMAL M.T: TERRESTRE PZ: 1
DIMENSIONES PESO VOLUMETRIC PESO FISICO
// (160)
LIQUIDACION SERVICIO TRANSPORTE
SERV VR. DECLA VR.500-ILIT VR.ILIT 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 RECIBIR EN DESTINO: \$ 0




REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CUIE:
608013074680001321919166076404333308F
6ee3f3bb06001321919166076404333308F
SERVIENTREGA S.A NIT. 866.512.330-3
515-F6-86051339 COD COS: 010039
USUARIO: LOZANOS
PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRONICO(MTF/E-ME1)
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 suscrito en la página web de Servientrega S.A. www.servientrega.com y en las soluciones que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clasificar acepta expresamente con la suscripción de este documento. Así mismo, declara conocer los cuales se encuentran en el sitio web. Para la presentación de petición de atención al usuario, el Usuario se compromete a utilizar los recursos remitiéndose al portal web www.servientrega.com o a la línea de atención al usuario: (1) 7789388. Ministerio de Transportes, Licencias No. 885 de 1920 8/2020. MINITC: Licencia No. 2865 de Oct 8/2020.

SERVIENTREGA S.A. NIT. 866.512.330-3
PRINCIPAL: Bogotá, C.D., Colombia
Av Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 32220 Diciembre 20/2022
Somos Grandes Contribuyentes en Bogotá DC (Resolución SHO 001-023769 Nov 29/2021)
Autorizadores Resol. DIAN-08658 Responsables y Retenedores de IVA.
Númeración de Facturación 1976495135984 al 17/7/2023 al 17/7/2023 al No. 60801 al No. 78089.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 1
A54367467

FECHA: 2024/09/15 HORA: 10:31:18
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
CLIENTE: SUREID INTERMEDIA DE SE
NIT: 908595851
DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A - 26 SAPHER MENCIZA
TELÉFONO: 3182789339
EMAIL: CENTROENTREGAS@SERVIENTREGA.COM
ORIGEN: BOGOTÁ/CUNDINAMARCA
SERVICIO (1): GUÍA: 9127336959
FECHA PROG.ENTREGA: 17-05-2024
REGIMEN: MINISAJERÍA EXPRESA
DESTINATARIO: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA
NIT/ID.: 952130
DIRECCIÓN: CALI/VALLE
TELÉFONO: 3192525395 CORREO: 720001291
PRODUCTO: DOCUMENTO UNITARIO
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
FACTURA SISCO-2024-CE-0114

T.E: NORMAL M.T: TERRESTRE PZ: 1
DIMENSIONES PESO VOLUMETRIC PESO FISICO
// (160)
LIQUIDACION SERVICIO TRANSPORTE
SERV VR. DECLA VR.500-ILIT VR.ILIT 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 RECIBIR EN DESTINO: \$ 0




REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CUIE:
608013074670001321919166076404333308F
6ee3f3bb06001321919166076404333308F
SERVIENTREGA S.A NIT. 866.512.330-3
515-F6-86051339 COD COS: 010039
USUARIO: LOZANOS
PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRONICO(MTF/E-ME1)
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 suscrito en la página web de Servientrega S.A. www.servientrega.com y en las soluciones que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clasificar acepta expresamente con la suscripción de este documento. Así mismo, declara conocer los cuales se encuentran en el sitio web. Para la presentación de petición de atención al usuario, el Usuario se compromete a utilizar los recursos remitiéndose al portal web www.servientrega.com o a la línea de atención al usuario: (1) 7789388. Ministerio de Transportes, Licencias No. 885 de 1920 8/2020. MINITC: Licencia No. 2865 de Oct 8/2020.

SERVIENTREGA S.A. NIT. 866.512.330-3
PRINCIPAL: Bogotá, C.D., Colombia
Av Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 32220 Diciembre 20/2022
Somos Grandes Contribuyentes en Bogotá DC (Resolución SHO 001-023769 Nov 29/2021)
Autorizadores Resol. DIAN-08658 Responsables y Retenedores de IVA.
Númeración de Facturación 1976495135984 al 17/7/2023 al 17/7/2023 al No. 60801 al No. 78089.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 1
A54367466

FECHA: 2024/09/15 HORA: 10:37:58
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
CLIENTE: SUREID INTERMEDIA DE SE
NIT: 908595851
DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A - 26 SAPHER MENCIZA
TELÉFONO: 3182789339
EMAIL: CENTROENTREGAS@SERVIENTREGA.COM
ORIGEN: BOGOTÁ/CUNDINAMARCA
SERVICIO (1): GUÍA: 9127336959
FECHA PROG.ENTREGA: 17-05-2024
REGIMEN: MINISAJERÍA EXPRESA
DESTINATARIO: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA
NIT/ID.: 952130
DIRECCIÓN: CALI/VALLE
TELÉFONO: 3192525395 CORREO: 720001291
PRODUCTO: DOCUMENTO UNITARIO
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
FACTURA SISCO-2024-CE-0171

T.E: NORMAL M.T: TERRESTRE PZ: 1
DIMENSIONES PESO VOLUMETRIC PESO FISICO
// (160)
LIQUIDACION SERVICIO TRANSPORTE
SERV VR. DECLA VR.500-ILIT VR.ILIT 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 RECIBIR EN DESTINO: \$ 0




REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CUIE:
608013074660001321919166076404333308F
6ee3f3bb06001321919166076404333308F
SERVIENTREGA S.A NIT. 866.512.330-3
515-F6-86051339 COD COS: 010039
USUARIO: LOZANOS
PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRONICO(MTF/E-ME1)
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 suscrito en la página web de Servientrega S.A. www.servientrega.com y en las soluciones que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clasificar acepta expresamente con la suscripción de este documento. Así mismo, declara conocer los cuales se encuentran en el sitio web. Para la presentación de petición de atención al usuario, el Usuario se compromete a utilizar los recursos remitiéndose al portal web www.servientrega.com o a la línea de atención al usuario: (1) 7789388. Ministerio de Transportes, Licencias No. 885 de 1920 8/2020. MINITC: Licencia No. 2865 de Oct 8/2020.

SERVIENTREGA S.A. NIT. 866.512.330-3
PRINCIPAL: Bogotá, C.D., Colombia
Av Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 32220 Diciembre 20/2022
Somos Grandes Contribuyentes en Bogotá DC (Resolución SHO 001-023769 Nov 29/2021)
Autorizadores Resol. DIAN-08658 Responsables y Retenedores de IVA.
Númeración de Facturación 1976495135984 al 17/7/2023 al 17/7/2023 al No. 60801 al No. 78089.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 1
A54367464

FECHA: 2024/09/15 HORA: 10:31:12
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
CLIENTE: SUREID INTERMEDIA DE SE
NIT: 908595851
DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A - 26 SAPHER MENCIZA
TELÉFONO: 3182789339
EMAIL: CENTROENTREGAS@SERVIENTREGA.COM
ORIGEN: BOGOTÁ/CUNDINAMARCA
SERVICIO (1): GUÍA: 9127336959
FECHA PROG.ENTREGA: 17-05-2024
REGIMEN: MINISAJERÍA EXPRESA
DESTINATARIO: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA
NIT/ID.: 952130
DIRECCIÓN: CALI/VALLE
TELÉFONO: 3192525395 CORREO: 720001291
PRODUCTO: DOCUMENTO UNITARIO
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
FACTURA SISCO-2024-CE-2502

T.E: NORMAL M.T: TERRESTRE PZ: 1
DIMENSIONES PESO VOLUMETRIC PESO FISICO
// (160)
LIQUIDACION SERVICIO TRANSPORTE
SERV VR. DECLA VR.500-ILIT VR.ILIT 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 RECIBIR EN DESTINO: \$ 0



REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CUIE:
608013074640001321919166076404333308F
6ee3f3bb06001321919166076404333308F
SERVIENTREGA S.A NIT. 866.512.330-3
515-F6-86051339 COD COS: 010039
USUARIO: LOZANOS
PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRONICO(MTF/E-ME1)
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 suscrito en la página web de Servientrega S.A. www.servientrega.com y en las soluciones que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clasificar acepta expresamente con la suscripción de este documento. Así mismo, declara conocer los cuales se encuentran en el sitio web. Para la presentación de petición de atención al usuario, el Usuario se compromete a utilizar los recursos remitiéndose al portal web www.servientrega.com o a la línea de atención al usuario: (1) 7789388. Ministerio de Transportes, Licencias No. 885 de 1920 8/2020. MINITC: Licencia No. 2865 de Oct 8/2020.

28302
202

1221

2144

6973

VUELLO SUPERTRANSPORTE

VUELLO SUPERTRANSPORTE

VUELLO SUPERTRANSPORTE

VUELLO SUPERTRANSPORTE

VUELLO 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 DGT 2000 Diciembre
 30/2022
 Sinos Grandes Contribuyentes en
 Bogotá DC (Resolución SIO DGT-023769
 Nov 29/2021)
 Autorizaciones Resol. DIAN: 095998
 de Nov 28/2003.
 Responsables Autorización de IVA.
 Numeración de Facturación
 1876055139884 del 17/7/2023 al
 17/7/2025 Prefijo A543 del No. 60001
 al No. 70800.
 FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 1:

[illegible]

C.E. NOMINAL	M.1: FEBRERRE	P2: 1
DIMENSIONES		
PESO VOLUMETRICO PESO FISICO		
1 (06)		
//		
LIQUIDACION SERVICIO TRANSPORTE		
DEBE	HABER	
1) \$5.000	5000	\$14.500
	VR. P.L.T	VR. TOTAL
	VR. 500 P.L	\$14.500
TOTAL DEL SERVICIO		
SERVICIO	VALOR TOTAL	FORMA DE PAGO
(1)	\$14.500	CONTADO-CON
VALOR A RECIBIR EN DEBITO: \$ 0		

[illegible]

PUERA DE ENTREGA: FÍSICO

El presente es el documento correspondiente al mayor contrato de suministro de energía eléctrica que se ha celebrado entre el pso físico y pso voluémtrico. Este documento es una copia electrónica de venta hecha en un proceso de prueba de auditoría.

El presente documento es el resultado de los dos (2) meses de trabajo de auditoría.

El presente documento es el resultado del contrato que se encuentra publicado en la página web de Servientel (www.servientel.gub.ve) en las direcciones: www.servientel.gub.ve y www.servientel.gub.ve.

El presente documento es el resultado de las solicitudes que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clasificará como información de carácter reservado.

El presente documento, así mismo, declara conocer y aceptar el uso de privacidad y aceptar la política de protección de datos personales de las compañías eléctricas de Venezuela.

El presente documento es el resultado de las solicitudes para la presentación de peticiones, quejas y recursos recibidos a la portal web www.servientel.gub.ve.

El presente documento es el resultado de la atención al usuario (C) 7789046. Ministerio de Transporte y Obras Públicas.

Transportes: Licencias No. 885 de Marzo de 2009.

Minut: Licencia No. 885 de Oct de 2009.

VEÍCULO SUPERTRANSPORTE

SERVIENTREGA S.A. NIT. 860.512.336-3
 P-Principal: Calle 6 D.C., Colombia
 Av Calle 6 D.C., Colombia
 Senos Grandes Contribuyentes. II.
 Resolución DIAN 22220 Diferimare
 20/2022
 Senos Grandes Contribuyentes
 Bogotá D.C.
 Bogotá D.C.
 Autorización
 No. 187649513388
 17/7/2023 al 17/7/2023
 al No. 70089.
 Factura Electrónica de Venta No.:

[illegible]

AL	N.º DE TERRESTRE	P.º 1	
ANES			
	PESO VOLUMÉTRICO	PESO FÍSICO	
	1 (KG)		
	VALUACIÓN SERVICIO TRANSPORTE		
	CLICA	VA. SER. ALT	VA. ALT
	\$ 600	\$ 14.500	\$ 14.500
	TOTAL DE SERVICIO		
	VALOR TOTAL		
	\$ 14.500		
	FORMA DE PAGO		
	CONTADO-CON		
	PRECIO: \$ 14.500		
	IVA: 0,00		
	TOTAL: \$ 0		



GRÁFICA PÁCTURA ELECTRÓNICA
3004756726510116060406747656
53535cf508037194127cf3fe32129

[illegible]

SE
EPA S.A. - NIT. 860-512.330-3
Bogotá D.C., Colombia
Calle
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 12210 Diciembre
26/2022
Somos Grandes Contribuyentes en
Bogotá D. Resolución SIP DDI-023760
del 26/12/2022
Autorretendidos Resol. DIAN 09568
de Nov. 24/2023.
Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización
Numeración de Facturación
19791535984 del 17/7/2023 al
1.7/2025 por el No. 00001
del No. 70000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No.:

[illegible]

NORMAL	N.T. TERRESTRE	PZ. 1	
DE DIMENSIONES	PESO VOLUMETICO	PESO FISICO	\$/KG
//			
	LIQUIDACION SERVICIO TRANSPORTE		
VR. DIELA	VR. \$500/JET	VR. FET	VR. TOTAL
\$5.-000	\$500	\$10.-000	\$15.-500
	TOTAL DEL SERVICIO		
RECIBO	VALOR TOTAL	PUNTA DE PAGO	
	\$10.-500	CONTADO-COIN	
	TOTAL SERVICIO:	\$ 5.-500	
	A RECORRER RE ENTREGA:		



PRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA
 NTA CUCPE:
 17F7A5FCE242afaf4bdc09f86a3ebc3baf952
 2dbd6a0a4672anb4ed87c4eb07cf4b72461604
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 51

[illegible]

SERVIDENTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
 Principal: Bogotá D.C., Colombia
 Av Calle 6 No 34 A - 11.
 Somos Grandes Contribuyentes.
 Resolución DIAN 11228 Diclembre
 de 2017
 Sonos Grandes Contribuyentes
 Bogotá DC Resolución S40 D01-023769
 Nov 29/2017
 Autoconcordatados Resol. DIAN:86698
 de Nov 24/2003.
 Responsables de Facturaciones de IVA.
 Numeración de Facturaciones
 18764651539884 del 7/7/2023 al
 1772325 Prefijo JA54 del No. 60001
 al No. 780006.
 FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:

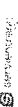
[illegible]

NORMAL	M. T. TERRESTRE	PZ: 3
RENDIMIENTOS		
11	1103	
LIQUIDACION SERVICIO TRANSPORTE		
VR. DECLA	VR. SMO	VR. TLT
VR. SMO	\$500	\$14,000
TOTAL DEL SERVICIO		\$14,500
FORMA DE PAGO		
TOTAL VALOR TOTAL		\$14,500
TOTAL SERVICIO		\$14,500
REMANEJO		\$0



PRESENTACION GRAFICA FACTURA ELECTRONICA
ATA CUFE:
37327217901086702955097366f8065384a23c5
37327217901086702955097366f8065384a23c5
POR DE FACTURA ELECTRONICA:
Ata-rega S.A. NIT: 860.512.330-3
860512330 COD CDS: 010039
LOZANOS
DE ADMONIT:0(NMT/E-N31)}

[illegible]



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
26/2022
Somos Grandes Contribuyentes en
Bogotá DC (Nov. 29/2021)
Autoretendedores Resol. DIAN-89698
de Nov 29/2021.
Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización
Numeración de Facturación
1876405139884 del 7/7/2023 al
3/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60001
al No. 70000.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
A54367486

FECHA: 2024/09/15 HORA: 11:14:26
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
CLIENTE: SUBRO INTEGRADA DE SE
NIT: 980599851
DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A - 26 SAMPUR
MEHODZA
TELÉFONO: 3136789339
EMAIL: CENTROENTEINTENDIDOS@GMAIL.COM
ORIGEN: BOGOTÁ/CIUDADIANICA
SERVICIO (1): GUÍA: 9173369628
FECHA PROL-ENTREGA: 18-05-2024
REGIMEN: MINISAJERÍA EMPRESA
DESTINATARIO: CAJACOPÍ EPS LENIARDE GALINDO
DANIS QUINTERO FREY ROMO
NIT/ID.: 444672
DIRECCIÓN: CALLE 44 # 46 - 72
TELÉFONO: 444672 CORREO: 080003030
PRODUCTO: DOCUMENTO INICIAL
CONTENIDO: DOCUMENTO
OBSERVACIONES:
FACTURA: 467703

T.E.: NORMAL M.T.: TERRESTRE PZ: 1
DIMENSIONES PESO VOLUMÉTRICO *PESO FÍSICO
// 1 (KG)
LIQUIDACIÓN SERVICIO TRANSPORTE
SERV. VR. DECL. VR. SUB-FLY VR. FLT. VR. TOTAL
(1) \$5.000 \$500 \$14.000 \$14.500
TOTAL DEL SERVICIO
SERVICIO VALOR TOTAL FORMA DE PAGO
(1) \$14.500 \$14.500 CONTADO-CON
VALOR TOTAL SERVICIO: \$ 14.500
VALOR A PAGAR EN DESTINO: \$ 0



REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRON
DE VENTA CUIE:
0342746491869653674762b4dc58641c69433
476653
PROVEEDOR DE FACTURA ELECTRÓNICA:
Servientrega S.A NIT: 860.512.330-3
514-fe-860512330 COD CDE: 010039
USUARIO: LOZANOS
PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRONICO(MT/VE-MH1)
PRUEBA DE ENTREGA: FÍSICO
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.CO y en las
Soluciones, que regula el servicio acordado
entre las partes, cuyo contenido clausular
nuestro aviso de privacidad y aceptar la
política de protección de datos Personales
Para la presentación de peticiones, quejas
y recursos remitirse al portal web
WWW.SERVIENTREGA.CO o a la línea de atención
al usuario: (1) 7000300. Ministerio de
transporte: Licencias No. 885 de marzo
8/2000. MUTCIC: Licencia No. 2005 de oct
8/2000.

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
26/2022
Somos Grandes Contribuyentes en
Bogotá DC (Nov. 29/2021)
Autoretendedores Resol. DIAN-89698
de Nov 29/2021.
Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización
Numeración de Facturación
1876405139884 del 7/7/2023 al
3/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60001
al No. 70000.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
A54367485

FECHA: 2024/09/15 HORA: 11:14:26
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
CLIENTE: SUBRO INTEGRADA DE SE
NIT: 980599851
DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A - 26 SAMPUR
MEHODZA
TELÉFONO: 3136789339
EMAIL: CENTROENTEINTENDIDOS@GMAIL.COM
ORIGEN: BOGOTÁ/CIUDADIANICA
SERVICIO (1): GUÍA: 9173369628
FECHA PROL-ENTREGA: 18-05-2024
REGIMEN: MINISAJERÍA EMPRESA
DESTINATARIO: CAJACOPÍ EPS LENIARDE GALINDO
DANIS QUINTERO FREY ROMO
NIT/ID.: 444672
DIRECCIÓN: CALLE 44 # 46 - 72
TELÉFONO: 444672 CORREO: 080003030
PRODUCTO: DOCUMENTO INICIAL
CONTENIDO: DOCUMENTO
OBSERVACIONES:
FACTURA: 467703

T.E.: NORMAL M.T.: TERRESTRE PZ: 1
DIMENSIONES PESO VOLUMÉTRICO *PESO FÍSICO
// 1 (KG)
LIQUIDACIÓN SERVICIO TRANSPORTE
SERV. VR. DECL. VR. SUB-FLY VR. FLT. VR. TOTAL
(1) \$5.000 \$500 \$14.000 \$14.500
TOTAL DEL SERVICIO
SERVICIO VALOR TOTAL FORMA DE PAGO
(1) \$14.500 \$14.500 CONTADO-CON
VALOR TOTAL SERVICIO: \$ 14.500
VALOR A PAGAR EN DESTINO: \$ 0



REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRON
DE VENTA CUIE:
8952c2074d81009757dadd357934d899946c4d872
704965
PROVEEDOR DE FACTURA ELECTRÓNICA:
Servientrega S.A NIT: 860.512.330-3
514-fe-860512330 COD CDE: 010039
USUARIO: LOZANOS
PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRONICO(MT/VE-MH1)
PRUEBA DE ENTREGA: FÍSICO
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.CO y en las
Soluciones, que regula el servicio acordado
entre las partes, cuyo contenido clausular
nuestro aviso de privacidad y aceptar la
política de protección de datos Personales
Para la presentación de peticiones, quejas
y recursos remitirse al portal web
WWW.SERVIENTREGA.CO o a la línea de atención
al usuario: (1) 7000300. Ministerio de
transporte: Licencias No. 885 de marzo
8/2000. MUTCIC: Licencia No. 2005 de oct
8/2000.

VIGILADO SUPERTRANSPORTE



SERVIENTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C. Col
AV Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 12220 Diciembre
26/2022
Somos Grandes Contribuyentes en
Bogotá DC (Nov 29/2021)
Autoretendedores Resol. DIAN-89698
de Nov 29/2021.
Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización
Numeración de Facturación
1876405139884 del 7/7/2023 al
3/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60001
al No. 70000.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
A54367484

FECHA: 2024/09/15 HORA: 11:14:26
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
CLIENTE: SUBRO INTEGRADA DE SE
NIT: 980599851
DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A - 26 SAMPUR
MEHODZA
TELÉFONO: 3136789339
EMAIL: CENTROENTEINTENDIDOS@GMAIL.COM
ORIGEN: BOGOTÁ/CIUDADIANICA
SERVICIO (1): GUÍA: 9173369628
FECHA PROL-ENTREGA: 18-05-2024
REGIMEN: MINISAJERÍA EMPRESA
DESTINATARIO: CAJACOPÍ EPS LENIARDE GALINDO
DANIS QUINTERO FREY ROMO
NIT/ID.: 444672
DIRECCIÓN: CALLE 44 # 46 - 72
TELÉFONO: 444672 CORREO: 080003030
PRODUCTO: DOCUMENTO INICIAL
CONTENIDO: DOCUMENTO
OBSERVACIONES:
FACTURA: 467702

T.E.: NORMAL M.T.: TERRESTRE PZ: 1
DIMENSIONES PESO VOLUMÉTRICO *PESO FÍSICO
// 1 (KG)
LIQUIDACIÓN SERVICIO TRANSPORTE
SERV. VR. DECL. VR. SUB-FLY VR. FLT. VR. TOTAL
(1) \$5.000 \$500 \$14.000 \$14.500
TOTAL DEL SERVICIO
SERVICIO VALOR TOTAL FORMA DE PAGO
(1) \$14.500 \$14.500 CONTADO-CON
VALOR TOTAL SERVICIO: \$ 14.500
VALOR A PAGAR EN DESTINO: \$ 0



REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA
DE VENTA CUIE:
12842c2f3a7177960b04f93b17564441902548c793
60820073407073302070a03f9f9f592847ef0d57
636467
PROVEEDOR DE FACTURA ELECTRÓNICA:
Servientrega S.A NIT: 860.512.330-3
514-fe-860512330 COD CDE: 010039
USUARIO: LOZANOS
PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRONICO(MT/VE-MH1)
PRUEBA DE ENTREGA: FÍSICO
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.CO y en las
Soluciones, que regula el servicio acordado
entre las partes, cuyo contenido clausular
nuestro aviso de privacidad y aceptar la
política de protección de datos Personales
Para la presentación de peticiones, quejas
y recursos remitirse al portal web
WWW.SERVIENTREGA.CO o a la línea de atención
al usuario: (1) 7000300. Ministerio de
transporte: Licencias No. 885 de marzo
8/2000. MUTCIC: Licencia No. 2005 de oct
8/2000.

VIGILADO SUPERTRANSPORTE



SERVIENTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C. Col
AV Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 12220 Diciembre
26/2022
Somos Grandes Contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución SHO DDT-023769
Nov 29/2021)
Autoretendedores Resol. DIAN-89698
de Nov 29/2021.
Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización
Numeración de Facturación
1876405139884 del 7/7/2023 al
3/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60001
al No. 70000.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
A54367483

FECHA: 2024/09/15 HORA: 11:10:33
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
CLIENTE: SUBRO INTEGRADA DE SE
NIT: 980599851
DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A - 26 SAMPUR
MEHODZA
TELÉFONO: 3136789339
EMAIL: CENTROENTEINTENDIDOS@GMAIL.COM
ORIGEN: BOGOTÁ/CIUDADIANICA
SERVICIO (1): GUÍA: 9173369628
FECHA PROL-ENTREGA: 18-05-2024
REGIMEN: MINISAJERÍA EMPRESA
DESTINATARIO: CAJACOPÍ EPS LENIARDE GALINDO
DANIS QUINTERO FREY ROMO
NIT/ID.: 444672
DIRECCIÓN: CALLE 44 # 46 - 72
TELÉFONO: 444672 CORREO: 080003030
PRODUCTO: DOCUMENTO INICIAL
CONTENIDO: DOCUMENTO
OBSERVACIONES:
FACTURA: 467701

T.E.: NORMAL M.T.: TERRESTRE PZ: 1
DIMENSIONES PESO VOLUMÉTRICO *PESO FÍSICO
// 1 (KG)
LIQUIDACIÓN SERVICIO TRANSPORTE
SERV. VR. DECL. VR. SUB-FLY VR. FLT. VR. TOTAL
(1) \$5.000 \$500 \$14.000 \$14.500
TOTAL DEL SERVICIO
SERVICIO VALOR TOTAL FORMA DE PAGO
(1) \$14.500 \$14.500 CONTADO-CON
VALOR TOTAL SERVICIO: \$ 14.500
VALOR A PAGAR EN DESTINO: \$ 0



REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA
DE VENTA CUIE:
79001001f86031006304643307308f0a0970303
149726486270b1f8f46b48a6a2a0f5a03a0405
636467
PROVEEDOR DE FACTURA ELECTRÓNICA:
Servientrega S.A NIT: 860.512.330-3
514-fe-860512330 COD CDE: 010039
USUARIO: LOZANOS
PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRONICO(MT/VE-MH1)
PRUEBA DE ENTREGA: FÍSICO
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.CO y en las
Soluciones, que regula el servicio acordado
entre las partes, cuyo contenido clausular
nuestro aviso de privacidad y aceptar la
política de protección de datos Personales
Para la presentación de peticiones, quejas
y recursos remitirse al portal web
WWW.SERVIENTREGA.CO o a la línea de atención
al usuario: (1) 7000300. Ministerio de
transporte: Licencias No. 885 de marzo
8/2000. MUTCIC: Licencia No. 2005 de oct
8/2000.

VIGILADO SUPERTRANSPORTE



SERVIENTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C. Col
AV Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 12220 Diciembre
26/2022
Somos Grandes Contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución SHO DDT-023769
Nov 29/2021)
Autoretendedores Resol. DIAN-89698
de Nov 29/2021.
Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización
Numeración de Facturación
1876405139884 del 7/7/2023 al
3/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60001
al No. 70000.
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
A54367483

FECHA: 2024/09/15 HORA: 11:10:33
INFORMACIÓN DEL SERVICIO
CLIENTE: SUBRO INTEGRADA DE SE
NIT: 980599851
DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A - 26 SAMPUR
MEHODZA
TELÉFONO: 3136789339
EMAIL: CENTROENTEINTENDIDOS@GMAIL.COM
ORIGEN: BOGOTÁ/CIUDADIANICA
SERVICIO (1): GUÍA: 9173369628
FECHA PROL-ENTREGA: 18-05-2024
REGIMEN: MINISAJERÍA EMPRESA
DESTINATARIO: CAJACOPÍ EPS LENIARDE GALINDO
DANIS QUINTERO FREY ROMO
NIT/ID.: 444672
DIRECCIÓN: CALLE 44 # 46 - 72
TELÉFONO: 444672 CORREO: 080003030
PRODUCTO: DOCUMENTO INICIAL
CONTENIDO: DOCUMENTO
OBSERVACIONES:
FACTURA: 467701



T.E.: NORMAL M.T.: TERRESTRE PZ: 1
DIMENSIONES PESO VOLUMÉTRICO *PESO FÍSICO
// 1 (KG)
LIQUIDACIÓN SERVICIO TRANSPORTE
SERV. VR. DECL. VR. SUB-FLY VR. FLT. VR. TOTAL
(1) \$5.000 \$500 \$14.000 \$14.500
TOTAL DEL SERVICIO
SERVICIO VALOR TOTAL FORMA DE PAGO
(1) \$14.500 \$14.500 CONTADO-CON
VALOR TOTAL SERVICIO: \$ 14.500
VALOR A PAGAR EN DESTINO: \$ 0



REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA
DE VENTA CUIE:
79001001f86031006304643307308f0a0970303
149726486270b1f8f46b48a6a2a0f5a03a0405
636467
PROVEEDOR DE FACTURA ELECTRÓNICA:
Servientrega S.A NIT: 860.512.330-3
514-fe-860512330 COD CDE: 010039
USUARIO: LOZANOS
PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRONICO(MT/VE-MH1)
PRUEBA DE ENTREGA: FÍSICO
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.CO y en las
Soluciones, que regula el servicio acordado
entre las partes, cuyo contenido clausular
nuestro aviso de privacidad y aceptar la
política de protección de datos Personales
Para la presentación de peticiones, quejas
y recursos remitirse al portal web
WWW.SERVIENTREGA.CO o a la línea de atención
al usuario: (1) 7000300. Ministerio de
transporte: Licencias No. 885 de marzo
8/2000. MUTCIC: Licencia No. 2005 de oct
8/2000.

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

207


DIAN POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14831630612	
				 (415770721248990418020) 0000014831630612	
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 COLOMBIA		29. Departamento Bogotá D.C.	
30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		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	
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 9 9 9	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 3 5 7 8 9 1 0 3 4 1 5 4 2 4 8 5 2					
03- Impuesto al patrimonio					
14- Informante de exogene					
05- Impo. renta y compl. régimen ordinario					
15- Autorretenedor					
07- Retención en la fuente a título de rept.					
42- Obligado a llevar contabilidad					
08- Retención umbral 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					
54. Código 2 3					
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 <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
60. No. de Folios: 0					
61. Fecha 2022 - 06 - 06 / 07 : 51: 22					
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 1825 de 2016 Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre SIERRA MARTINEZ MARTHA YANETH 985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado					

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

07/05/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467962		14500
07/05/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467960		14500
07/05/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467957		14500
07/05/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	CAJA	FACTURAS PARA RADICAR	467930	4	23050
07/05/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467932		14500
07/05/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	CAJA	FACTURAS PARA RADICAR	467927	2	19500
07/05/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	CAJA	FACTURAS PARA RADICAR	467925	1	19500
07/05/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	CAJA	FACTURAS PARA RADICAR	467922	2	19500
07/05/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467958		14500
07/05/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467920		14500
07/05/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467912		14500
07/05/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467921		14500
07/05/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467916		14500
07/05/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467910		14500
07/05/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467909		14500
07/05/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467968		14500
07/05/2024	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y/O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	CAJA	FACTURAS PARA RADICAR	467965	5	25750

	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	CRA 9 N° 52 N 130 CONJUNTO INDUSTRIAL LA FLORA	CALI	VALLE	SOBRE	OFICIO	SISSCO-2024-CE-25302		14500
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	CRA 9 N° 52 N 130 CONJUNTO INDUSTRIAL LA FLORA	CALI	VALLE	SOBRE	OFICIO	SISSCO-2024-CE-001316		14500
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	CRA 9 N° 52 N 130 CONJUNTO INDUSTRIAL LA FLORA	CALI	VALLE	SOBRE	OFICIO	SISSCO-2024-CE-1721		14500
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	CRA 9 N° 52 N 130 CONJUNTO INDUSTRIAL LA FLORA	CALI	VALLE	SOBRE	OFICIO	SISSCO-2024-CE-2114		14500
	PIAOS SALUD EPSI	KR 8 A N° 17-22	IBAGUE	TOLIMA	SOBRE	OFICIO	SISSCO-2024-CE-006973		14500
	PIAOS SALUD EPSI	KR 8 A N° 17-22	IBAGUE	TOLIMA	SOBRE	OFICIO	SISSCO-2024-CE-008746		14500
	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL ATLANTICO	CALLE 40 KRA 45 Y 46 HEBERT CASTRO GOBERNACION DEL ATLANTICO SECRETARIA DE SALUD TEL 3307207	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	OFICIO	SISSCO-2024-CE-008197		14500
	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPÍ ATLANTICO	CL 44 N 46-16 BI ABAJO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	OFICIO	SISSCO-2024-CE-008499	2	14500
09/04/2024	CAJACOPÍ	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	CAJA	FACTURAS PARA RADICAR	467455	2	19500
09/04/2024	CAJACOPÍ	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	CAJACOPÍ	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467706		14500
09/04/2024	CAJACOPÍ	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467640		14500
09/04/2024	CAJACOPÍ	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467641		14500
09/04/2024	CAJACOPÍ	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467695		14500
09/04/2024	CAJACOPÍ	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467696		14500
09/04/2024	CAJACOPÍ	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467697		14500
09/04/2024	CAJACOPÍ	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	467698		14500

278

 <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	8/05/2024
NOMBRE FUNCIONARIO	Erika Yohana Plazas Veloza
ÁREA / DEPENDENCIA	Gestión Documental
CENTRO DE COSTO	7ADM09 5111230001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	Ventanilla Primera de Mayo.

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

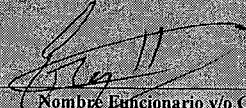
Se solicita la suma de \$ 948.150 para cubrir los gastos asociados al envío de comunicaciones oficiales fuera de Bogotá. En total 60 oficios.


3. JUSTIFICACIÓN

Actualmente, estamos en proceso de establecer un contrato de mensajería especializada, sin embargo, aún no se ha concluido debido a que se ha declarado desierto.
Debido a la urgencia de radicar facturas y comunicaciones oficiales con destinos fuera de Bogotá, solicitamos los fondos necesarios. Adjuntamos una lista de envíos que incluye detalles sobre destino y peso, ya que estos factores afectan el costo del envío. No incluimos una cotización directa de Servientrega; en su lugar, proporcionamos valores aproximados basados en una cotización virtual. Tuvimos en cuenta las dimensiones y el peso, ya que la empresa indica que la cotización final se determina una vez que ellos pesan y validan las medidas.

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:

221



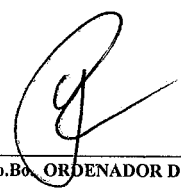
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE RECURSOS FISICOS
FORMATO COMPROBANTE CAJA MENOR

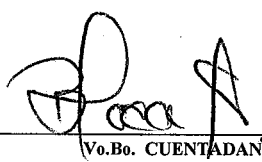
CÓDIGO: AP-RE-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

I. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6206	FECHA	16/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MANTENIMIENTO ESE		
VALOR:	\$178.500,00		
LA SUMA DE:	CIENTO SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M.CTE.		

CONCEPTO:	FACTURA No. FE 7715 BDIAZ HERMANOS SAS NIT 900.282.582-9 ACOPLE L-125 NECESARIO PARA BOMBAS DE VACIO DEL HOSPITAL SANTA CLARA POR RUPTURA, PARA PONER EN FUNCIONAMIENTO, SOLICITADO POR FREDDY ENRIQUE AGUILAR CASTRO, GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO.
-----------	---


Vo.Bº. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bº. CUENTADANTE

12821





BDIAZ HERMANOS SAS
NIT.900.282.582-9
No Somos Autorretenedores
Responsable del Impuesto a las Ventas IVA
Actividad Económica 2814 Tarifa 11.04 x 1000
No somos Grandes Contribuyentes

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. FE 7715
Habilitación No.18764061061931 de dic.01/2023
Facturación Electrónica de Venta FE 7225 al
10000 Vigencia 12 meses

Nombre : SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit ó Ced. : 900959051-7
Dirección : DIAG. 34 No. 5-43
Ciudad : BOGOTA DC
Teléfono : 3444484
Correo : subcentrooriente@saludcapital.gov.co

Fecha Factura: : 15/05/2024 12:12:46
Vencimiento : 15/05/2024
Forma Pago: : CONTADO
Vendedor: : BARCO JHON

REF.	CONCEPTO	CANT.	VR.UNIT.	SUBTOTAL	%	I.V.A	VR. TOTAL
AC125	ACOPL125	1.00	178,500	150,000	19.00%	28,500	178,500

16 MAY 2024



Para pagos, transferencias y/o consignaciones a nombre de BDIAZ HERMANOS SAS
BANCO DE BOGOTA CUENTA CORRIENTE No.054255245
BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS No.23100001500

SON: CIENTO SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

Subtotal	150,000
IVA	28,500
- Rete-IVA	0
- ReteFuente	0
- Rete- ICA	0
TOTAL A PAGAR \$	178,500



OBSERVACIONES:

Freddy E. Aguilar
1090423251

La presente factura de venta tiene carácter de título valor, según artículos 621,772 y 774 del Código de Comercio (Artículo 2 ley 1231 de 2008) en caso de mora causara el interés mensual máximo legal autorizado por la ley.

5925582bec36551e4e67ddbcdde615e9dbb21fb418d4ae5a6bb4f0c90a675dd684d756b04f018e00cc24b34d6cea3585

2024-05-15T17:12:22.401Z

Factura Electrónica - Software Propio NIT.900.282.582-9 Bdlaz Hermanos Sas - HYMLYMA
Carrera 24 No.12-25 Barrio Ricaurte - Tel 601 277 8821 Celular 310 268 7705 - Bogotá D.C. (Colombia)
Correo electrónico: almaceny tallerbdiaz@gmail.com

223



SEÑORES:

SU RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E S E

ATN, SR: COMPRAS

COTIZACION No. 1405-24

FECHA: MAYO 14 DE 2024

CANTIDAD	DETALLE	VR UNIT.	TOTAL
1	ACOPLE L-125	\$150.000	\$150.000
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
Observacion:		SUBTOTAL	\$150.000
TIEMPO DE ENTREGA:		IVA	\$28.500
1 DIA HAB. A PARTIR DE SU O.C.		TOTAL	\$178.500
FORMA DE PAGO: CONTADO			

DANIEL BARCO
CEL. 310 2687705
TEL. 277 8821 / 247 1681
VALIDEZ DE LA OFERTA: 3 DIAS

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto13Actualización de oficio

4. Número de formulario14853721836

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)900282582

6. DV9

12. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico32

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 socialBDIAZ HERMANOS S A S

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA169

39. DepartamentoBogotá D.C.11

40. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.001

41. Dirección principalCR 24 12 25 BRR RICAURTE

42. Correo electrónicoalmacenytallerbdiaz@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 12778821

45. Teléfono 23102687705

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

51. Código

52. Número establecimientos

46. Código2814

47. Fecha inicio actividad20090409

48. Código2410

49. Fecha inicio actividad20090409

50. Código12431

51. Código

52. Número establecimientos2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código57910142485255

05- Impto. renta y compl. régimen ordinari

52 - Facturador electrónico

07- Retención en la fuente a título de rent

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. Código2322

55. Forma3

56. Tipo3

57. Modo1

58. CPC97

59. AnexosSI

60. No. de Folios0

61. Fecha2022-08-24/00:32:53

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. NombreACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 24-08-2022 12:32:54AM

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTÁ 14 DE MAYO DEL 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	FREDDY ENRIQUE AGUILAR CASTRO
AREA / DEPENDENCIA	AMBIENTE FISICO-INFRAESTRUCTURA
CENTRO DE COSTO	15C104 738702005
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	HOSPITAL SANTA CLARA

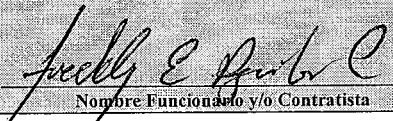
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

SUMINISTRO ACOPLE L-125

3. JUSTIFICACIÓN

SE REQUIERE EL ACOPLE L-125, TODA VEZ QUE UNA DE LAS DOS BOMBAS DE VACIO DEL HOSPITAL SANTA CLARA EL PASADO SABADO 11 DE MAYO SUFRIO RUPTURTA Y POR ENDER QUEDO FUERA DE SERVICIO EL EQUIPO, POR LO CUAL ES VITAL PARA LA GENERACION DE VACIO EN LAS DIFERENTES PARTES ASISTENCIALES.

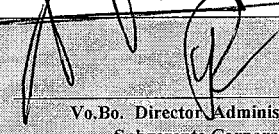
4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO



Nombre Funcionario y/o Contratista



Vo.Bo. Funcionario Almacén

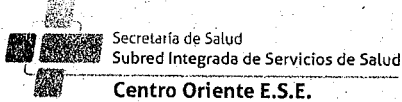


Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

EL COMPONENTE SOLICITADO, NO SE ENCUENTRA CONTEMPLADO EN LOS CONTRATOS ADJUDICADOS

Juan Felipe Fuentes Sarmiento
Arquitecto
A11220220-1019077311



COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000076370

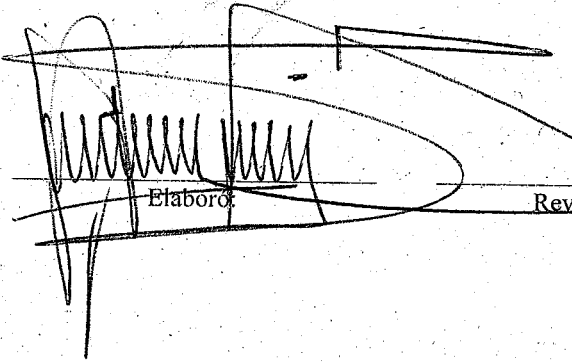
PROVEEDOR: BDIAZ HERMANOS SAS NIT: 900282582 FECHA: 16/05/2024 11:17 a. m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CR 24 N 12 - 25 BRR RICAURTE MONEDA: Pesos
TELEFONO: TASA CAM: 0,00
N° FACTURA: FE7715 % ICA: 0,0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 15/05/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
152RM013348	ACOPLE PARA TOMA SALIDA DE AIRE	UNIDAD	1,00	\$ 150.000,00	\$ 150.000,00	0,00	19,00

DETALLE
COMPRA POR CAJA MENOR - INFRAESTRUCTURA HOSPITAL SANTA CLARA - VICTOR CHAVEZ.

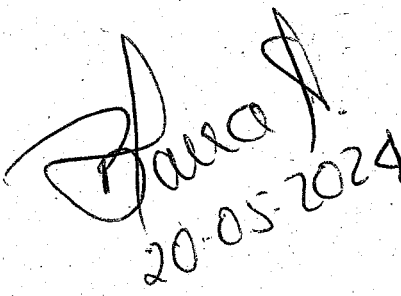
SUBTOTAL: \$ 150.000,00
DESCUENTO: \$ 0,00
IMPUESTO: \$ 28.500,00
FLETES: \$ 0,00
IMP FLETES: \$ 0,00
RETE IVA: \$ 0,00
RETE ICA: \$ 0,00
RETE FUENTE: \$ 0,00
OTRAS RETE: \$ 0,00
OTRAS DEDUC: \$ 0,00
IMP DISTRI: \$ 0,00
AJUSTE RED: \$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00
TOTAL COMPR: \$ 178.500,00

TOTAL COMPROBANTE:
CIENTO SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.


Elaboro: Revisó Almacen



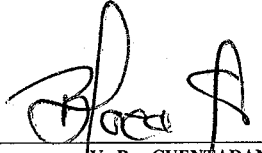
Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Revisado Impuestos:


20-05-2024

6206

227

 <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°	6207	FECHA	17/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	BIENESTAR		
VALOR:	\$250.000,00		
LA SUMA DE:	DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. FE-173 JULIAN ALEXANDER URREGO VELÁSQUEZ NIT 80.845.602-1, OFRENDAS FLORALES CON EL FIN DE REALIZAR ENTREGA POR FALLECIMIENTO DEL FUNCIONARIO Y/O PERDIDAD DEL FAMILIAR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., SOLICITADO POR JOHANNA PATRICIA RODRÍGUEZ GÓMEZ, LIDER TALENTO HUMANO R.FTE. 6%.....\$15.000 R.ICA 9.66 POR MIL.....2.415		
 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bo. CUENTADANTE	

4

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

522414642c72ce6e0b1ea326823ef2568d431db0261fdd81ce5b330a28c19dd3e6eb38f07b1360a4ecfe7ebc8e4334cc

Número de Factura: FE-173

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 06/05/2024

Medio de Pago: Instrumento no definido

Fecha de Vencimiento: 06/05/2024

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: rapifloresbogota@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@subredcentroorientegov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	001	ofrendas por fallecimiento y o perdidas familiares	NIU	1,00	\$ 250.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 250.000,00

Notas Finales

Línea de negocio:

		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14807935091	
					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 808456021				12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
6. DV 1				14. Buzón electrónico 32	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 13		26. Número de Identificación 80845602	
27. Fecha expedición 20040116		28. País COLOMBIA 169		29. Departamento Bogotá D.C. 11	
30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 001		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		38. País COLOMBIA 169	
39. Departamento Bogotá D.C. 11		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 001		41. Dirección principal CL 33 A 15 23	
42. Correo electrónico rapifloresbogota@gmail.com		43. Código postal		44. Teléfono 1 3212365005	
45. Teléfono 2		CLASIFICACIÓN		Actividad económica	
Actividad principal 46. Código 4773		Actividad secundaria 48. Código 4759		Otras actividades 49. Fecha inicio actividad 20200813	
50. Código 8299		51. Código		52. Número establecimientos 1	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 49					
49 - No responsable de IVA					
Obligados aduaneros					
54. Código					
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					

DIAN

POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario
14807935091

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)
8 0 8 4 5 6 0 2 | 1

6. DV
1

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico
8 2

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento
Establecimiento de comerci 0 2

161. Actividad económica
Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético, 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento
RAPIFLORES

163. Departamento
Bogotá D.C. 1 1

164. Ciudad/Municipio
Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección
CL 33 A 15 80

166. Número de matrícula mercantil
0 3 2 7 3 2 5 3

167. Fecha de la matrícula mercantil
2 0 2 0 0 8 1 9

168. Teléfono
3 2 1 2 3 6 5 0 0 5

169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento

161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento

164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil

167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono

169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento

161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento

164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil

167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono

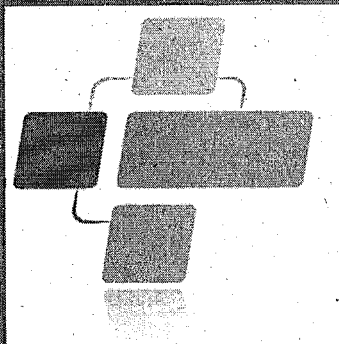
169. Fecha de cierre

Fecha generación documento PDF: 22-01-2022 04:24:03PM

RUBRO CAJA MENOR

ABRIL 2024

**GESTIÓN DEL TALENTO
HUMANO**



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

ACUERDO SINDICAL INSTITUSIONAL 2020

2.7 SOLIDARIDAD

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., comunica a través de la una tarjeta de condolencia el fallecimiento del familiar del trabajador 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 de ofrendas florales por un valor mensual de \$ 250,000 pesos, de acuerdo al presupuesto designado para entregar cada mes en la vigencia 2024.




Relación de entrega de acuerdo a la perdida del funcionario y/o familiar, en el mes de abril 2024.

Abril 2024					
Nombres y Apellidos	Documento	Empleo	Grado	Fecha De Entrega	Vinculo
Jineth Valero Peña	52.205.201	Auxiliar De Dental	412-13	2/05/2024	Hermano
Gloria Inés Pulido Diaz	51.920.047	Auxiliar Área Salud	412-17	8/04/2024	Hermano
Luz Daris Morales Laverde	51.857.893	Técnico Operativo	314-14	8/04/2024	Madre
Andrea Johanna Chaparro Bohorquez	53.038.157	Auxiliar Área Salud	412-17	22/04/2024	Abuelo

Modelo de ofrendas:



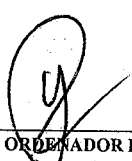
733

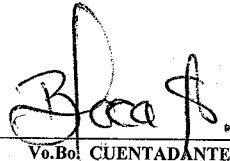
 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS</div> <div>FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR</div>	<div>CÓDIGO: AP-RF-FT-002</div> <div>VERSIÓN: 03</div> <div>FECHA: 2018-05-16</div>
1. INFORMACIÓN		
CIUDAD Y FECHA	Bogotá 2/05/2024	
NOMBRE FUNCIONARIO	Johanna Patricia Rodriguez Gomez	
ÁREA / DEPENDENCIA	Talento Humano	
CENTRO DE COSTO	7AMDOS 511900003	
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 perdida 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?	<div>SI</div> <div>NO</div> <div>X</div>	<div>N/A</div> <div>Vo.Bo. Funcionario Almacén</div>
<div></div> <div>Nombre Funcionario y/o Contratista</div>		<div></div> <div>Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo</div>
5. OBSERVACIÓN:		

1. INFORMACIÓN

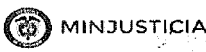
COMPROBANTE N°	6208	FECHA	20/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	IMPUESTOS TASAS DERECHOS CONTRIBUCIONES Y MULTAS		
VALOR:	\$22.100,00		
LA SUMA DE:	VEINTIDÓS MIL CIENT PESOS M.CTE.		

CONCEPTO:	CANCELADO A SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO NIT 899.999.007-0 POR EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO DE LIBERTAD Y TRADICIÓN DEL INMUEBLE UBICADO EN LA VICTORIA, PARA RESPUESTA AL ÁREA DE PLANEACIÓN, SOLICITADO POR NELLY CAMILA LÓPEZ MENDOZA, LIDER ACTIVOS FIJOS.
-----------	---


Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bo. CUENTADANTE

RECIBO 97209300
Fecha compra: 20-05-2024 16:07
Fecha generación: 20-05-2024 16:13



735

Comprobante de transacción

Tipo de Pago: Reval
Servicio: Certificados Tradicion
Convenio: CTLS

Datos Personales

Solicitante: SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO
Documento: NI-900959051-7
Usuario / P.: CC1068583295 ORIP Bogota Zona Sur
Inf. Pago: - 0 - 20/05/2024


Código	Oficina Registral	Matricula	PIN	Valor
104251794	BOGOTA ZONA SUR	40254510	240520237694665873	\$ 22,100
Total				\$ 22,100

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

Recibido
Natly Comita Lopez
1090506607 M.

236

 <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	Bogotá, 20 de mayo 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	Nally camila López Mendoza
ÁREA /DEPENDENCIA	Activos Fijos
CENTRO DE COSTO	7ADM12 51164001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	Santa Clara

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

certificado de libertad u tradición de victoria

3. JUSTIFICACIÓN

Nos solicitan desde el area de planeación al C.I.T del Hospital la victoria donde tenga un tiempo no mayor a un mes para subsanar un oficio emitido por la secretaria de planeación.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

N/A
Vo.Bo. Funcionario Almacén

Nally camila López Mendoza
Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

237

I. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6209	FECHA	20/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MANTENIMIENTO ESE		
VALOR:	S20.000,00		
LA SUMA DE:	VEINTE MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A ZULY ANDREA LARGO VELANDIA NIT 52487.431-0 POR DESPINCHE DE LLANTA TRASERA IZQUIERDA DEL VEHÍCULO MOVIL 6281 DE PLACA OLN 313 PERTENECIENTE A LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE, SOLICITADO POR DANIEL MURCIA LIDER APH.		


Vo.Bº. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bº. CUENTABANTE

*

738

TECNISERVICIOS ZION

NIT. 52487431-0 REGIMEN SIMPLIFICADO
ACTIVIDAD ECONOMICA 4520
CEL 321 244 4632-312 511 1782
Cra 3 Este # 22 sur 90, Bogota D.C. TEXACO SAN BLAS

FACTURA DE VENTA

1605/24

0058

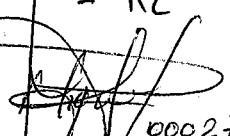
CLIENTE Miguel Sotelo

TELEFONO

VEHICULO Ambulancia

KILOMETRAJE

PLACA OLN 313

Lavado	<div><div>TECNISERVICIOS ZION</div><div><small>NIT. 52487431-0 REGIMEN SIMPLIFICADO</small></div><div>CANCELADO</div></div> <div>1 KZ</div> <div>20.000</div>	<div>Recibido: </div> <div>000279329</div>
Lavado general		
Alineación y Balanceo		
Nitrógeno		
Vulcanizadas		
Montallantas		
Rectificación de Rines		
Engrasada		
Aceite		
Filtros		
Parches		
Valvulina		




Esta factura se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio según art. 774 Del código de comercio. El no pago oportuno de esta factura causara los intereses a la tasa máxima legal vigente e igualmente es constancia de la entrega real y material de la mercancía

TOTAL

20.000



239

 DIAN <small>POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA</small>		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 14772131361	
				 <small>(415)7707212489984(8020) 000001477213136 1</small>	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 2 4 8 7 4 3 1 0		6. DV 0	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de identificación 5 2 4 8 7 4 3 1	
27. Fecha expedición 1 9 9 9, 0 3, 0		28. País COLOMBIA		29. Departamento Bogotá D.C.	
30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		31. Primer apellido LARGO		32. Segundo apellido VELANDIA	
33. Primer nombre ZULY		34. Otros nombres ANDREA		35. Razón social	
36. Nombre comercial TECNISERVICIOS ZION		37. Sigla			
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.	
41. Dirección principal CR 3 ESTE 22 SUR 90		42. Correo electrónico ZULLYANDREA80@HOTMAIL.COM		43. Código postal 5 7 0 0 6 5 9	
44. Teléfono 1 3 1 2 5 1 1 1 7 3 2		45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN					
Actividad principal		Actividad económica		Ocupación	
46. Código 4 5 2 0		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 9, 0 1, 0 4		48. Código 1 2	
49. Fecha inicio actividad		50. Código		51. Código	
52. Número establecimientos 1					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 4 9					
49 - No responsable de IVA					
Obligados aduaneros					
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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 <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		60. No. de Folios 0		61. Fecha 2021 - 07 - 15 / 17 : 53: 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 LARGO VELANDIA ZULY ANDREA 985. Cargo CONTRIBUYENTE		

240

TECNISERVICIOS ZION

NIT. 52487431-0 REGIMEN SIMPLIFICADO
ACTIVIDAD ECONOMICA 4520
CEL.321 244 4632-312 511 1782
Cra 3 Este # 22 sur 90, Bogota D.C. TEXACO SAN BLAS

FACTURA DE VENTA

0056

CLIENTE <i>Colizacoon.</i>	
TELEFONO	VEHICULO
KILOMETRAJE	PLACA

Lavado		
Lavado general		
Alineación y Balanceo		
Nitrógeno		
Vulcanizadas		
Montallantas	20.000 y 30.000.	
Rectificación de Rines	Dependiendo el	
Engrasada	Parche.	
Aceite		
Filtros		
Parches		
Valvulina		

Esta factura se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio según art. 774 Del código de comercio. El no pago oportuno de esta factura causara los intereses a la tasa máxima legal vigente e igualmente es constancia de la entrega real y material de la mercancía

TOTAL

241

 <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 LÍQUIDOS</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	BOGOTA - 16 DE MAYO DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	DANIEL MURCIA CRUZ
ÁREA / DEPENDENCIA	APH
CENTRO DE COSTO	9CVG26 738602005
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SAN BLAS

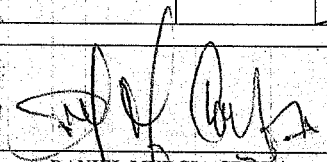
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

REALIZAR DESPINCHE DE LLANTA TRASERA IZQUIERDA

3. JUSTIFICACIÓN

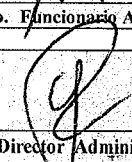
SE REQUIERE REALIZAR DESPINCHE DE LLANTA TRASERA IZQUIERDA A LA MOVIL 6281 CON PLACAS OLN313 LA CUAL SE ENCUENTRA CONTEMPLADA EN EL CONTRATO DE MANTENIMIENTO EN EL PARQUE AUTOMOTOR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EL CUAL A LA FECHA SE ENCUENTRA SUSPENDIDO, POR LO TANTO SE SOLICITA RECURSOS POR CAJA MENOR.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		<input checked="" type="checkbox"/>


DANIEL MURCIA CRUZ

N/A


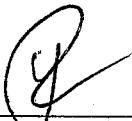

Vo.Bo. Funcionario Almacén


Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACION:

INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EL CUAL A LA FECHA SE ENCUENTRA SUSPENDIDO, POR LO TANTO SE SOLICITA RECURSOS POR CAJA MENOR.

JUAN CARLOS PERILLA MONROY
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

	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°	6210	FECHA	21/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	ADQUISICIONES DE BIENES PIC		
VALOR:	S2.798.880,00		
LA SUMA DE:	DOS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHERNTA PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. CB 3346 COMERCIALIZADORA CAFÉ BOTERO SAS NIT 900.334.037-0 ARTICULO PARA INCENTIVOS PROGRAMA DE VACUNACIÓN (BOTILITO, TULAS, ESFERO) REQUERIDO PARA DAR CUMPLIMIENTO DE ACCIONES REALIZADAS POR ENTORNO GESTIÓN TÁCTICA Y ESTRATÉGICA PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, LÍDER DIRECCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO – PLAN DE SALUD PÚBLICA PSPIC. R.IVA 15%.....\$67.032		
 Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bø. CUENTADANTE	

OK

*

243

Promo Artículos

COMERCIALIZADORA CAFE BOTERO S

A S

NIT 900.334.037-0

Carrera 103 N° 22 34

Tel: (57) 7531985

Bogotá - Colombia

contabilidad@promoarticulos.co

www.promoarticulos.co

Factura electrónica de venta

No. CB 3346

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

NIT

900.959.051-7

Teléfono

302329056

Dirección

DG 34 6 43

Ciudad

Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura

Generación

20/05/2024, 15:07

Expedición

20/05/2024, 15:07

Vencimiento

20/05/2024

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total	Vr. Unitario
1	BOTILITO DE 400ML MARCA A UNA TINTA INCENTIVOS PROGRAMA DE VACUNACIÓN	210.00	1,199,520.00	4,800.00
2	TULAS MARCA A UNA TINTA INCENTIVOS PROGRAMA DE VACUNACIÓN	210.00	899,640.00	3,600.00
3	ESFEROS MARCA A UNA TINTA INCENTIVOS PROGRAMA DE VACUNACIÓN	210.00	699,720.00	2,800.00

RIVA 15% \$ 67.032

A pagar \$ 2'731.848

Secretaría Distrital de Salud

Subred Centro Oriente E.S.E

Subred Integrada de Servicios Centro Oriente

21 MAY 2024

Almacén General PPS Santa Clara

RECIBIDO

Total Bruto

2,362,000.00

IVA 19%

446,880.00

Total a Pagar

2,798,880.00

Total items: 3

Valor en Letras:
Dos millones setecientos noventa y ocho mil ochocientos ochenta pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Pago Contado \$ 2,798,880.00

Observaciones:
Empresa Acogida al Regimen Simple << Los contribuyentes del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE, NO estarán sujetos a RETENCION EN LA FUENTE NI de ICA y tampoco estarán obligados a practicar retenciones y autorretenciones en la fuente. En lo pagos por compras de bienes o servicios realizados por los contribuyentes del impuesto unificado bajo el Regimen simpe de tributación - SIMPLE, el tercer receptos del pago, contribuyen del Regimen ordinario y agente retenedor del impuesto. Lo anterior sin perjuicio de la retención en la fuente a título del impuesto sobre las ventas IVA regulado en el numeral 9 de artículo 43-2- del Estatuto Tributario.

Orden de compra: -

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 Electrónica 18764052521890 aprobado en 20230728 prefijo CB desde el número 2845 al 10000 Vigencia: 12 Meses

Responsable de IVA - Actividad Económica 1811 Actividades de impresión Tarifa Tarifa Ica 0.66 x 1000

CUFE: 93ca4fba1f8b1ad555179c8812e75e886a15512be61a8b366dacc5a4379003b174e0135cc7a37104ee3007ac0a19c


Recibido:

Alartha Avila

Gestión Estratégica y táctica.

244

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 141037814054			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9003340370		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		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 COMERCIALIZADORA CAFE BOTERO S.A.S	
36. Nombre comercial		37. Sigla PROMOARTICULOS			
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.	
41. Dirección principal CR 103 22 34		42. Correo electrónico contabilidad@promoarticulos.co		43. Código postal 110911	
44. Teléfono 1 7531985		45. Teléfono 2 3232229977			
CLASIFICACIÓN					
Actividad principal		Actividad económica		Ocupación	
46. Código 1811		47. Fecha inicio actividad 20100118		48. Código 7310	
49. Fecha inicio actividad 20100118		50. Código 14105621		51. Código	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 7891014334247485255					
07- Retención en la fuente a título de rent 47- Régimen Simple de Tributación - SIM					
08- Retención timbre nacional 48- Impuesto sobre las ventas - IVA					
09- Retención en la fuente en el impuesto 52- Facturador electrónico					
10- Obligado aduanero 55- Informante de Beneficiarios Finales					
14- Informante de exogena					
33- Impuesto nacional al consumo					
42- Obligado a llevar contabilidad					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código 2223					
55. Forma 3					
56. Tipo 1					
57. Modo					
58. CPC					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios 0					
61. Fecha 2024-05-02/09:58:51					
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 SANCHEZ HURTADO LAURA XIMENA					
985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado					

 <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-RE-FT- 002 VERSIÓN: 03</div>
---	---	--

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	MAYO 09 DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	LORENZA BECERRA CAMARGO
ÁREA / DEPENDENCIA	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO -PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
CENTRO DE COSTO	65P031 731402004
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA PSPIC

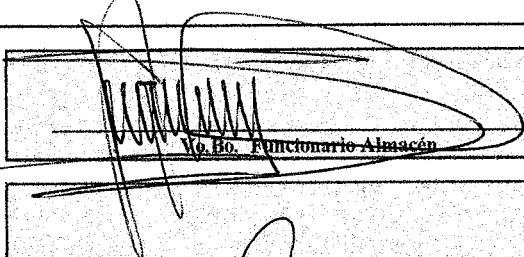
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Incentivos campaña de vacunación (Gestión de programas, comunitario, laboral, educativo, institucional, hogar)
Insumos Mascota Verde (Entorno Educativo)

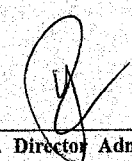
3. JUSTIFICACIÓN

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

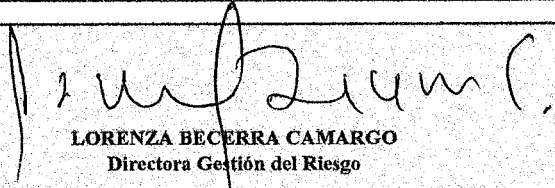
4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X



Vo.Bo. Funcionario Almacén



Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

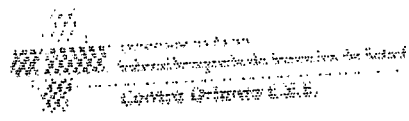


LORENZA BECERRA CAMARGO
Directora Gestión del Riesgo

Nombre Funcionario y/o Contratista

5. OBSERVACIÓN:

La Subred no cuenta con contrato vigente



COMPROBANTE ENTRADA
N0000000000076584

PROVEEDOR: COMERCIALIZADORA CAFE BOTERO SAS
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.)
DIRECCION: CR.103 N 22 - 34
TELEFONO: 031983
N FACTURA: CBS346
NIT: 900334037
% ICA: 0.0000 PLAZO: 0

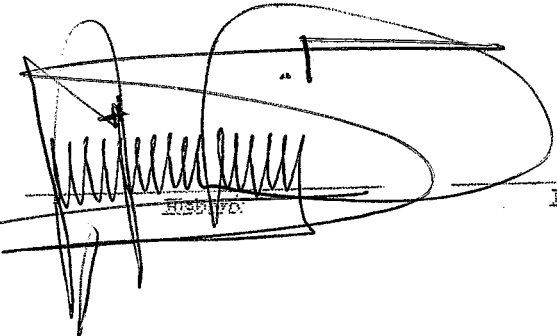
FECHA: 23/05/2024 02:26 p.m.
ESTADO: Confirmado
MONEDA: Pesos
TASA CAM: 0.00
FECHA FAC: 20/05/2024 12:00 a.m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DITO	%IVA
136EP014794	BOTILITO PLASTICO CON LOGO DE LA SUBRED	UNIDAD	210.00	\$ 4.300.00	\$ 1.008.000.00	0.00	19.00
101CE015400	FULA IMPERMEABLE	UNIDAD	210.00	\$ 3.600.00	\$ 756.000.00	0.00	19.00
136EP014781	ESFERO MARQUILLADO CON EL LOGO DE LA SUBRED	UNIDAD	210.00	\$ 2.800.00	\$ 588.000.00	0.00	19.00

DETALLE
CAJA MENOR SALUD PUBLICA DRA. LORENZA BECERRA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL:	\$ 2.352.000.00
DESCUENTO:	\$ 0.00
IMPUESTO:	\$ 446.880.00
FLETES:	\$ 0.00
IMP FLETES:	\$ 0.00
RETE IVA:	\$ 67.032.00
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:	\$ 2.731.842.00

TOTAL COMPROBANTE:
DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVE M/Cts.


Revisó: Almacen

Adriana M. Lugo
Revisado Impuestos

6210

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°	6211	FECHA	21/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	ADQUISICIONES DE BIENES PIC		
VALOR:	\$85.680,00		
LA SUMA DE:	OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M.CTE.		

CONCEPTO:	FACTURA No. FEVA 954 YIDIS ZULELYKA ROJAS MUÑOZ NIT 37.440.429-8 TELAS , REQUERIDAS PARA DAR CUMPLIMIENTO DE ACCIONES REALIZADAS POR ENTORNO GESTIÓN EDUCACIÓN PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, LÍDER DIRECCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO – PLAN DE SALUD PÚBLICA PSPIC.
-----------	---


Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bo. CUENTABANTE

12014

*



YIDIST ZULEYKA ROJAS
MUÑOZ
NIT 37.440.429-8
CR 52C 43 19
Tel: (601) 2013287 - Ext. 102
Bogotá - Colombia
zulyrojas17@hotmail.com

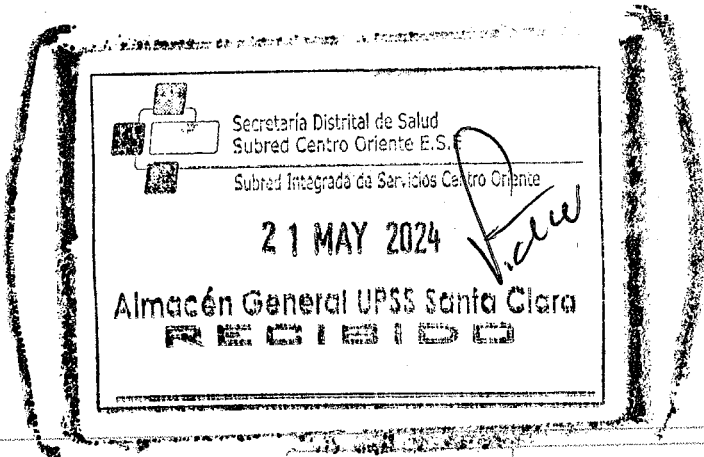


Factura electrónica de venta
No. FEVA 954

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE E.S.E		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	0000000000
Dirección	DG 34 5 433123452365	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	08/05/2024, 16:18
Expedición	08/05/2024, 16:18
Vencimiento	08/05/2024

Item	Cantidad	Unidad de medida	Descripción	Vr. Unitario	Vr. Bruto
1	12.00		telas promo	6,000.00	72,000.00



Total items: 1

Valor en Letras:
Ochenta y cinco mil seiscientos ochenta pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo \$ 85,680.00

Observaciones:

Total Bruto	72,000.00
IVA 19%	13,680.00
Total a Pagar	85,680.00


Recibido: Educativa
Thony Hernandez

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 Electrónica 18764063471825 aprobado en 20240109 prefijo FEVA desde el número 641 al 1000 Vigencia: 6 Meses
Responsable de IVA - Actividad Económica 4751 Comercio al por menor de productos textiles en establecimientos especializados Tarifa 11.04
CUFE: 0e4120f68aa057638bd9c720c472267e0b1ab133e058b9eb5aa60f966992163f370a0af294b1c2cdd5a3a91d2e664422

249

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización		4. Número de formulario 141003592564			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 3 7 4 4 0 4 2 9		6. DV 8		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 3 2	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 3 7 4 4 0 4 2 9	
27. Fecha expedición 2 0 0 0 1 2 2 1		28. País COLOMBIA		29. Departamento Norte de Santander	
30. Ciudad/Municipio Cúcuta		31. Primer apellido ROJAS		32. Segundo apellido MUÑOZ	
33. Primer nombre YIDIST		34. Otros nombres ZULEYKA		35. Razón social	
36. Nombre comercial GN FASHION		37. Sigla			
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.	
41. Dirección principal CR 19 A 8 38		42. Correo electrónico zulyrojas17@hotmail.com		43. Código postal	
44. Teléfono 1 3 1 8 5 5 2 9 7 5 2		45. Teléfono 2 6 0 1 3 6 0 1 7 5 3			
CLASIFICACIÓN					
Actividad principal		Actividad económica		Ocupación	
46. Código 4 7 5 1		47. Fecha inicio actividad 2 0 0 6 1 0 2 4		50. Código 1 2	
48. Código		49. Fecha inicio actividad		51. Código 1 3 1 4	
52. Número establecimientos 2					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 7 4 2 4 8 5 2					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
07- Retención en la fuente a título de renta					
42- Obligado a llevar contabilidad					
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA					
52 - Facturador electrónico					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
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 2024 - 04 - 02 / 13 : 58 : 49	
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.			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.		
Firma del solicitante:			Firma autorizada:		
			984. Nombre ROJAS MUÑOZ YIDIST ZULEYKA		
			985. Cargo CONTRIBUYENTE		

780

 <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-FI- 002 VERSIÓN: 03</div>
---	---	--

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	MAYO 09 DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	LORENZA BECERRA CAMARGO
ÁREA / DEPENDENCIA	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO -PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
CENTRO DE COSTO	653P022 731402004
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA PSPIC

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Incentivos campaña de vacunación (Gestión de programas, comunitario, laboral, educativo, institucional, hogar)
Insumos Mascota Verde (Entorno Educativo)


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

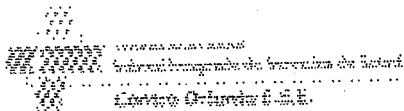
5. OBSERVACIÓN:

La Subred no cuenta con contrato vigente

751

CONVENIO PSPIC
PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIÓNES COLECTIVAS
PROYECCIÓN DE RECURSOS DE CAJA MENOR CONVENIO 4802228/2023

ESPACIO /PROCESO TRANSVERSAL	OBSERVACION	VALOR
ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES PIC.		\$ 3.000.000
TOTAL INSUMOS CAJA MENOR		\$ 3.000.000



COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000000076605

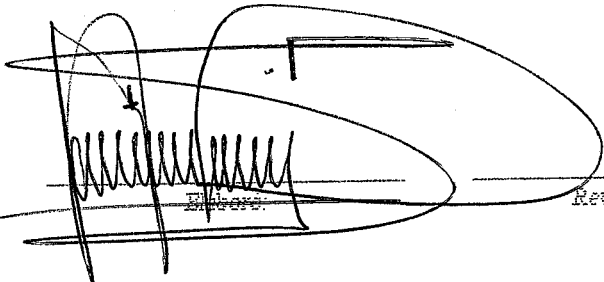
PROVEEDOR: YIDIST ZULEYKA ROJAS MUÑOZ NIT: 37440429
CIUDAD: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C.)
DIRECCION: CR 19 A N 6 - 36
TELÉFONO: 3185529752
Nº FACTURA: FEVA954
% ICA: 0.0000 PLAZO: 0
FECHA: 27/05/2024 07:43 a.m.
ESTADO: Confirmado
MONEDA: Pesos
TASA CAM: 0.00
FECHA FAC: 28/05/2024 12:00 a.m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DITO	%IVA
10ICD015012	KIT TELA Y DECORATIVOS	METRO	12.00	\$ 6.000.00	\$ 72.000.00	0.00	19.00

DETALLE
CAJA MENOR, SALUD PUBLICA- DRA. LORENZA BECERRA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL:	\$ 72.000,00
DESCUENTO:	\$ 0,00
IMPUESTO:	\$ 13.680,00
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:	\$ 85.680,00

TOTAL COMPROBANTE:
OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS CON CERO CTVE M/Cto.


Revisó Almacen

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR
Revisado Impuestos:

6211



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°

6212

FECHA

21/05/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

ADQUISICIONES DE BIENES PIC

VALOR:

\$114.000,00

LA SUMA DE:

CIENTO CATORCE MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. FERE 2204 ADORNOS REMATEX NIT 900.562.488-6 OJOS MÓVILES, REQUERIDOS PARA DAR CUMPLIMIENTO DE ACCIONES REALIZADAS POR ENTORNO EDUCACIÓN PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, LÍDER DIRECCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO – PLAN DE SALUD PÚBLICA PSPIC.

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

754



ADORNOS REMATEX SAS
NIT 900.562.488-6
CRA 12 # 11 - 02
Tel: (601) 2860920
Bogotá - Colombia
facturacionelectronica.rematico@gmail.com

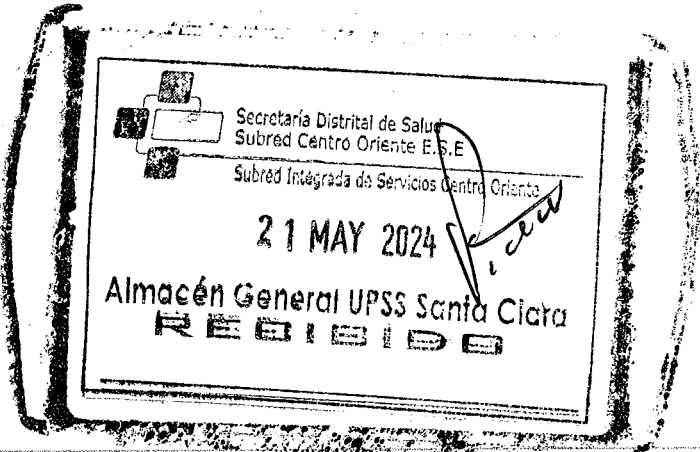


Factura electrónica de venta
No. FERE 2204

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(601) 3023290575
Dirección	DAIGONAL 34 # 5 - 43	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	03/05/2024, 12:33
Expedición	03/05/2024, 12:33
Vencimiento	03/05/2024

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Valor Impto.Cargo	Vr. Bruto	Valor Impto.Rete.	Vr. Total
1	OJOS MOVILES 15 MM	3.00	31,932.77	18,201.68	95,798.32	0.00	114,000.00



Total Items: 1

Valor en Letras:
Ciento catorce mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo \$ 114,000.00

Observaciones:
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DE MERCANCIA DEPUES DE 30 DIAS DE
EMITIDA LA FACTURA
SUSTITUYE RECIBO No. 2-4503

Total Bruto	95,798.32
IVA 19%	18,201.68
Total a Pagar	114,000.00

Recibido entero o efectivo
10102392247
Gibriel R

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario14973527335

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)90056248866. DV612. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá14. Buzón electrónico32

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 socialADORNOS REMATEX S.A.S

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA169

39. DepartamentoBogotá D.C.11

40. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.001

41. Dirección principalCR 12 11 02

42. Correo electrónicoelrematico@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono6012860920

45. Teléfono 23102092686

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código4751

47. Fecha inicio actividad20121012

48. Código4761

49. Fecha inicio actividad20200101

50. Código13290

51. Código

52. Número establecimientos2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código579143342485255

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar52 - Facturador electrónico

07- Retención en la fuente a título de rent55 - Informante de Beneficiarios Finales

09- Retención en la fuente en el impuesto

14- Informante de exogena

33- Impuesto nacional al consumo

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma

56. Tipo

Servicio

57. Modo

58. CPC

11121314151617181920

12345678910

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. Fecha2024 - 01 - 18 / 11 : 57: 13

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.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma del solicitante:

Firma autorizada:

984. NombreGOMEZ GOMEZ FRANCISCO LUIS

985. CargoRepresentante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 18-01-2024 11:58:45AM

256

 <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	MAYO 09 DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	LORENZA BECERRA CAMARGO
ÁREA / DEPENDENCIA	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO -PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
CENTRO DE COSTO	653P022 731402004
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA PSPIC

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Incentivos campaña de vacunación (Gestión de programas, comunitario, laboral, educativo, institucional, hogar)
Insumos Mascota Verde (Entorno Educativo)


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

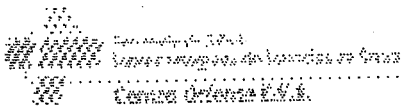
CONVENIO PSPIC
PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIÓNES COLECTIVAS
PROYECCIÓN DE RECURSOS DE CAJA MENOR CONVENIO 4802228/2023

ESPACIO /PROCESO TRANSVERSAL	OBSERVACION	VALOR
ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES PIC.		\$ 3.000.000
TOTAL INSUMOS CAJA MENOR		\$ 3.000.000

256

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

Fecha Actual : Lunes, 27 mayo 2024
1/1



COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000000076606

PROVEEDOR: ADORNOS REMATEZ SAS

CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.)

DIRECCION: CR 12 N 11 - 02

TELEFONO: 2660920

Nº FACTURA: FERE2204

NIT: 900362483

% ICA: 0,0000

PLAZO: 0

FECHA: 27/05/2024 07:48 a.m.

ESTADO: Confirmado

MONEDA: Pesos

TASA CAM: 0,00

FECHA FAC: 31/05/2024 12:00 a.m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DITO	%IVA
134UP013090	JOCS MÓVILES DIDACTICOS	PAQUETE	3,00	\$ 31.932,77	\$ 95.798,31	0,00	19,00

DETALLE
CAJA MENOR, SALUD PUBLICA -DRA. LORENZA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL:	\$ 95.798,31
DESCUENTO:	\$ 0,00
IMPUESTO:	\$ 18.202,00
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:	\$ 114.000,00


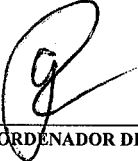
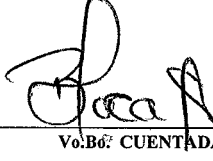
TOTAL COMPROBANTE:
CIENTO CATORCE MIL PESOS CON CERO CTS M.Cts.

David Amador

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR
Revisado Impuestos:

62/2

259

 <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°	6213	FECHA	21/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	IMPUESTOS TASAS DERECHOS CONTRIBUCIONES Y MULTAS		
VALOR:	S\$3.788,00		
LA SUMA DE:	CINCUENTA Y TRES MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A EDUARDO DURAN GÓMEZ NIT 13.834.363-5 POR AUTENTICAICONES DE PODERES DEL PROCESO DE CUENTAS MÉDICAS Y DE CARTERA, SOLICITADO POR LUIS OSCAR GALVES MATEUS, GERENTE DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE		
 <div>Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO</div>		 <div>Vo.Bo. CUENTADANTE</div>	

+

ANEXOS A DEL LISTADO DE SERVICIOS

Impresora Avance Avance
Cra 7 # 33-13
CRA 7 # 33-13
RESPONSABLE DE IVA

FACTURA DE VENTA FVE-140382
Fecha 18/May/2024 8:45 am

CONCEPTO FACTURACION CANT	VALOR
Autenticacion Firma 14	\$ 36,400
Autenticacion Biometria 2	\$ 8,000
Subtotal:	\$ 45,200
IVA:	\$ 8,588
TOTAL:	\$ 53,788

FORMA DE PAGO: efectivo

C.C. 71663744
LUIS OSCAR GALVES MATEUS
Recibido: \$ 53,000
Cambio: \$ 1,212

Claudia Patricia Saldarriaga

Resolución I.C.A 304
Resolución 18764070405647 del 14/05/2
3 desde FVE 159723 AL FVE 200000 Vence
14/11/24

Impresora Corporación Avance
NIT. 804010824-9
SENO KR! Resol. SIC 10086 2017-04-19

ANEXOS A DEL LISTADO DE SERVICIOS

Eduardo Durán Gómez
13834363 -S
Cra 7 # 33-13
FAX (1)7421560
RESPONSABLE DE IVA

FACTURA DE VENTA FVE-140382
Fecha 18/May/2024 8:45 am

CONCEPTO FACTURACION CANT	VALOR
Autenticacion Firma 14	\$ 36,400
Autenticacion Biometria 2	\$ 8,000
Subtotal:	\$ 45,200
IVA:	\$ 8,588
TOTAL:	\$ 53,788

FORMA DE PAGO: efectivo

C.C. 71663744
LUIS OSCAR GALVES MATEUS
Recibido: \$ 53,000
Cambio: \$ 1,212

Claudia Patricia Saldarriaga

Recibido a Conformidad:
Hora:
Resolución I.C.A 304
Resolución 18764070405647 del 14/05/2
3 desde FVE 159723 AL FVE 200000 Vence
14/11/24

Impresora Corporación Avance
NIT. 804010824-9
SENO KR! Resol. SIC 10086 2017-04-19

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	18/05/2024
NOMBRE FUNCIONARIO	LUIS OSCAR GALVES MATEUS
ÁREA / DEPENDENCIA	GERENCIA
CENTRO DE COSTO	7AD01 511164001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SEDE CALLE 34

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

TRECE (13) AUTENTICACIÓN DE PODERES DEL PROCESO DE CUENTAS MÉDICAS
UN (1) PODER DEL PROCESO DE CARTERA

3. JUSTIFICACIÓN

AUTENTICACIONES DE FIRMA DEL DOCTOR LUIS OSCAR GALVES MATEUS - AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., EN CATORCE (14) PODERES

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		x

N/A

Vo.Bo. Funcionario Almacén

LUIS OSCAR GALVES MATEUS AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR

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

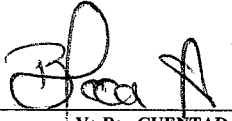
CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6214	FECHA	21/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MANTENIMIENTO ESE		
VALOR:	\$20.000,00		
LA SUMA DE:	VEINTE MIL PESOS M.CTE.		

CONCEPTO:	FACTURA No. 0724 JESÚS ANDRÉS VARGAS NIT 80.279.993-8 DESPINCEH RUEDA TRASERA DERECHA CON PARCHÉ DEL VEHÍCULO ADMINISTRATIVO ASIGNADO A LA SUBREGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DE PLACA OJX989 PERTENCIENTE A LA SUBRED CENTRO ORIENTE, SOLICITADO POR DIANA CAROLINA SANDOVAL, LIDER TRANSPORTE.
-----------	---


Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bo. CUENTADANTE

X

263



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	Subre Tarrío oriente	RECIBO N°	0724
FECHA	21-05-24	PLACA	0JX989

Cant.	Descripción	Valor
1	DESPINCHE 1 Parcne R 10	20.000
	BALANCEO	
	RECTIFICACIÓN DE RINES	
	VULCANIZADO	
	VÁLVULAS	
	NEUMÁTICOS	
	DESMONTE DE BLINDAJE	
	ROTACIÓN	
	MONTAJE	
	PARCHE RADIAL	
	NITRÓGENO	
	ALINEACION	

SON:	94700799	TOTAL	20.000
FIRMA:			

Impreso por: Con. Talla Gráfica / Nueva • NANCY NOVOA NIT. 92.714.563.9 CEL. 313 827 3833

264

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario14856746779

(415)7707212489984(8020)0000014856746779

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)8027999386. DV812. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá14. Buzón electrónico32

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona natural o sucesión ilíquida225. Tipo de documentoCédula de Ciudadanía1326. Número de Identificación8027999327. Fecha expedición19930330

Lugar de expedición28. PaísCOLOMBIA16929. DepartamentoCundinamarca2530. Ciudad/MunicipioVilleta875

31. Primer apellidoVARGAS32. Segundo apellidoAVELLANEDA33. Primer nombreJESUS34. Otros nombresANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercialSERVITECA LUBRICACION Y MONTALLANTAS HV37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principalAK 14 # 03 - 08 SUR

42. Correo electrónicoomitar2607@gmail.com

43. Código postal44. Teléfono 1311606427245. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal46. Código47. Fecha inicio actividad48. Código49. Fecha inicio actividad50. Código12

Otras actividades

Ocupación51. Código52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código2020- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código55. 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 NOX60. No. de Folios:061. 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 ANDRES985. 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</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	BOGOTÁ / 21 DE MAYO DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE
ÁREA / DEPENDENCIA	TRANSPORTE
CENTRO DE COSTO	7ADM07 51115001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	HOSPITAL SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

DESPINCHE RUEDA TRASERA DERECHA PARA EL VEHICULO ASIGNADO A LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD CON PLACA OJX989

3. JUSTIFICACIÓN

DESPINCHE RUEDA TRASERA DERECHA PARA EL VEHICULO ASIGNADO A LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD CON PLACA OJX989

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

N/A

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Diana Sandoval

Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo Ó 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°

6215

FECHA

22/05/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

VALOR:

\$88.500,00

LA SUMA DE:

OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

CANCELADO A WILSON ARLEY FRANCO NIT 1.023.938.283 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE PARA REALIZAR ACTIVIDADES CON EQUIPOS MÉDICOS, AUTORIZADO POR ADRIANA VERANO, LIDER GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA.

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

~~SECRET~~

c.c. 1-023.938.285

Va Bo REFRENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.I

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

745102
51123001

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE LAS APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO GESTIÓN DE MANTENIMIENTO														
SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.														
CENTRO ORIENTE														
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			SOLICITUD/SERVICIO/UBICACIÓN			INVENTARIO			GESTIÓN MANTENIMIENTO					
FECHA SOLICITUD (DÍAS/MES/AÑO)	MEDIO DE SOLICITUD	NOMBRE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO	ÁREA O SERVICIO	UNIDAD	NOMBRE EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	# ACTIVO	TIPO DE SERVICIO PRESTADO	DESCRIPCIÓN TRABAJO REALIZADO	REPUESTOS UTILIZADOS	FECHA DE ENTREGA AL SERVICIO (AÑO/MES/DÍA)	OBSERVACIONES Y/O CONCLUSIONES
2/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX Leodi	VACUNACION	US\$ Luchas	TERMOMETRO	ALLA FRANCE	MAX-MIN	NR	NR	DIAGNOSTICO	Se realizo verificación de baterías pruebas de funcionamiento correctas	NINGUNO	2/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
2/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX maria velasquez	Toma de muestras	CAPS Sampo Mendaza	CENTRIFUGA	GEMMYCO	PLC024	14332	NA	DIAGNOSTICO	Se realizaron pruebas de funcionamiento ajuste de tornillos para mejorar la documental	NINGUNO	2/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
2/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX Carmenza	Varios	CAPS Perseverancia	Varios	Varios	Varios	Varios	Varios	ARCHIVO	se realiza reportes y archivo documental	NINGUNO	2/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
3/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX Carmenza	CONSULTA EXTERNA	CAPS Perseverancia	BASCUA CON TALLIMETRO	HEALTH O METER	233KL	430222	2329-001646 MED003207	DIAGNOSTICO	ajuste de piezas mecanicas	NINGUNO	3/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
3/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Daniela V	ESTERILIZACION	Hospital Jorge elacer Gallan	AUTOCLAVE	MACROINGENIO	250P2	250P21EN056RV	MED005415-72	DIAGNOSTICO	cambio de filtro	Filtro	3/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
6/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX maria velasquez	Varios	CAPS Sampo Mendaza	Varios	Varios	Varios	Varios	Varios	ronda	ronda por los servicios s	NINGUNO	6/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
6/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX Carmenza	Varios	CAPS Perseverancia	Varios	Varios	Varios	Varios	Varios	ronda	ronda por los servicios s	NINGUNO	6/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
7/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Daniela V	Salas de cirugía	Hospital Jorge elacer Gallan	MESA DE CIRUGIA	HOTBOT	UT-500	NR	690- V001126-MED006093	DIAGNOSTICO	revision control	NINGUNO	7/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
7/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Daniela V	Odontologia	US\$ Luchas	LAMPARA FOTOCURADO	FROGENT	LED E	L1570538E	MED005237	DIAGNOSTICO	revision inventario	NINGUNO	7/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
8/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX maria velasquez	Varios	CAPS Sampo Mendaza	Varios	Varios	Varios	Varios	Varios	DIAGNOSTICO	revision verificación de respuestos para camus electromecanicas	NINGUNO	8/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
8/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Laura	Varios	US\$ cruces	Varios	Varios	Varios	Varios	Varios	DIAGNOSTICO	inventario	NINGUNO	8/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
9/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Jefe Ana G	observacion cirugía	Hospital Santa Clara	MOCHILON DE SIGNOS VITALES	MINDRAY	IMEC 12	EV-04057505	MED006025	DIAGNOSTICO	retiro de sensor de O2	sensor de O2	9/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
9/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	WILSON FRANCO	Varios	Hospital Jorge elacer Gallan	Varios	Varios	Varios	Varios	Varios	solicitud	solicitar papel termico para equipos	NINGUNO	9/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
9/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Jefe Ana G	Varios	CAPS perseverancia	Varios	Varios	Varios	Varios	Varios	entrega	se realiza entrega de respuestos	papel, sensor O2	9/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
9/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Adria Verano	Varios	Hospital Santa Clara	Varios	Varios	Varios	Varios	Varios	entrega	se realiza entrega de soportes tecnicos	NINGUNO	9/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
10/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Laura	Varios	US\$ cruces	Varios	Varios	Varios	Varios	Varios	ronda	verificación de rondas	NINGUNO	10/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
10/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Daniela V	vacuacion	US\$ Luchas	REFRIGERADOR	VESTRFROST	MKG04	20131006893	3124-003803-MED006046	DIAGNOSTICO	se realiza revision generando reporte de y proceso de pintura	NINGUNO	10/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
10/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Daniela V	CONSULTA EXTERNA	Hospital Jorge elacer Gallan	TENSIONMETRO	WELCH ALLYN	LIFETIME	1.00617E+11	MED005421	DIAGNOSTICO	Traslado de repuesto	PERA	10/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
15/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX maria velasquez	ODONTOLOGIA	CAPS sampo mendaza	UNIDAD ODONTOLOGICA	LEXUS	EVOLUTION	N/R	EMC0924	CORRECTIVO	llamado revision equipo, bloque unidad espaldar	NINGUNO	15/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
15/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX Carmenza	CONSULTA EXTERNA	CAPS perseverancia	TENSIONMETRO	WELCH ALLYN	SHOCK	.160421063417	NR	INSTALACION	Cambio de repuesto	PERA	15/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
15/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX maria velasquez	Varios	CAPS sampo mendaza	Varios	Varios	Varios	Varios	Varios	ronda	ronda de verificación de equipos	NINGUNO	15/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
17/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX Carmenza	Varios	CAPS perseverancia	Varios	Varios	Varios	Varios	Varios	ronda	ronda de verificación de equipos	NINGUNO	17/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
17/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX maria velasquez	URGENCIAS	CAPS sampo mendaza	ELECTROCARDIOGRAFO	BTL	BTU08MTP	NR	MED005498	DIAGNOSTICO	llamado revision equipo	NINGUNO	17/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
20/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX Carmenza	Varios	CAPS perseverancia	Varios	Varios	Varios	Varios	Varios	ronda	ronda equipos de baja	NINGUNO	20/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
20/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX maria velasquez	URGENCIAS	CAPS perseverancia	BASCUA PESA BEBE	HEALTH O METER	523KL	NR	MED006314	DIAGNOSTICO	llamado revision equipo	ADAPTADOR	20/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
20/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Daniela V	Varios	Hospital Jorge elacer Gallan	Varios	Varios	Varios	Varios	Varios	solicitud	resiviar reportes tecnicos empresa	NINGUNO	20/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
21/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Daniela V	Varios	Hospital Jorge elacer Gallan	Varios	Varios	Varios	Varios	Varios	solicitud	solicitud codigo repuesto	NINGUNO	21/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
21/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Daniela V	CONSULTA EXTERNA	US\$ Luchas	BASCUA PESA BEBÉ	HEALTH O METER	523KL	5220000331	6149-003889 MED005181		llamado revision equipo	NINGUNO	21/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
21/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX Carmenza	VARIOS	CAPS perseverancia	Varios	Varios	Varios	Varios	Varios	Varios	retirar repuesto	CONECTOR Y JACK DE SALIDA	21/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
22/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Adria Verano	Varios	Hospital Santa Clara	Varios	Varios	Varios	Varios	Varios	ADMINISTRATIVO	firmar conceptos	NINGUNO	22/05/2024	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO

2770

autorizacion

Wilson Arley Franco <biomedicacentrooriente@subredcentrooriente.gov.co>

Mar 28/05/2024 3:26 PM

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

Yo wilson franco con CC 1023938283 autorizo al señor meguel lastre con CC 9141154 para reclamar transporte caja menor



Wilson Arley Franco

Ingeniero Biomedico

UMHES JORGE ELIÉCER GAITÁN – PERVERANCIA – CANDELARIA – IMI

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

Celular 3223681185

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

9141154 para reclamar




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

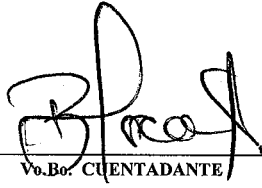
CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6216	FECHA	23/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	\$97.350,00		
LA SUMA DE:	NOVENTA YSIETE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESÓS M.CTE.		

CONCEPTO:	CANCELADO A MARCELA MORALES JOYA NIT 1.018.461.633 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE PARA REALIZAR ACTIVIDADES CON EQUIPOS MÉDICOS, AUTORIZADO POR ADRIANA VERANO, LIDER GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA.
-----------	---

 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

 Vo.Bo. CUENTADANTE

No.	FECHA	DESDE	HASTA	RUTA	ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE			VALOR
						BUS	BUSETA	TM	
16	5/10/2024	CAPS Chircales	San Jose Obrero		recodiga de equipamiento medico para mantenimiento			X	\$ 2,950
17	5/14/2024	San Jose Obrero	CAPS Chircales		Llamado inspeccion de equipo			X	\$ 2,950
18	5/14/2024	CAPS Chircales	CAPS Diana Turbay		Llamado inspeccion de equipo			X	\$ 2,950
19	5/15/2024	CAPS Olaya	USS San Jorge		Disponibilidad para preventivo			X	\$ 2,950
20	5/15/2024	USS San Jorge	caps antonio nariño		Llamado inspeccion de equipo			X	\$ 2,950
21	5/15/2024	caps antonio nariño	San Jose Obrero		recodiga de equipamiento medico para mantenimiento			X	\$ 2,950
22	5/15/2024	San Jose Obrero	Hospital la victoria		Recogida de repuestos almacen mpara instalacion en el servicio			X	\$ 2,950
23	5/16/2024	CAPS Diana Turbay	CAPS Chircales		instalacion repuesto y ronda			X	\$ 2,950
24	5/16/2024	CAPS Chircales	caps bravo paez		ronda de seguridad			X	\$ 2,950
25	5/16/2024	caps bravo paez	CAPS Olaya		ronda de seguridad			X	\$ 2,950
26	5/20/2024	San Jose Obrero	Hospital la victoria		Recogida de repuestos almacen mpara instalacion en el servicio			X	\$ 2,950
27	5/20/2024	Hospital la victoria	caps antonio nariño		instalacion de repuesto en el servicio			X	\$ 2,950
28	5/21/2024	caps antonio nariño	caps bravo paez		Llamado inspeccion de equipo			X	\$ 2,950
29	5/21/2024	caps bravo paez	San Jose Obrero		Llamado inspeccion de equipo			X	\$ 2,950
30	5/21/2024	Hospital Santa Clara	CAPS Diana Turbay		Llamado inspeccion de equipo				\$ 2,950
TOTAL									\$ 88,500

Subred Integrada de Servicios de Salud
 Centro Oriente E.S.E.
 NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
 C.C. 1018461632

Don Sandual
 V.G.B. REPRESENTANTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

V.G.B. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

Nº	FECHA	DE	HASTA	ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE			VALOR
					BUS	BUSETA	COLECTIVO	TAXI
16	5/21/2024	CAPS Diana Turbay	CAPS Olaya	Disponibilidad para preventivo		X		\$ 2,950
17	5/22/2024	CAPS Olaya	USS San Jorge	Disponibilidad para preventivo		X		\$ 2,950
18	5/22/2024	USS San Jorge	chircales	llamado inspeccion equipo		X		\$ 2,950
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
TOTAL								\$97,350

Monica Galeano
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRAÍSTA
CC 604546633

Diana Sandoval
V6 B6 REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

[Signature]
V6 B6 DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS:															
RAFAEL URIBE															
GESTION MANTENIMIENTO															
INVENTARIO															
FECHA SOLICITUD (DIA/MES/AÑO)	MEDIO DE SOLICITUD	AREA O SERVICIO	UNIDAD	NOMBRE EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	# ACTIVO	TIPO DE SERVICIO PRESTADO	CONSECUTIVO O NUMERO DE SERVICIO	DESCRIPCION TRABAJO REALIZADO	REPUESTOS UTILIZADOS	FECHA DE ENTREGA AL SERVICIO (AÑO/MES/DIA)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO REALIZADO	OBSERVACIONES Y/O CONCLUSIONES
02/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	URGENCIAS	DIANA TURBAY	MAQUINA ELECTROMECANICA	NR	ME-14-1	7947	ME006484	DIAGNOSTICO	SUBREDOCO OL MAY 7947 01	SE REALIZA CHEQUEO EVIDENCIANDO RUPTURA DE PIEZA PARTE CARGUERO SE REPARA Y SE EVIDENCIA	NINGUNO	02/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK SIN CAMBIO DE DICHO REPUESTO
02/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	URGENCIAS	DIANA TURBAY	REFRECLADOR DE VACIO	HERSILL	531000	68558-0135	ME006595	DIAGNOSTICO	SUBREDOCO OL MAY 5955 01	SE REALIZA CHEQUEO EVIDENCIANDO RUPTURA DE BOTON OROJE VASO SE REPARA Y SE EVIDENCIA	NINGUNO	02/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK FUERA DE SERVICIO
02/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	URGENCIAS	DIANA TURBAY	UNIDAD ODONTOLOGICA	AMERICAN DENTAL	AD		NR	CORRECTIVO	SUBREDOCO OL MAY 24 48	SE REALIZA CHEQUEO EVIDENCIANDO FALLA EN LA RUPTURA DE PIEZA PROVISIONAL PRUEBAS OK SE REQUIERE	NINGUNO	02/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK SIN CAMBIO DE DICHO REPUESTO
02/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	CHIRCALES	OLAYA	NR	NR	NR	NR	NR	OTROS	VER ANEXO DE RONDA	MONEDA DE SEGURIDAD TECNOLÓGICA	NINGUNO	02/05/2024	MARCELA MORALES	RONDA SEGURIDAD
03/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	OLAYA	CONTRAANGULO	NR	STAR DENT	AB0020677	21100646	PREVENTIVO	SUBREDOCO OL MAY 1646 01	SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA ROTA	NINGUNO	03/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK
03/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	OLAYA	CANTIRON (SCALER)	SATELEC	P5 NEWTRON	87222015	ME006597 21100633	PREVENTIVO	SUBREDOCO OL MAY 5997 01	SE REALIZA CHEQUEO EVIDENCIANDO FALLA EN LA RUPTURA DE PIEZA PROVISIONAL PRUEBAS OK SE REQUIERE	NINGUNO	03/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK SIN CAMBIO DE DICHO REPUESTO
03/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	SAN JORGE	CANTIRON (SCALER)	WOODPECKER / FROGENT	DTE DS	S1794120X	21100640 ME006555	PREVENTIVO	SUBREDOCO OL SI 555-01	SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA ROTA	NINGUNO	03/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK
06/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	OLAYA	MICROMOTOR	NSK	EX-203	E44005	P12553 21100640 06078	PREVENTIVO	SUBREDOCO OL MAY 0402 01	SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA ROTA	NINGUNO	06/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK
06/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	OLAYA	CONTRAANGULO	GNATUS	NR	464914236	21100533	PREVENTIVO	SUBREDOCO OL MAY 0339 01	SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA ROTA	NINGUNO	06/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK
06/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	OLAYA	CONTRAANGULO	NSK	NR	E5241700	F10647 21100539	PREVENTIVO	SUBREDOCO OL MAY 0339 02	SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA ROTA	NINGUNO	06/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK
06/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	OLAYA	MICROMOTOR	GNATUS	NR	NR	21100533	PREVENTIVO	SUBREDOCO OL MAY 0333 01	SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA ROTA	NINGUNO	07/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK
07/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	OLAYA	MICROMOTOR	NSK	EX-203C	E2011443	NR	PREVENTIVO	SUBREDOCO OL MAY 0403 01	SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA ROTA	NINGUNO	07/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK SIN CAMBIO DE DICHO REPUESTO
07/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	SAN JORGE	PIEZA DE MANO ALTA VELOCIDAD	COXO	NR	CO 10091601	NR	PREVENTIVO	SUBREDOCO OL MAY 0084 01	SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA ROTA	NINGUNO	07/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK SIN CAMBIO DE DICHO REPUESTO
07/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	SAN JORGE	PIEZA DE MANO ALTA VELOCIDAD	NSK	PANA AIR	Y0409084	NR	PREVENTIVO	SUBREDOCO SI MAY 0084 01	SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA ROTA	NINGUNO	07/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK
08/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	OLAYA	MICROMOTOR	NSK	EX-203	B5486941	F1459	PREVENTIVO	SUBREDOCO OL MAY 6941 01	SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA ROTA	NINGUNO	08/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK
08/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	OLAYA	CONTRAANGULO	NSK	EX-23	A202043	NR	PREVENTIVO	SUBREDOCO OL MAY 0433 03	SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA ROTA	NINGUNO	08/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK
09/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	ODONTOLOGIA	OLAYA	CANTIRON (SCALER)	WOODPECKER / FROGENT	DTE DS	S17944005	21100635	CORRECTIVO	SUBREDOCO OL MAY 0635 04	SE REALIZA CHEQUEO EVIDENCIANDO FALLA EN LA RUPTURA DE PIEZA PROVISIONAL PRUEBAS OK SE REQUIERE CAMBIO DE REPUESTO	NINGUNO	09/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK SIN CAMBIO DE DICHO REPUESTO
09/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	OLAYA	CANTIRON (SCALER)	SATELEC	P5 NEWTRON	87222015	ME006597 21100633	DIAGNOSTICO	SUBREDOCO OL MAY 6597 02	SE REALIZA CHEQUEO EVIDENCIANDO FALLA EN LA RUPTURA DE PIEZA PROVISIONAL PRUEBAS OK SE REQUIERE CAMBIO DE REPUESTO	NINGUNO	09/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK
09/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	ODONTOLOGIA	OLAYA	CANTIRON (SCALER)	WOODPECKER / FROGENT	DTE DS	S17944005	21100635	CORRECTIVO	SUBREDOCO OL MAY 0635 04	SE REALIZA CHEQUEO EVIDENCIANDO FALLA EN LA RUPTURA DE PIEZA PROVISIONAL PRUEBAS OK SE REQUIERE CAMBIO DE REPUESTO	NINGUNO	09/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK
09/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	ODONTOLOGIA	OLAYA	MICROMOTOR	NSK	EX-203C	NT	NR	PREVENTIVO	SUBREDOCO SI MAY 01	SE REALIZA CHEQUEO EVIDENCIANDO FALLA EN LA RUPTURA DE PIEZA PROVISIONAL PRUEBAS OK SE REQUIERE CAMBIO DE REPUESTO	NINGUNO	09/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK
09/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	ODONTOLOGIA	DIANA TURBAY	UNIDAD ODONTOLOGICA	GNATUS / CHAIR DENTAL	S200 SYNCRUS	50003E-H2	ME0066478	CORRECTIVO	SUBREDOCO OL MAY 9778 01	SE REALIZA CHEQUEO EVIDENCIANDO FALLA EN LA RUPTURA DE PIEZA PROVISIONAL PRUEBAS OK SE REQUIERE CAMBIO DE REPUESTO	NINGUNO	09/05/2024	MARCELA MORALES	SE REQUIERE REPUESTO
09/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	URGENCIAS	OLAYA	DESINFECTOR	INSTA MED	DUAL MAX	"012031D06374	ME0066574	INSTALACION	SUBREDOCO	CLARA PARA AREA DE CLARA PARA AREA DE	PAPEL IMPRESORA	09/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK FUERA DE SERVICIO

Marcela Morales J

02/05/2024

10/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	CHIRCALES	SAN JOSE OBRERO	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	OTROS	SUBREDO	FORMATA Y DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO 2024 EQUIPAMIENTO SALUD	NINGUNO	10/05/2024	MARCELA MORALES	JORNADA I DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO 2024 EQUIPAMIENTO SALUD
10/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	ODONTOLOGIA	CHIRCALES	CONTRAANGULO	NSK	EC	E917269	NR	NR	NR	CORRECTIVO	SUBREDOCO MAY CH 2709 01	FORMATA Y DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO 2024 EQUIPAMIENTO SALUD DONDE SE EVIDENCIA FALLO DE SISTEMA SE REALIZA ALINTE	NINGUNO	10/05/2024	MARCELA MORALES	FORMATA Y DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO 2024 EQUIPAMIENTO SALUD
10/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	ODONTOLOGIA	CHIRCALES	CONTRAANGULO	NSK	EC	E917269	NR	NR	NR	PREVENTIVO	SUBREDOCO MAY CH 2709 02	MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA	NINGUNO	10/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK
10/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	ODONTOLOGIA	CHIRCALES	MICROMOTOR	NSK	FX23	H8486971	NR	NR	NR	PREVENTIVO	SUBREDOCO MAY CH 6971 01	MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA	NINGUNO	10/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK
14/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	ODONTOLOGIA	CHIRCALES	UNIDAD ODONTOLOGICA	AMERICAN DENTAL	AD	2 263	NR	NR	NR	CORRECTIVO	SUBREDOCO MAY CH 263 00	PROTOCOLO DE LA PAGA EN ESCUDERIA SE REALIZA ALINTE	NINGUNO	14/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK
14/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	URGENCIAS	OLAYA	DESFIBRILADOR	MINDRAY	BENEHEART D3	EZ23083720	NR	NR	NR	INSTALACION	SUBREDO	SE REALIZA RECOGIDA CLARA PARA LA REALIZACION DE DEPÓSITO SANTA	PASQUE ELECTRODO ADULTO PREDIATRICO	14/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK
14/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	URGENCIAS	OLAYA	DESFIBRILADOR	MINDRAY	BENEHEART D3	EZ23083720	NR	NR	NR	INSTALACION	SUBREDO	SE REALIZA RECOGIDA CLARA PARA LA REALIZACION DE DEPÓSITO SANTA	PASQUE ELECTRODO ADULTO PREDIATRICO	14/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK
14/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	ODONTOLOGIA	CHIRCALES	UNIDAD ODONTOLOGICA	AMERICAN DENTAL	AD	2 263	NR	NR	NR	CORRECTIVO	SUBREDOCO MAY CH 263 00	SE REALIZA CHEQUEO DONDE SE EVIDENCIA FALLO DE TURBINA SE REALIZA ALINTE	NINGUNO	14/05/2024	MARCELA MORALES	SE REQUIERE REPUESTO
15/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	OLAYA	PIEZA DE MANO ALTA VELOCIDAD	NSK	PANA MAX 2	A2008147	NR	NR	NR	PREVENTIVO	SUBREDOCO MAY OL 0147 02	MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA	NINGUNO	15/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK
15/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	OLAYA	PIEZA DE MANO ALTA VELOCIDAD	NSK	PANA AIR	C7601312	NR	NR	NR	PREVENTIVO	SUBREDOCO MAY OL 01312 02	MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA	NINGUNO	15/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK
15/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	OLAYA	MICROMOTOR	NSK	EX-23	A2020436	NR	NR	NR	PREVENTIVO	SUBREDOCO MAY OL 0436 02	MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA	NINGUNO	21/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK
15/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	SAN JORGE	CONTRAANGULO	GNATUS	NR	4642348121	NR	NR	NR	PREVENTIVO	SUBREDOCO MAY SI 0354 01	MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA	NINGUNO	15/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK
15/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	TERAPIA FISICA	ANTONIO NARIÑO	TANQUE PAQUETES CALIENTES HIBRICOLECTOR	FIOTECHEI	NR	NR	NR	NR	NR	CORRECTIVO	SUBREDOCO MAY AN 094 01	SE REALIZA CHEQUEO DONDE SE EVIDENCIA FALLO DE CABLE AC	NINGUNO	15/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK
15/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	CHIRCALES	SAN JOSE OBRERO	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	OTROS	SUBREDO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO 2024 EQUIPAMIENTO SALUD SE REALIZA CHEQUEO	NINGUNO	15/05/2024	MARCELA MORALES	JORNADA I DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO 2024 EQUIPAMIENTO SALUD
16/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	ODONTOLOGIA	DIANA TURBAY	UNIDAD ODONTOLOGICA	GNATUS / CHAIR DENTAL	S200 / SYNCRUS	500005E-12	NR	NR	NR	CORRECTIVO	SUBREDOCO DT MAY 577H 00	DONDE SE EVIDENCIA ESPALDAR SUJETO SE REALIZA CHEQUEO	NINGUNO	16/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK
16/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	ODONTOLOGIA	DIANA TURBAY	UNIDAD ODONTOLOGICA	GNATUS / CHAIR DENTAL	S200 / SYNCRUS	500005E-12	NR	NR	NR	CORRECTIVO	SUBREDOCO DT MAY 577H 00	DONDE SE EVIDENCIA SILLA SUJETA SE REALIZA CHEQUEO	NINGUNO	16/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK
16/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	ODONTOLOGIA	CHIRCALES	CONTRAANGULO	NSK	FX23	A2004440	NR	NR	NR	DIAGNOSTICO	SUBREDOCO MAY CH 6446 01	DONDE SE EVIDENCIA FALLO DE TURBINA SE REQUIERE REPUESTO	NINGUNO	16/05/2024	MARCELA MORALES	SE REQUIERE REPUESTO
16/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	CHIRCALES	BRAVO PAEZ	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	OTROS	VER ANEXO DE RONDA	RONDA DE SEGURIDAD TECNOLÓGICA	NINGUNO	16/05/2024	MARCELA MORALES	RONDA SEGURIDAD
16/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	BRAVO PAEZ	OLAYA	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	OTROS	VER ANEXO DE RONDA	RONDA DE SEGURIDAD TECNOLÓGICA	NINGUNO	16/05/2024	MARCELA MORALES	RONDA SEGURIDAD
21/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	CONSULTA EXTERNA	BRAVO PAEZ	BASCUA DIGITAL	HEALTH O METER	84KL	840071690	NR	NR	NR	DIAGNOSTICO	SUBREDOCO MAY 1690-02	SE REALIZA CHEQUEO DONDE SE EVIDENCIA FALLO DE GALVA SE REQUIERE REPUESTO EQUIPO FUERA DE SERVICIO	NINGUNO	21/05/2024	MARCELA MORALES	SE REQUIERE REPUESTO
21/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	ESTERILIZACION	DIANA TURBAY	AUTOCLAVE	EUROMETA	ER 24CTR	EXP 221174	NR	NR	NR	CORRECTIVO	SUBREDOCO DT MAY 6312 00	SE REALIZA CHEQUEO DONDE SE EVIDENCIA EMPALME DE CABLE AC DESALINADO SE REALIZA ALINTE	NINGUNO	21/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK
21/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	OLAYA	PIEZA DE MANO ALTA VELOCIDAD	NSK	PANA MAX 2	08F20602	NR	NR	NR	PREVENTIVO	SUBREDOCO MAY OL 0802 03	SE REALIZA CHEQUEO DONDE SE EVIDENCIA FALLO DE TURBINA SE REQUIERE REPUESTO	NINGUNO	21/05/2024	MARCELA MORALES	SE REQUIERE REPUESTO
21/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	OLAYA	PIEZA DE MANO ALTA VELOCIDAD	NSK	PANA AIR	A200144	NR	NR	NR	PREVENTIVO	SUBREDOCO MAY OL 0144-01	SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA	NINGUNO	21/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK
21/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	OLAYA	PIEZA DE MANO ALTA VELOCIDAD	NSK	PANA MAX 2	08F20605	NR	NR	NR	PREVENTIVO	SUBREDOCO MAY OL 0805-01	SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA	NINGUNO	21/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK
22/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	OLAYA	PIEZA DE MANO ALTA VELOCIDAD	NSK	PANA MAX 2	A2006666	NR	NR	NR	PREVENTIVO	SUBREDOCO MAY OL 0666-01	SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO DE LA	NINGUNO	22/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK
22/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLOGIA	OLAYA	PIEZA DE MANO ALTA VELOCIDAD	NSK	PANA MAX 2	AL00011	NR	NR	NR	DIAGNOSTICO	SUBREDOCO MAY OL 0001-01	SE REALIZA CHEQUEO DONDE SE EVIDENCIA FALLO DE TURBINA SE REQUIERE REPUESTO	NINGUNO	22/05/2024	MARCELA MORALES	SE REQUIERE REPUESTO



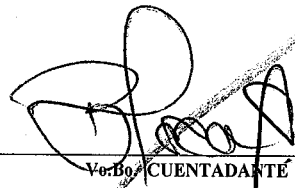
20/05/2024

5

1

22/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLÓGIA	OLAYA	PIEZA DE MANO ALTA VELOCIDAD	NSK	PANA MAX 2	AL-40604	2100475	DIAGNOSTICO	SUBREDCO MAY 01	SE REALIZA CHEQUEO DONDE SE EVIDENCIA FALLO DE TURBINA SE AGOTA LA PIEZA DE ALTA VELOCIDAD	NINGUNO	22/05/2024	MARCELA MORALES	SE REQUIERE REPUESTO
22/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLÓGIA	OLAYA	PIEZA DE MANO ALTA VELOCIDAD	NSK	PANA AIR	Y305139	NA	PREVENTIVO	SUBREDCO MAY 02	MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROCEDIMIENTO DE REALIZA	NINGUNO	22/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK
22/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLÓGIA	SAN JORGE	MICROMOTOR	GNATUS	NR	464914101	2100436	PREVENTIVO	SUBREDCO MAY 02	MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROCEDIMIENTO DE REALIZA	NINGUNO	22/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK
22/05/2024	PLAN DE MANTENIMIENTO	ODONTOLÓGIA	SAN JORGE	CONTIA NGULO	NSK	EX-200C	E700177	NR	PREVENTIVO	SUBREDCO MAY 01	MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROCEDIMIENTO DE REALIZA	NINGUNO	22/05/2024	MARCELA MORALES	EQUIPO OK PRUEBAS OK

1609
Tatiana

 <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°	6217	FECHA	23/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	S118.000,00		
LA SUMA DE:	CIENTOS DIECIOCHO MIL 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 MÉDICOS, AUTORIZADO POR ADRIANA VERANO, LIDER GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA.		
 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bo. CUENTADANTE	

No.	FECHA	DESDE	RUTA	HASTA	ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
						BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
1	5/2/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	UMHES SAN BLAS		INSTALACION ESPEJO REFLECTOR UNIDAD MAXILO	X				\$ 2.950,00
2	5/2/2024	UMHES SAN BLAS	RETORNO PRIMERA DE MAYO		GESTION ADMINISTRATIVA	X				\$ 2.950,00
3	5/3/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	USS CANDELARIA		CURADO Y RX ODONT Y UNIDADES ODONTOLÓGICAS	X				\$ 2.950,00
4	5/3/2024	USS CANDELARIA	UMHES SANTA CLARA		REPORTE ING MARCELA ESCOBAR Y RECOCER REPUEST CANDELARIA	X				\$ 2.950,00
5	5/3/2024	UMHES SANTA CLARA	RETORNO PRIMERA DE MAYO		GESTION ADMINISTRATIVA	X				\$ 2.950,00
6	5/3/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	UMHES SAN BLAS		REVISION DE REFLECTOR Y AJUSTE DE LUZ H3 ENFOQUE	X				\$ 2.950,00
7	5/6/2024	UMHES SAN BLAS	SEDE PRIMERA DE MAYO		REVISION UNIDAD 4 CABEZERO DAÑADO	X				\$ 2.950,00
8	5/7/2024	USS CANDELARIA	USS CARCEL DISTRITAL		ENTREGA DE RESERVORIOS DE AGUA UNIDADES	X				\$ 2.950,00
9	5/7/2024	USS CARCEL DISTRITAL	SEDE PRIMERA DE MAYO		GESTION ADMINISTRATIVA RECOCER REPUESTOS PARA	X				\$ 2.950,00
10	5/8/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	UMHES SANTA CLARA		INSTALACION ING MARCELA MORALES	X				\$ 2.950,00
TOTAL										\$ 29.500,00

MIGUEL FRANCISCO LASTRE

CC: 9791154

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

180000

Urrano

Diana Sandoval

V0 B6 REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

V0 B6 DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

7AD402
51123001

devisio
Jelly
afonso

279

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE S.E.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	
11	5/8/2024	UMHES SANTA CLARA	SEDE PRIMERA DE MAYO	RECOCER HERRAMIENTA Y ACCESO	X					\$ 2.950,00
12	5/8/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	USS SAN JORGE	INSTALACION RESERVORIO AGUA UNIDAD AMERICAN DENTAL	X					\$ 2.950,00
13	5/8/2024	USS SAN JORGE	SEDE PRIMERA DE MAYO	GESTION ADMINISTRATIVA	X					\$ 2.950,00
14	5/9/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	UMHES SANTA CLARA	RECOCER REPUESTOS ODONT	X					\$ 2.950,00
15	5/9/2024	UMHES SANTA CLARA	SEDE PRIMERA DE MAYO	1 MAYO REVISION SECADORA Y AUTOCLAVE	X					\$ 2.950,00
16	5/10/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	UMHES SANTA CLARA	REPORTE Y LEGALIZACION DOCUMENTOS REPUESTOS ODONT	X					\$ 2.950,00
17	5/10/2024	UMHES SANTA CLARA	UMHES SAN BLAS	RETIRAR TECLADO PARA UNIDAD S X	X					\$ 2.950,00
18	5/10/2024	UMHES SAN BLAS	USS SAMPER MENDOZA	CAMBIAR MEMBRANA Y DESBLOQUEAR UNIDAD ODONT	X					\$ 2.950,00
19	5/10/2024	USS SAMPER MENDOZA	UMHES SANTA CLARA	REPORTE DE GESTION BIOMEDICA SAMPER	X					\$ 2.950,00
20	5/10/2024	UMHES SANTA CLARA	SEDE PRIMERA DE MAYO	GESTION ADMINISTRATIVA	X					\$ 2.950,00
TOTAL										\$ 59.000,00

MIGUEL FRANCISCO LASTRE
NOMBRE FUNCIONARIO O CONTRATISTA
C.C.

CHAKMA
CHAKMA

Diana Sandoval
V6 B6 REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

V6 B6 DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO(A)



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
VERSIÓN: 02

No.	FECHA	DESDE	HASTA	ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE			VALOR
					BUS	HUSETA	COLECTIVO	
31	16/05/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	USS ALTAMIRA	VERIFICAR INSTALACION BOLIVAR CONTROLADOR	X			\$ 2.950,00
32	16/05/2024	USS ALTAMIRA	SEDE PRIMERA DE MAYO	GESTION ADMINISTRATIVA FIRMA CORRECTIVO BOLIVAR	X			\$ 2.950,00
33	17/05/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	SANTA CLARA UMHES	REUNION RE	X			\$ 2.950,00
34	20/05/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	USS LIBERTADORES	REVISION TENSIONMETRO 104	X			\$ 2.950,00
35	20/05/2024	USS LIBERTADORES	SEDE PRIMERA DE MAYO	GESTION ADMINISTRATIVA ARREGLO NIDADA Y MANTO	X			\$ 2.950,00
36	21/05/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	BELLO HORIZONTE	COMPRESORES	X			\$ 2.950,00
37	21/05/2024	BELLO HORIZONTE	SEDE PRIMERA DE MAYO	REVISION BASCULAS DEL 15 Y X	X			\$ 2.950,00
38	22/05/2024	CER PTE ARANDA	CER PTE ARANDA	REVISION AUTOCLAVE	X			\$ 2.950,00
39	22/05/2024	CER PTE ARANDA	SEDE PRIMERA DE MAYO	REVISION Y ARREGLO DE SELLADORA ESTERILIZACION	X			\$ 2.950,00
40	22/05/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	SANTA CLARA	GESTION ADMINISTRATIVA ING ADRIANA	X			\$ 2.950,00
TOTAL								\$ 118.000,00

MIGUEL FRANCISCO
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
CC 9141154

Diana Sandoval
VOB6 REPRESENTANTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

VOB6 DIRECTOR ADMINISTRATIVO (A)


 MINISTERIO DE SALUD
 Subsecretaría de Servicios de Salud
 Centro Oriente L.S.J.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE L.S.J.
 APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
 FORNITO GESTIÓN DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:
 AR-REF:
 FI-006

200 Y
to

Informe
Wilson Pineda



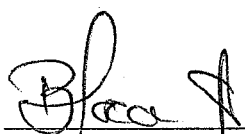
SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
FORMATO GESTIÓN DE MANTENIMIENTO

Escuela de Salud
Super Integral de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

CLASIFICACIÓN
ANEXO 1
VERIFICACIÓN

UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:														CENTRO ORIENTE													
FECHA SOLICITUD (DIA/MES/AÑO)		MEIO DE SOLICITUD		NOMBRE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO		ÁREA O SERVICIO		UNIDAD		NOMBRE EQUIPO		MARCAS		MODELO		SERIE		TIPO DE SERVICIO PRESTADO		CONSECUTIVO O NUMERO DE SERVICIO PRESTADO		DESCRIPCION TRABAJO REALIZADO		FECHA DE ENTREGA AL SERVICIO (DIA/MES/AÑO)		OBSERVACIONES Y/O CONCLUSIONES	
2/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX Leidi	VACINACION	USS Luchas	TERMOMETRO	ALLA FRANCE	MAX-MIN	NR										DIAGNOSTICO	SUBREDO		Se realiza verificación de buenas pruebas de funcionamiento	2/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
2/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX maria velazquez	Tome de muestras	CAPS Sanjper Mendoza	CENTRIFUGA	GENMYCO	PIC224	14312										DIAGNOSTICO	SUBREDO		Se realiza pruebas de funcionamiento alus de bombas para mejorar la estabilidad del equipo	2/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
2/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX Camenza	Varios	CAPS Perseverancia	Varios	Varios	Varios	Varios										ARCHIVO	SUBREDO		se realiza reportes y archivo documental	2/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
3/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX Camenza	CONSULTA EXTERNA	CAPS Perseverancia	BASCULA CON TALLIMETRO	HEALTH O METER	23BL	48022										DIAGNOSTICO	SUBREDO		ajuste de placas mecanicas	3/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
3/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Daniela V	ESTERILIZACION	Hospital Jorge eliecer Galan	AUTOCLAVE	MACONIGERNO	250P2	35921HE056RY										DIAGNOSTICO	SUBREDO		cambio de filtro	3/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
6/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX maria velazquez	Varios	CAPS Sanjper Mendoza	Varios	Varios	Varios	Varios										onda	SUBREDO		onda por los servicios	6/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
6/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX Camenza	Varios	CAPS Perseverancia	Varios	Varios	Varios	Varios										onda	SUBREDO		onda por los servicios	6/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
7/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Daniela V	Sillas de cirugía	Hospital Jorge eliecer Galan	MESA DE CIRUGIA	HOTBOT	UT-500	NR										DIAGNOSTICO	SUBREDO		revisión control	7/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
7/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Daniela V	Odontología	USS Luchas	LAMPANA FOTOCURADO	PIGMENT	LED-E	13705BEE										DIAGNOSTICO	SUBREDO		revisión inventario	7/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
8/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX maria velazquez	Varios	CAPS Sanjper Mendoza	Varios	Varios	Varios	Varios										DIAGNOSTICO	SUBREDO		revisión verificación de repuestos para camras electromecanicas	8/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
8/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Laura	Varios	USS crucez	Varios	Varios	Varios	Varios										DIAGNOSTICO	SUBREDO		inventario	8/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
9/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Jefe Ana G	Observación cirugía	Hospital Santa Clara	MONITOR DE SIGNOS VITALES	MINDRAY	IMEC 12	BY44057505										DIAGNOSTICO	SUBREDO		ceño de sensor de O2	9/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
9/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	WILSON FRANCO	Varios	Hospital Jorge eliecer Galan	Varios	Varios	Varios	Varios										salud	SUBREDO		solicita papel termico para equipos	9/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
9/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Jefe Ana G	Varios	CAPS Perseverancia	Varios	Varios	Varios	Varios										entrega	SUBREDO		se realiza entrega de repuestos	9/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
9/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Adria Vriano	Varios	Hospital Santa Clara	Varios	Varios	Varios	Varios										entrega	SUBREDO		se realiza entrega de soportes tecnicos	9/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
16/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Laura	Varios	USS crucez	Varios	Varios	Varios	Varios										onda	SUBREDO		verificación de onda	16/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
16/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Daniela V	vacuinacion	USS Luchas	REFRIGERADOR	VESTROST	MXQ04	2013100683										DIAGNOSTICO	SUBREDO		se realiza revisión generando reporte de y proceso de pintura	16/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
16/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Daniela V	CONSULTA EXTERNA	Hospital Jorge eliecer Galan	TENSIOMETRO	WELCH ALYN	LIFETIME	1.00817E+11										DIAGNOSTICO	SUBREDO		Traslado de repuesto	16/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
15/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX maria velazquez	ODONTOLOGIA	CAPS sanjper mendaza	UNIDAD ODONTOLOGICA	LEXUS	EVOLUTION	NR										CORRECTIVO	SUBREDO		llamado revisión equipo, bloque unidad espalder	15/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
15/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX Camenza	CONSULTA EXTERNA	CAPS Perseverancia	TENSIOMETRO	WELCH ALYN	SHOCK	36042B6417										INSTALACION	SUBREDO		Cambio de respueto	15/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
15/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX maria velazquez	Varios	CAPS sanjper mendaza	Varios	Varios	Varios	Varios										onda	SUBREDO		onda de verificación de equipos	15/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
17/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX Camenza	Varios	CAPS perseverancia	Varios	Varios	Varios	Varios										onda	SUBREDO		onda de verificación de equipos	17/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
17/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX maria velazquez	URGENCIAS	CAPS sanjper mendaza	ELECTROCARDIOGRAFO	BTL	BTU8MTF	NR										DIAGNOSTICO	SUBREDO		llamado revisión equipo	17/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
20/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX Camenza	Varios	CAPS perseverancia	Varios	Varios	Varios	Varios										onda	SUBREDO		onda equipos de baji	20/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
20/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX maria velazquez	URGENCIAS	CAPS sanjper mendaza	BASCULA PESA BEBE	HEALTH O METER	S22XL	NR										DIAGNOSTICO	SUBREDO		llamado revisión equipo	20/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
20/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Daniela V	Varios	Hospital Jorge eliecer Galan	Varios	Varios	Varios	Varios										salud	SUBREDO		realizar reportes tecnicos empresa	20/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
21/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Daniela V	Varios	Hospital Jorge eliecer Galan	Varios	Varios	Varios	Varios										salud	SUBREDO		solicita código repuesto	21/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
21/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Aux Daniela V	CONSULTA EXTERNA	USS Luchas	BASCULA PESA BEBE	HEALTH O METER	S22XL	522000631										Varios	SUBREDO		llamado revisión equipo	21/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
21/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	AUX Camenza	VARIOS	CAPS perseverancia	Varios	Varios	Varios	Varios										Varios	SUBREDO		retirar repuesto	21/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				
22/05/2024	FORMATO DE SOLICITUD	Adria Vriano	Varios	Hospital Santa Clara	Varios	Varios	Varios	Varios										ADMINISTRATIVO	SUBREDO		firmar conceptos	22/05/2024	EQUIPO BIEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO				

284

 <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°	6218	FECHA	23/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	\$156.100,00		
LA SUMA DE:	CIENTO CINCUENTA Y SEIS MIL CIEN PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A FREDY ENRIQUE AGUILAR NIT 1.090.423.751 POR TRANSPORTE AL DESPLAZARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE PARA REALIZAR TRASLADO DE MATERIALES ELÉCTRICOS, AUTORIZADO POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA TRANSPORTE.		
 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bo. CUENTADANTE	

*



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°	6219	FECHA	23/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	S179.000,00		
LA SUMA DE	CIENTO SETENTA Y NUEVE MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A JUAN FELIPE FUENTES SARMIENTO NIT 1.019.077.311 POR TRANSPORTE AL DESPLAZARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE PARA REALIZAR TRASLADO DE MATERIAL, AUTORIZADO POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA TRANSPORTE.		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

*

No.	FECHA	RUTA		HASTA	ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR	
		DESDE				BUS	BUSETA	TN	COLECTIVO	TAXI	
1	3/05/2024	HOSPITAL SANTA CLARA		HOSPITAL SAN BLAS	TRASLADO DE MATERIAL					X	\$ 19.500
2	3/05/2024	HOSPITAL SAN BLAS		HOSPITAL LA VICTORIA	TRASLADO DE MATERIAL					X	\$ 21.600
3	3/05/2024	HOSPITAL LA VICTORIA		PERSEVERANCIA	TRASLADO DE MATERIAL					X	\$ 28.900
4	7/05/2027	PERSEVERANCIA		SAMPER MENDOZA	TRASLADO DE MATERIAL					X	\$ 25.600
5	7/05/2027	SAMPER MENDOZA		CANDELARIA	TRASLADO DE MATERIAL					X	\$ 21.500
6	15/05/2024	HOSPITAL SANTA CLARA		DIANA TUBAY	TRASLADO DE MATERIAL					X	\$ 23.400
7	15/05/2024	DIANA TUBAY		LIBERTADORES	TRASLADO DE MATERIAL					X	\$ 18.300
8	15/05/2024	LIBERTADORES		1 DE MAYO	SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORA					X	\$ 20.200
9											
10											
TOTAL											\$ 179.000

Junio Felipe Fuentes Sarmiento

Arquitecto

NOVERGENTUNE 1112202204019077311

C.C. 1014027331

Diana Sandoval

VO.Bo. REPRESENTANTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

VO.Bo. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

Recibido \$799.000

7ADND03

511123001



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°	6220	FECHA	23/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	\$150.000,00		
LA SUMA DE:	CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A ADRIANA MARCELA VERANO NIT 1.026.555.096 POR TRANSPORTE AL DESPLAZARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE PARA REALIZAR GESTIONES DEL ÁREA BIOMÉDICA, AUTORIZADO POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA (TRANSPORTE).		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

*

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE			VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	COLECTIVO	
1	2/05/2024	Santa Clara	Diana Turbay	Entrega de accesorios para desfilizador				\$ 22.800
2	2/05/2024	Diana Turbay	Santa Clara	Regreso a la oficina		x		\$ 3.000
3	6/05/2024	Santa Clara	Victoria	Llevar carpetas de documentacion de equipo biomedico (3 cajas)				\$ 15.800
4	6/05/2024	Victoria	Libertadores	Entrega de repuesto para unidad odontologica				\$ 10.000
5	6/05/2024	Libertadores	Santa Clara	Devolucion de repuestos a Santa Clara				\$ 22.000
6	8/05/2024	Santa Clara	San Jorge	Entrega de accesorios para la sede San Jorge				\$ 14.000
7	8/05/2024	San Jorge	Santa Clara	Devolucion a la oficina administrativa		x		\$ 3.000
8	10/05/2024	Santa Clara	Perseverancia	Repuesto para odontologia				\$ 14.000
9	10/05/2024	Perseverancia	Santa Clara	Devolucion a la oficina administrativa				\$ 3.000
10	14/05/2024	Santa Clara	San Blas	Entrega de accesorios				\$ 13.400
11	14/05/2024	San Blas	Santa Clara	Devolucion con carpetas de hojas de vida				\$ 14.000
12	16/05/2024	Santa Clara	Jorge Elicer Gaitan	Entrega de repuesto para autoclave				\$ 12.000
13	16/05/2024	Jorge Elicer	Santa Clara	Devolucion a la oficina administrativa		x		\$ 3.000
TOTAL								\$ 150.000

ADRIANA VERANO

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

C.C. 1026555006

Diana Sandoval

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

V.O. B6 DIRECTOR Y ADMINISTRATIVO (A)

7ADN02

511123001

Recibi \$150.000

ADRIANA VERANO

1026555006



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.		
NIT	900,959,051 - 7 /Id. Extranjero :	Teléfono	3444484
Dirección	DG 34 5 43	Vendedor	EMERGENCIAS CLINICAS
Ciudad	BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA	Centro Costo	1
Correo	maryolirulz@hotmail.com	Remisión	6.765
Order Reference: Prefijo	Número		

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA	
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

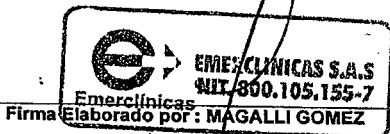
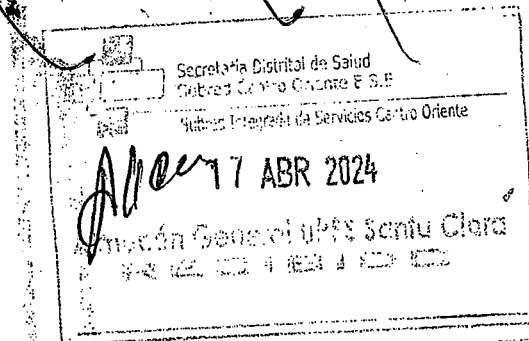
Setecientos Noventa Y Seis Mil Seiscientos Ochenta Y Ocho Pesos M/Cts

OBSERVACIONES

LOTE MQWN420 INVIMA 2016DM-001609-R2 FECHA DE VENCIMIENTO 2028-08-17

R.Fte 2.5% \$ 20.000
R-SCA 4,14% 3.312
\$ 23.312

A pagar \$ 776.688



Alexandra Guiza
Firma Recibido

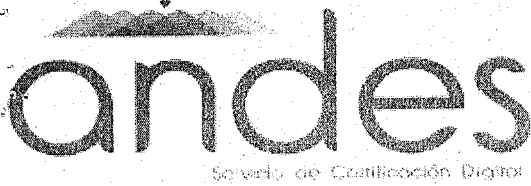
Elaborado e Impreso por Sigo SAS NIT: 830.046.145-3

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 100000

CUFE :fc5840e2def1020d36171967d5525f2fd9131f7383c81213a2644e73e10cd81ba13a195a3b59935abf416d9b3e840bed

ORIGINAL

Página 1 de 4



NIT: 900.210.800-1

ACTIVIDAD 6209 ICA 9.66 X 1000
IVA REGIMEN COMUN

FACTURA ELECTRONICA
DE VENTA

FE 123009

SOMOS AUTORETENEDORES
Resolucion 01126 de Diciembre 14 de 2021

Autorización Numeración de Facturación No. 18764067022063
Con Fecha del 8/03/2024 al 8/03/2025 Autorizada del FE 119001 al FE 128000 ,
Vigencia 12 meses.

CLIENTE:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CORREO:	GERENCIA@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO	FORMA DE PAGO:	Credito
IDENTIFICACIÓN NIT:	900959051-7	MEDIO DE PAGO:	
DIRECCIÓN:	DG 34 5 43 BOGOTA	TELEFONO:	6013282828

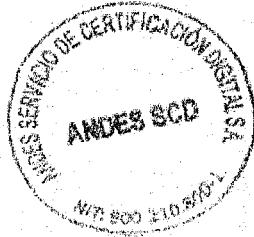
#	COD	DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD	VR UNIT	% IVA	VR TOTAL
1	01007211	CERT DIGI REP LEGAL TOK VIRT - VIG 1 AÑO	SERVICIO	1	148.500	19%	148.500
VALOR LETRAS: CIENTO SETENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS QUINCE PESOS M.CTE.					SUBTOTAL		148.500
COMENTARIOS: RICA 9,66% 1'435 RIVA 15% 4'232 \$ 5667 A pagar \$ 171.048=					DESCUENTOS		0
					NETO		148.500
					I.V.A.19%		28.215
					RET IVA		0
					RETEICA		0
					RETEFUENTE		0
					TOTAL COP\$		176.715

Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos ala letra de cambio, segun el Art. 774 delCodigo de Comercio. Es exigible a su vencimiento y la mora el pago causara intereses mensuales liquidados ala tasa mas alta permitida por la ley en la fecha del pago efectivo. El pago debera realizarse en cheque cruzado a favor de ANDES SCD S.A. Segun el Art. 731 delCodigo de comercio. El librador de un cheque presentado en tiempo y no pagado por su culpa abonara el tenedor como sancion el 20% del importe del cheque, sin perjuicio de que dicho tenedor persiga por las vias comunes la indemnizacion de los daños ocasiones.

CUFE: 0ee941d00eebc539d24814726f5ad972637c508c6e1ef43ca5bc2343ba9bccc5194a5ec58ff3585d336cb44f34850de8



Fecha y Hora de Generación:23/05/2024- 3:02:00p. m.
Documento Elaborado e Impreso por
SAP Business One
SAP COLOMBIA SAS - 900320612-5
Proveedor tecnologico:
FACTURE SAS - 900399741
Firma Digital: 2E9464C2C6D2470B



www.andesscd.com.co
Fecha y Hora de expedición: 23/05/2024- 3:02:00p. m.

Avda CII 26 No.69 C - 03 Ofi 701 To B - Telefono : 7456884 - Cel 3503189839 - Bogota , D.C - Colombia.

X *Paula Arroyave*

212

efecty
EFFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.993-1
ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9497626814 DU: 234754
Cliente: 111992 PAYCO BOTON DE PAGO INTEGRACION
Fecha: 18/05/2024 11:51:12
PAP: 010605
Identificacion: 900959057
Nombre: SOBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
Apellido 1: CENTRO ORIENTE E.S.E.
Apellido 2: NA
CEDULA O PIN: P211296307
FACTURA: 211296307
Referencia: P211296307 Valor: \$176.715.00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 8510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

efecty
EFFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.993-1
ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9497626814 DU: 234754
Cliente: 111992 PAYCO BOTON DE PAGO INTEGRACION
Fecha: 18/05/2024 11:51:12
PAP: 010605
Identificacion: 900959057
Nombre: SOBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
Apellido 1: CENTRO ORIENTE E.S.E.
Apellido 2: NA
CEDULA O PIN: P211296307
FACTURA: 211296307
Referencia: P211296307 Valor: \$176.715.00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 8510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

**Código del convenio**

111992

PIN

P211296307

Pague en efectivo antes de: Mayo 19, 2024 8:52 AM**Detalle Transacción****Total**

\$176,715.00 COP

Recaudo a nombre de Payco Payco, paga y cobra
online S.A.S.

Andes Servicio De Certificación Digital Sa

Llámenos

+57-3503689349

Escríbanos

cartera@andesscd.com.co

<https://www.andesscd.com.co/>

DIAN

POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario14872828859

(415)7707212489984(8020)0000014872828859

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)9002108001

6. DV1

12. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona jurídica

25. Tipo de documento1

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 socialANDES SERVICIO DE CERTIFICACION DIGITAL S A

36. Nombre comercial

37. SiglaANDES SCD S. A.

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA

39. DepartamentoBogotá D.C.

40. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.

41. Dirección principalAC 26 69 C 03 TO B OF 701

42. Correo electrónicoinfo@andesscd.com.co

43. Código postal

44. Teléfono 17456884

45. Teléfono 23503392090

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

46. Código6209

47. Fecha inicio actividad20101001

48. Código6120

49. Fecha inicio actividad20101001

50. Código7490

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código57910141542485255

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

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogena

15- Autorretenedor

42- Obligado a llevar contabilidad

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código2223

55. Forma3

56. Tipo1

Servicio

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 Folios:0

61. Fecha2022 - 10 - 24 / 08 : 16: 37

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. NombreRESTREPO MARTINEZ SANDRA CECILIA

985. CargoRepresentante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 03-04-2023 12:08:15PM

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización			4. Número de formulario 14973756218		
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 2 1 0 8 0 0 1			6. DV 1		
12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá			14. Buzón electrónico 3 2		
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 ANDES SERVICIO DE CERTIFICACION DIGITAL S A	
36. Nombre comercial		37. Sigla ANDES SCD S. A.		38. País COLOMBIA	
39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		41. Dirección principal AC 26 69 C 03 TO B OF 701	
42. Correo electrónico info@andesscd.com.co		43. Código postal		44. Teléfono 1 6 0 1 2 4 1 5 3 9	
45. Teléfono 2 3 5 0 3 3 9 2 0 9 0		46. Clasificación		47. Ocupación	
48. Actividad económica		49. Otras actividades		50. Código	
51. Código		52. Número establecimientos		53. Responsabilidades, Calidades y Atributos	
54. Código		55. Formas		56. Tipos	
57. Modos		58. CPC		59. Anexos SI NO X	
60. No. de folios 0		61. Fecha 2024 - 01 - 19 / 08 : 38: 54		62. 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 RESTREPO MARTINEZ SANDRA CECILIA		985. Cargo Representante legal Certificado		Fecha generación documento PDF: 05-03-2024 07:56:45AM	

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

Página 2 de 7 Hoja 2

4. Número de formulario14973756218

(415)7707212489984(8020) 000001497375621 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)9 0 0 2 1 0 8 0 0 | 16. DV12. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá14. Buzón electrónico3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza263. Formas asociativas364. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados65. Fondos66. Cooperativas67. Sociedades y organismos extranjeros68. Sin personería jurídica69. Otras organizaciones no clasificadas70. Beneficio1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase0 572. Número2 0 973. Fecha2 0 0 8 | 0 1 | 2 974. Número de notaría3 375. Entidad de registro0 376. Fecha de registro2 0 0 8 | 0 2 | 1 577. No. Matrícula mercantil0 1 7 7 4 8 4 878. Departamento1 179. Ciudad/Municipio4

71. Clase0 572. Número1 7 1 773. Fecha2 0 2 1 | 0 9 | 1 074. Número de notaría2 875. Entidad de registro0 376. Fecha de registro2 0 2 1 | 1 0 | 0 477. No. Matrícula mercantil0 1 7 7 4 8 4 878. Departamento1 179. Ciudad/Municipio4

Vigencia

80. Desde2 0 0 8 | 0 1 | 2 981. Hasta2 0 5 8 | 0 1 | 2 9

82. Nacional1 0 0 %83. Nacional público0 . 0 %84. Nacional privado1 0 0 . 0 %85. Extranjero0 %86. Extranjero público0 . 0 %87. Extranjero privado0 . 0 %

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

8 0

2 0 1 6 | 0 1 | 0 1

2

3



4

5



Vinculación económica



93. Vinculación económica94. Nombre del grupo económico y/o empresarial95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante96. DV97. Nombre o razón social de la matriz o controlante170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior171. País172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

Fecha generación documento PDF: 05-03-2024 07:56:45AM

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Representación		001	
Espacio reservado para la DIAN			Página 3 de 7 Hoja 3		
			4. Número de formulario 14973756218		
					
			(415)7707212489984(8020) 000001497375621 8		
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 2 1 0 8 0 0		1	Impuestos de Bogotá		3 2
Representación					
98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación			
REPRS LEGAL PRIN		1 8 2 0 2 2 0 8 0 2			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan		1 3 4 3 4 1 1 6 7 2			
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre	107. Otros nombres
RESTREPO		MARTINEZ		SANDRA	CECILIA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV	110. Razón social representante legal		
98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación			
REPRS LEGAL SUPL		1 9 2 0 2 2 1 0 1 2			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan		1 3 1 1 0 5 7 8 7 5 4 4			
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre	107. Otros nombres
MORALES		LOPEZ		ANA	MARIA
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		

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones		001	
Espacio reservado para la DIAN		Página 4 de 7 Hoja 4			
		4. Número de formulario		14973756218	
				(415)7707212489984(8020) 000001497375621 8	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 2 1 0 8 0 0		1	Impuestos de Bogotá		3 2
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales					
111. Tipo de documento		112. Número de identificación		113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadana 1 3		1 0 2 0 7 3 3 1 2 4			COLOMBIA
115. Primer apellido		116. Segundo apellido		117. Primer nombre	118. Otros nombres
BRANDO		BOTERO		DANIEL	FELIPE
119. Razón social					
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
				2 0 2 1 0 7 1 9	
111. Tipo de documento		112. Número de identificación		113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadana 1 3		7 1 7 0 0 9 1 7			COLOMBIA
115. Primer apellido		116. Segundo apellido		117. Primer nombre	118. Otros nombres
OSORIO		GUTIERREZ		JUAN	GUILLERMO
119. Razón social					
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
				2 0 2 2 0 6 1 0	2 0 2 2 0 7 2 5
111. Tipo de documento		112. Número de identificación		113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadana 1 3		8 0 4 2 4 2 7 1			COLOMBIA
115. Primer apellido		116. Segundo apellido		117. Primer nombre	118. Otros nombres
MENDOZA		AVILA		CARLOS	ANDRES
119. Razón social					
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
				2 0 2 1 0 7 1 9	2 0 2 2 0 7 2 5
111. Tipo de documento		112. Número de identificación		113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadana 1 3		3 5 3 1 8 4 5 1			COLOMBIA
115. Primer apellido		116. Segundo apellido		117. Primer nombre	118. Otros nombres
VIRVIESCAS		CALVETE		VICTORIA	EUGENIA
119. Razón social					
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
				2 0 2 1 0 7 1 9	
111. Tipo de documento		112. Número de identificación		113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadana 1 3		1 7 1 6 5 9 5 2			COLOMBIA
115. Primer apellido		116. Segundo apellido		117. Primer nombre	118. Otros nombres
MATEUS		PEREZ		JOSE	HERNANDO
119. Razón social					
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
				2 0 2 1 0 7 1 9	

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones		001	
Espacio reservado para la DIAN			Página 6 de 7 Hoja 4		
			4. Número de formulario 14973756218		
					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 2 1 0 8 0 0 1			6. DV 1		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá
			3		2
14. Buzón electrónico					
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales					
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3		112. Número de identificación 3 0 3 2 5 1 6 0		113. DV 114. Nacionalidad COLOMBIA 1 6 9	
115. Primer apellido ARIAS		116. Segundo apellido PULGARIN		117. Primer nombre PAULA 118. Otros nombres MARCELA	
119. Razón social					
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso 2 0 2 3 0 5 3 0 123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3		112. Número de identificación 1 2 1 4 7 1 7 0 1 9		113. DV 114. Nacionalidad COLOMBIA 1 6 9	
115. Primer apellido CHAVARRIAGA		116. Segundo apellido BEDOYA		117. Primer nombre MARIA 118. Otros nombres ALEJANDRA	
119. Razón social					
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso 2 0 2 3 0 5 3 0 123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3		112. Número de identificación 9 8 6 3 4 2 3 1		113. DV 114. Nacionalidad COLOMBIA 1 6 9	
115. Primer apellido MOLINA		116. Segundo apellido ORREGO		117. Primer nombre DANY 118. Otros nombres LEON	
119. Razón social					
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso 2 0 2 3 0 5 3 0 123. Fecha de retiro 2 0 2 4 0 1 1 8	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3		112. Número de identificación 5 2 4 2 4 1 1 6		113. DV 114. Nacionalidad COLOMBIA 1 6 9	
115. Primer apellido BOTERO		116. Segundo apellido CAMACHO		117. Primer nombre MARIA 118. Otros nombres FRANCISCA	
119. Razón social					
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso 2 0 2 3 0 5 3 0 123. Fecha de retiro	
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	

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Revisor Fiscal y Contador		001	
Espacio reservado para la DIAN			Página 7 de 7 Hoja 5		
			4. Número de formulario 14973756218		
			 (415)7707212489984(8020) 000001497375621 8		
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 2 1 0 8 0 0		1	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 1 4 3 4 8 6 4			5 0 1 8 0 T
	128. Primer apellido	129. Segundo apellido		130. Primer nombre	131. Otros nombres
	PARDO	RODRIGUEZ		JOSE	RAMIRO
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)		133. DV	134. Sociedad o firma designada	
	135. Fecha de nombramiento		2 0 2 2 0 6 1 0		
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento	137. Número de identificación		138. DV	139. Número de tarjeta profesional
	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 0 5 6 2 9 8 9			2 2 3 3 0 5 T
	140. Primer apellido	141. Segundo apellido		142. Primer nombre	143. Otros nombres
	BOLAÑOS	TORRES		KATHERINE	ALEXIS
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)		145. DV	146. Sociedad o firma designada	
	147. Fecha de nombramiento		2 0 2 2 0 6 1 0		
Contador	148. Tipo de documento	149. Número de identificación		150. DV	151. Número de tarjeta profesional
	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 7 4 7 2 4 3			1 9 0 4 5 3 T
	152. Primer apellido	153. Segundo apellido		154. Primer nombre	155. Otros nombres
	ATEHORTUA	MONTES		CLAUDIA	MARITZA
	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)		157. DV	158. Sociedad o firma designada	
	159. Fecha de nombramiento		2 0 2 1 0 6 1 5		

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	Bogotá, 18 Mayo 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	Marcia Greicy baranem
ÁREA / DEPENDENCIA	Oficina Asesoría Desarrollo Institucional
CENTRO DE COSTO	7ADA08 511900002
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	Calle 33

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

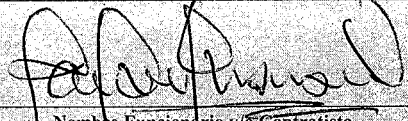
Firma digital del Agente especial
interventor para reportes a entes

3. JUSTIFICACIÓN

Se requiere Firma para el reporte de
informes a los entes de control



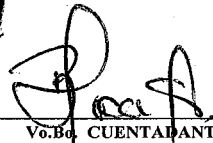
4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO

N/A
Vo.Bo. Funcionario Almacén


Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

 <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°	6222	FECHA	24/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VÁLOR:	\$59.000,00		
LA 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 E.S.E. PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO, AUTORIZADO POR JUAN FELIPE FUENTES SARMIENTO, LIDER GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO.		
 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bo. CUENTAPANTE	

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 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	TMI	COLECTIVO	
1	17-5-24	CPS PASSEVERAN	Mantenimiento	Mantenimiento	X				2,950
2	17-5-24	Mantenimiento	SANTA CLARA	Mantenimiento	X				2,950
3	17-5-24	SANTA CLARA	CPS PASSEVERAN	Mantenimiento	X				2,950
4	20-5-24	CPS PASSEVERAN	Jorge Eliécer	Mantenimiento	X				2,950
5	20-5-24	Jorge Eliécer	CPS PASSEVERAN	Mantenimiento	X				2,950
6	22-5-24	CPS PASSEVERAN	USS CARCÉS	Mantenimiento	X				2,950
7	22-5-24	USS CARCÉS	Jorge Eliécer	Mantenimiento	X				2,950
8	22-5-24	Jorge Eliécer	CPS PASSEVERAN	Mantenimiento	X				2,950
9	23-5-24	CPS PASSEVERAN	SANTA CLARA	Mantenimiento	X				2,950
10	23-5-24	SANTA CLARA	CPS PASSEVERAN	Mantenimiento	X				2,950
TOTAL									59,000

Pedro P. Murévar B. RECIBI LA SUMA DE \$ 59,000
Mayo
24-5-2024

Pedro P. Murévar B.
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
79261047 BTA

Diana Sandoz

Vs. BO. REPRESENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

Yo Bo. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

Juan Felipe Fuentes Sarmiento
Arquitecto
A11220220-1019077311

7ADN403
511230001

CÓDIGO: AP-RF-F-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	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
	DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
1	30-4-24	CPS Penseverano	ISS CAUCÉS	Mantenimiento	X			2,950
2	30-4-24	ISS CAUCÉS	CPS Penseverano	Mantenimiento	X			2,950
3	2-5-24	CPS Penseverano	Jorge Eliacén	Mantenimiento	X			2,950
4	2-5-24	Jorge Eliacén	CPS Penseverano	Mantenimiento	X			2,950
5	7-5-24	CPS Penseverano	Mantenimiento	Mantenimiento	X			2,950
6	7-5-24	Mantenimiento	CPS Penseverano	Mantenimiento	X			2,950
7	9-5-24	CPS Penseverano	Jorge Eliacén	Mantenimiento	X			2,950
8	9-5-24	Jorge Eliacén	CPS Penseverano	Mantenimiento	X			2,950
9	15-5-24	CPS Penseverano	CPS Smapen	Mantenimiento	X			2,950
10	15-5-24	CPS Smapen	CPS Penseverano	Mantenimiento	X			2,950
TOTAL								29,500


Pedro P. Muriel B.
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 79261047 271


Para Sandan
V.O. REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

Hum. Felipe Fuentes Samiento
Arquitecto
3177020-401907731
V.O. DIRECTOR ADMINISTRATIVO (A)

600


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 Perseveran Ir a Santa Clara por cable duplex		Ir a Santa Clara por cable duplex para arreglo oficina jurídica.	
por orden de Carlos Osorio		De Santa Clara a CAP Perseveran	
Fecha de solicitud	23-05-24	Fecha de mantenimiento	23-05-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	1 hora
Carlos Osorio		Nombre del técnico	Pedro Muriel
Fecha de recibido	23-05-24	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	


 <div>Ministerio 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	Cocina	Unidad	CAP Perseverancia		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento			
Requerimiento de unidos labores		Cocina. 2º Piso: Areglo de mesón, cortar baldosin, enchapar mesón y lijar y embagillar, arreglo de fijos y asco general. Cocina 2º. 3º. Dietas: Quitar chapa por daño y arreglar, volver a instalar. Bodega Farmacia: Retirar chapa por daño de funcionamiento			
Fecha de solicitud	22-05-24	Fecha de mantenimiento	22-05-24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado		7 horas	
Jefe Carmen		Nombre del tecnico		Pedro Murivar	
Fecha de recibido	22-05-24	Materiales utilizados			
Nombre de quien recibe		3 mt baldosin, 1 libra bagilla			
Marmen					
Niveles de satisfaccion		Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si / No	Sede 34, CASA 1 y 2, CAP Perseverancia: Tomar consumos de agua.			
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si / No	De CAP Perseverancia a Cruces			
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si / No				

 <div>Ministerio 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		Unidad	USS Cruces		
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 USS Cruces por orden de Carlos Osorio. a recoger baldosin para meson. Ir de USS Cruces a Jorge Glicer por pegacore para meson.		Ir a USS Cruces por baldosin para meson, luego ir a Jorge Glicer por pegacore para meson.			
De Jorge Glicer a CAP Perseverancia por pegacore para meson.					
Fecha de solicitud	22-05-24	Fecha de mantenimiento	22-05-24		
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado		2 horas	
Carlos Osorio		Nombre del tecnico		Pedro Murivar	
Fecha de recibido	22-05-24	Materiales utilizados			
Nombre de quien recibe					
Jorge Glicer					
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				

Servicio:	Hosp: tal: zación	Unidad:	CAP Perseverancia
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Requis: miento varios labores.		Hosp: tal: zación: Pileta 2º piso; Pileta ducha y baño: Destapar tubería. Sótano: Destapar tubería. Cuarto Juntas: Arreglo estructura mesa de centro. Cuarto Bienestar 2º Piso: Mesón, arreglo de estructura, corte de Materiales para arreglo de superficie	
Fecha de solicitud	20-05-24	Fecha de mantenimiento	20-05-24
Nombre de quien solicita	Jefe Chimenza	Tiempo empleado	7 horas
Fecha de recibido	20-05-24	Nombre del tecnico	Pedro Placer
Nombre de quien recibe	(Firma)	Materiales utilizados	1 superficie 1,50x60, 1 superficie 1,50x30 y diferentes tornillos.
Niveles de satisfacción		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si / No	Corte de baldosin para mesón.	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si / No	De CAP Perseverancia a Jorge Eliecer	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si / No		

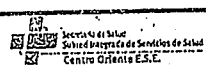
SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSION: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio:		Unidad:	Jorge Eliecer		
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad			Descripción del mantenimiento		
Requis: miento ir de CAP Perseverancia a Jorge Eliecer por orden de Carlos Osorio por baldosinas para arreglo de mesón Zona de Bienestar 2º Piso Perse.			Ir por baldosinas para arreglo de mesón Zona de Bienestar 2º Piso Perseverancia		
Fecha de solicitud	20-05-24	Fecha de mantenimiento	20-05-24		
Nombre de quien solicita	Carlos Osorio	Tiempo empleado	1 hora		
Fecha de recibido	20-05-24	Nombre del tecnico	Pedro Placer		
Nombre de quien recibe	(Firma)	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				

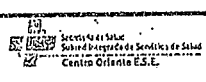
 <small>Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</small>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio: <u>Cuarto de Lockers.</u>		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 Varas Lubres</u>		<u>Cuarto Lockers: Cuarto de Pileta, cuarto de insumos: Desmontar chapas, arreglar e instalar las de nuevo. Activos Fijos: Desarmar cajas, ayudar a cargar cajas de activos fijos al camión. Seguimiento: Fijar equipo órganos e instalar letreros</u>			
Fecha de solicitud: <u>17-05-24</u>		Fecha de mantenimiento: <u>17-05-24</u>			
Nombre de quien solicita: <u>JEKE CRUZ</u>		Tiempo empleado: <u>8 horas</u>			
Fecha de recibido: <u>17-05-24</u>		Nombre del técnico: <u>Pedro Munívur</u>			
Nombre de quien recibe: <u>(Comunera)</u>		Materiales utilizados: <u>4 Chapas de parrilla arreglar, 1 chapa</u>			
Niveles de satisfacción:		Observaciones:			
<input checked="" type="checkbox"/> Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<u>Bodega insumos: Abrir puerta, retirar chapa, arreglar y volver a instalar</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> El mantenimiento realizado fue el requerido?		<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<u>De CAP Perseverancia a Materno</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> La calidad del mantenimiento fue el esperado?		<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

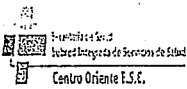
 <small>Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</small>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO		CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio:		Unidad: <u>Materno</u>			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456					
Descripción de necesidad:		Descripción del mantenimiento:			
<u>Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Materno por orden de Carlos Osorio por un tubo de silicona, de Materno a Santa Clara y ir por estuco. De Santa Clara a CAP Perseverancia</u>		<u>Ir por un tubo de silicona. De ahí, ir a Santa Clara por estuco. De Santa Clara a CAP Perseverancia</u>			
Fecha de solicitud: <u>17-05-24</u>		Fecha de mantenimiento: <u>17-05-24</u>			
Nombre de quien solicita: <u>Carlos Osorio</u>		Tiempo empleado: <u>1 hora</u>			
Fecha de recibido: <u>17-05-24</u>		Nombre del técnico: <u>Pedro Munívur</u>			
Nombre de quien recibe: <u>(Firma)</u>		Materiales utilizados:			
Niveles de satisfacción:		Observaciones:			
<input checked="" type="checkbox"/> Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<input checked="" type="checkbox"/> El mantenimiento realizado fue el requerido?		<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<input checked="" type="checkbox"/> La calidad del mantenimiento fue el esperado?		<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

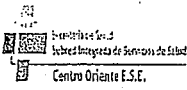
Servicio	Unidad		Jorge Eliecer
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripción de necesidad		Descripción del mantenimiento	
Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Jorge Eliecer por 4 lámparas de incandescencia para Oficina Jurídica por orden de Carlos Osorio.		Ir por lámparas de incandescencia para Oficina Jurídica. De Jorge Eliecer a CAP Perseverancia	
Fecha de solicitud	9-05-24	Fecha de mantenimiento	9-05-24
Nombre de quien solicita	Carlos Osorio	Tiempo empleado	1 hora
Fecha de recibido	9-05-24	Nombre del técnico	Pedro Méndez
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	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.		Cuarto Ascensor: Revisión y cambio de ascensor. Of. Jurídica: Baño: Cambio de lámpara 18w. Facturación: Cuarto Insumos. Hacer circuito nuevo e instalar lámpara 24w. Sal - de Espera: Areglo de toma normal. De Perseverancia al life: Llevar agua con sabor.	
Fecha de solicitud	9-05-24	Fecha de mantenimiento	9-05-24
Nombre de quien solicita	Jefe Carreras	Tiempo empleado	1 día
Fecha de recibido	9-05-24	Nombre del técnico	Pedro Méndez
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"/>	del cambio.	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	De CAP Perseverancia a Jorge Eliecer	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

 <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-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11</div>	
Servicio	Pileta 1º Piso	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		Pileta 1º P. so: Cambio de llave, arreglo de registro. Urgencias: Retirar cortinas e instalar nuevas. Urgencias: Lijar medias cañas y dar 2 manos de pintura. Hospitalización: Baño de Enfermeras: Retirar chips e instalar chips	
Fecha de solicitud	7-05-24	Fecha de mantenimiento	7-05-24
Nombre de quien solicita	Jefe Cermanzi	Tiempo empleado	1 hr
Fecha de recibido	7-05-24	Nombre del técnico	Pedro Munera
Nombre de quien recibe	COMUNIDAD	Materiales utilizados	
Niveles de satisfacción		1 llave jardín, 1 pliego l. j. 80, 1/4 galn. esmalte blanco	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		Observaciones	
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		De CAP Perseverancia a Hospital Materno	
¿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"/>			

 <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-FT-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11</div>	
Servicio		Unidad	Hospital Materno
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 Materno por orden de Carlos Osorio a recoger llave jardín para pileta Sede 34		Ir por orden de Carlos Osorio a recoger llave jardín para pileta Sede 34. De Hospital Materno a CAP Perse.	
Fecha de solicitud	7-05-24	Fecha de mantenimiento	7-05-24
Nombre de quien solicita	Carlos Osorio	Tiempo empleado	1 hora
Fecha de recibido	7-05-24	Nombre del técnico	Pedro Munera
Nombre de quien recibe	COMUNIDAD	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-FI-055 VERSIÓN: 02 FECHA: 2019-09-11	
Servicio <u>Urgencias</u>		Unidad <u>CAP Perseverancia</u>			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad <u>Requerimiento de arreglos.</u>			Descripción del mantenimiento <u>Urgencia: Bono Usuarios: Cambio llave, de registro y acoples. Ginecología: Bono: Arreglo humano, cambio de registro, cifer y acople. CASA 1: Revisión con electri. un arreglo y cambio de taca. Acompañamiento a señora al arreglo de cubiertas.</u>		
Fecha de solicitud <u>30-04-2024</u>		Fecha de mantenimiento <u>30-04-2024</u>			
Nombre de quien solicita <u>Jefe Curman</u>		Tiempo empleado <u>7 horas</u>			
Fecha de recibido <u>30-04-20</u>		Nombre del tecnico <u>Pedro Murru</u>			
Nombre de quien recibe <u>Normando</u>		Materiales utilizados <u>1 llave Inicomas, 2 registros, 3 acoples 1 cifer, 1 taca 40.</u>			
Niveles de satisfaccion		Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		<u>Si</u>	No	<u>De CAP Perse a USS Cruces.</u>	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?		<u>Si</u>	No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?		<u>Si</u>	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		Unidad <u>USS Cruces</u>			
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.					
Descripción de necesidad <u>Requerimiento de CAP Perseverancia a USS Cruces por llave para por orden de Carlos Osorio</u>			Descripción del mantenimiento <u>Ir a USS Cruces por llave para CAP Perseverancia</u> <u>De USS Cruces a CAP Perseverancia</u>		
Fecha de solicitud <u>30-04-2024</u>		Fecha de mantenimiento <u>30-04-2024</u>			
Nombre de quien solicita <u>Carlos Osorio</u>		Tiempo empleado <u>1 hora</u>			
Fecha de recibido <u>30-04-2024</u>		Nombre del tecnico <u>Pedro Murru</u>			
Nombre de quien recibe <u>[Signature]</u>		Materiales utilizados			
Niveles de satisfaccion		Observaciones			
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?		<u>Si</u>	No		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?		<u>Si</u>	No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?		<u>Si</u>	No		

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6223

FECHA

27/05/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

MANTENIMIENTO ESE

VALOR:

\$1.048.670,00

LA SUMA DE:

UN MILLÓN CUARENTA Y OCHO MIL SISCIENTOS SETENTA PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

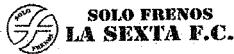
FACTURA No. FEFC-6524 FANNY CONSTANZA CÁRDENAS GARCÍA NIT 40.381.815-5 MANTENIMIENTO (ACEITE, LAVADO DE VÁLVULAS AGR, LIMPIEZA DE CATALIZADOR, FLOTADOR DE COMBUSTIBLE) PARA VEHÍCULO MOVIL 6877 CON PLACAS JQV144 PERTENECIENTE A LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE, SOLICITADO POR DANIEL MURCIA CRZ APH.

R.FTE. 4%.....\$36.680
R,ICA 9.66 POR MIL..... 8.858
R.IVA 15%..... 19.751

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

316



FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Actividad Económica:

4520 - Mantenimiento y reparación de vehículos automotores (11.04/1000)

Razón Social:

Identificación:

Teléfono:

Dirección:

Condición IVA:

Responsabilidad fiscal:

Fanny C. Cardenas García

Solo Frenos la Sexta F.C.

40381815-5

3138164311

Diagonal 4 A No 18 B 16, Bogota, D.C., Bogota, Colombia.

IVA

No Aplica - Otros

Número:

Fecha:

Fecha Vto.:

Forma de pago:

FEFC-6524

24/05/2024 08:25

24/05/2024

Crédito

Sr. (es):	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	NIT:	900959051-7
Dirección:	Carrera 14 B # 1-45 SUR, .	Tel:	3108829970
Municipio:	Bogota, D.C., Bogota, Colombia.		
Muni. Dest.:	Bogota, D.C.		

R.Fte 4% \$ 36.680
RSCA 9.66% 8.858
RIVA 15% 19.751
\$ 65.289
A pagar \$ 983.381

SOLO FRENOS LA SEXTA F.C.
Fanny Cardenas - NIT. 40381815-5
Recibido
Fanny Cardenas

Recibido
Piquel Angel Sotelo
1000274327

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el art. 3, de la Ley 1231 de 2008. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobraran intereses por mora.

A efectos de la Resolución N° 000165 del 01/11/23, este comprobante se encuentra expresado en moneda de curso legal, Pesos Colombianos.

Observaciones: TRABAJO REALIZADO A LA AMBULANCIA CHEVROET NHR JQV-144

Subtotal:	917,000.00
Descuento:	0.00
Total Bruto:	917,000.00
IVA 19%:	131,670.00

Fecha y hora de validación: 24/05/2024 08:35
CUFE: dc56a3b961f868a0e15454b253522e175133e12e31a36ea28abbcc853751998c2e9a5d782a0b501a8b8424008a5663e9

Firma Digital:
CofwE5Z9bkv5uya/h8vgZ2f7nrC8BjhVgO5VF8XvCbgE/rHuV3+9lBhQJ1Aqu3dZ
UIOHF3QpF7C9aGG0oD7pURJTJsupEabwpsrcpaXkxHWt88jG+2fCglbAjLm4lJ4E
Software: Xubio (Visma Enterprise SAS - NIT: 900.839.261-2)
Proveedor Tecnológico: Cadena S.A. Nit: 890.930.534-0

Resolución de factura electrónica: 18764064477039 del 2024-01-29 al 2024-07-29. Rango: FEFC-6311 al FEFC-10000.

Representación gráfica de la factura electrónica según párrafo 1, artículo 3 decreto 2242 de 2015 078-93053

Valor a Pagar: 1,048,670.00



HECHO EN X XUBIO.com



**SOLO FRENOS
LA SEXTA F.C.**

NIT: 40.381.815-5

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

PRESENTO COTIZACION REPARACION AMBULANCIA NHR JQV-144

DESCRIPCION REPUESTO	CANTIDAD	VR UND	VR TOTAL
ACEITE MOTOR	8	28000	\$ 224.000
FILTRO DE COMBUSTIBLE	1		\$ 50.000
FILTRO TRAMPA COMBUSTIBLE	1		\$ 50.000
FILTRO AIRE	1		\$ 68.000
FILTRO ACEITE	1		\$ 60.000
MANO DE OBRA			
CAMBIO DE ACEITE Y FILTROS	1		\$ 15.000
DESMONTE Y MONTE DEL CATALIZADOR Y REPARADA	1		\$ 180.000
MANTENIMIENTO DE LA VALVULA EGR, DESMONTE	1		\$ 120.000
DESMONTE Y MONTAJE DE TANQUE COMBUSTIBLE (revision de flotador)	1		\$ 150.000
		SUB-TOTAL	\$ 917.000
		exento	\$ 224.000
		IVA 19 %	\$ 131.670
		TOTAL	\$ 1.048.670

Cordialmente,

FANNY CARDENAS GARCIA
C.C. 40.381.815 de Villavicencio
Solo frenos la Sexta F.C.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario141039297856

(415)7707212489984(8020) 000014103929785 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)4038181556. DV512. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá14. Buzón electrónico32

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona natural o sucesión ilíquida225. Tipo de documentoCédula de Ciudadanía1326. Número de Identificación4038181527. Fecha expedición19851209

Lugar de expedición28. PaísCOLOMBIA16929. DepartamentoBogotá D.C.1130. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.001

31. Primer apellidoCARDENAS32. Segundo apellidoGARCIA33. Primer nombreFANNY34. Otros nombresCONSTANZA

35. Razón social36. Nombre comercialSOLO FRENOS LA SEXTA F.C.37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principalCR 19 5 B 0942. Correo electrónicosolofrenoslasexta@gmail.com43. Código postal44. Teléfono 1313816431145. Teléfono 23069002

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal46. Código47. Fecha inicio actividad48. Código49. Fecha inicio actividad50. Código12

Otras actividades4732

Ocupación51. Código131452. Número establecimientos1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código52242485205- Impto. renta y compl. régimen ordinario22- Obligado a cumplir deberes formales a42- Obligado a llevar contabilidad48 - Impuesto sobre las ventas - IVA52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código1121314151617181920

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 NOX60. No. de Folios:061. Fecha2024 - 05 - 09 / 08 : 50: 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 1.6.1.2.6 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. NombreCARDENAS GARCIA FANNY CONSTANZA985. CargoCONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 09-05-2024 08:51:11AM

Fecha generación documento PDF: 09-05-2024 08:51:11AM

320

 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 - 15 DE MAYO DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	DANIEL MURCIA CRUZ
ÁREA / DEPENDENCIA	APH
CÉNTRO DE COSTO	9CVG34 738602005
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SAN BLAS

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

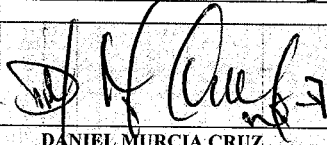

REALIZAR MANTENIMINETO DE ACEITE, LAVADO DE VALVULA AGR, LIMPIEZA DE CATALIZADOR Y MANTENIMIENTO DE FLOTADOR DE COMBUSTIBLE

3. JUSTIFICACIÓN

SE REQUIERE REALIZAR MANTENIMINETO DE ACEITE, LAVADO DE VALVULA AGR, LIMPIEZA DE CATALIZADOR Y MANTENIMIENTO DE FLOTADOR DE COMBUSTIBLE A LA MOVIL 6877 CON PLACAS JQV144 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.

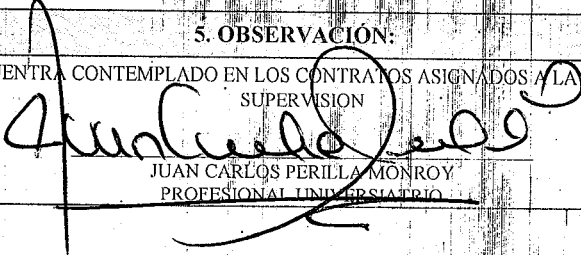
4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		<input checked="" type="checkbox"/>

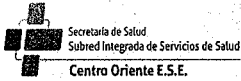

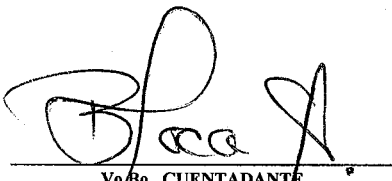
N/A
Vo.Bo. Funcionario Almacén

 DANIEL MURCIA CRUZ	 Vo.Bo. Director Administrativo Ó Subgerente Corporativo
---	--

5. OBSERVACIÓN:

EL SERVICIO SOLICITADO NO SE ENCUENTRA CONTEMPLADO EN LOS CONTRATOS ASIGNADOS A LA DIRECCION ADMINISTRATIVA Y BAJO MI SUPERVISION


JUAN CARLOS PERILLA MONROY
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

	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°	6224	FECHA	27/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	\$121.150,00		
LA SUMA DE:	CIENTO VEINTIÚN MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A NELLY CAMILA LÓPEZ MENDOZA NIT 1.090.506.604 TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL ÁREA DE ACTIVOS FIJOS, AUTORIZADO POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA TRANSPORTE.		
 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo/Bo. CUENTADANTE	

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE				VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	
1	6/05/2024	SAN JOSE OBRERO	JORGE ELIECER GAITAN	REVISION DE ACTAS DE TRASLADOS E INVENTARIO	X				\$ 2.950
2	6/05/2024	JORGE ELIECER GAITAN	HOSPITAL SAN BLAS	REVISION DE ACTAS DE TRASLADOS E INVENTARIO				X	\$ 15.000
3	6/05/2024	HOSPITAL SAN BLAS	HOSPITAL LA VICTORIA	REVISION DE ACTAS DE TRASLADOS E INVENTARIO	X				\$ 2.950
4	6/05/2024	HOSPITAL LA VICTORIA	DIANA TURBAY	REVISION DE ACTAS DE TRASLADOS E INVENTARIO				X	\$ 16.300
5	6/05/2024	DIANA TURBAY	CHIRCALES	REVISION DE ACTAS DE TRASLADOS E INVENTARIO	X				\$ 2.950
6	6/05/2024	CHIRCALES	OLAYA	REVISION DE ACTAS DE TRASLADOS E INVENTARIO				X	\$ 18.100
7	6/05/2024	OLAYA	SANTA CLARA	REVISION DE ACTAS DE TRASLADOS E INVENTARIO	X				\$ 2.950
8	14/05/2024	HOSPITAL SANTA CLARA	SEDE ADMINISTRATIVA CALLE 34	REVISION DE ACTAS DE TRASLADOS E INVENTARIO			X		\$ 2.950
9	14/05/2024	SEDE ADMINISTRATIVA CALLE 34	SAMPER MENDOZA	REVISION DE ACTAS DE TRASLADOS E INVENTARIO				X	\$ 21.000
10	14/05/2024	SAMPER MENDOZA	CANDELARIA	REVISION DE ACTAS DE TRASLADOS E INVENTARIO				X	\$ 16.500
TOTAL									\$ 101.650

Nelly Camila López Ardora

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

C.C. 1000506604

12/15/20

12/15/20

Diana Sandoval

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

Vó Bo. DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO(A)

7AD12


5111230001

Precio \$121.150
27/05/2024.

Nº	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE			VALOR	
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM		COLECTIVO
1	21/05/2024	SANTA CARA	LIBERTADORES	REVISION DE ACTAS DE TRASLADOS E INVENTARIO				X	\$ 19.500
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
TOTAL									\$ 19.500

Nelly Carolina Lopez Mendoza
 NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
 C.C. 1000506604

Diana Sandoval
V.O. B.O. REFERENTE SUBREG. CENTRO ORIENTE E.S.E.

 Vo B3 DIRECTOR (O) 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°:	6225	FECHA:	27/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MEDICAMENTOS		
VALOR:	S1.200.000,00		
LA SUMA DE:	UN MILLÓN DOISCIENTOS MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. FE136 MEDISPRO SAS NIT 901.575.074-0 MEDICAMENTOS (SODIO CLORURO 20 MEQ/10ML SOLUCIÓN INYECTABLE), REQUERIDA PARA LA TOTALIDAD DE LAS UNIDADES PARA ATENCIÓN A USUARIOS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS., SOLICITADO POR ALEXIS ORJUELA ANGULO, SERVICIOS FARMACÉUTICO HOSPITAL SANTA CLARA		
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO		Vo.Bo. CUENTADANTE	

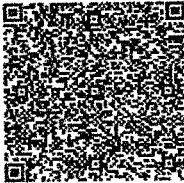
12816

*



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 136

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 22/05/2024, 16:51
Expedición 22/05/2024, 16:51
Vencimiento 22/05/2024
Vendedor MEDISPRO S.A.S
Centro de costo 0
Cofización

Ítem	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Vr. Bruto	Vr. Total
1	ME0487-CRP	Sodio Cloruro 20meq/10ml solución inyectable - Ampolla - CORPAUL INVIMA: 2021M-0002557-R2 // LOTE: 42S310271 // FV: 27-10-2026	150.00	1,200.00	0 %	180,000.00	180,000.00
2	ME0487-CRP	Sodio Cloruro 20meq/10ml solución inyectable - Ampolla - CORPAUL INVIMA: 2021M-0002557-R2 // LOTE: 42S401201 // FV: 20-01-2027	850.00	1,200.00	0 %	1,020,000.00	1,020,000.00

Cancelado Efectivo
Valor 1.200.000
TADIAN GARCIA
1032363733
28/05/2024

Total ítems: 2

Valor en Letras:
Un millón doscientos mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo \$ 1,200,000.00

Total Bruto	1,200,000.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	1,200,000.00

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



Orden de compra: -

23 MAY 2024

SALIDA DE ALMACEN
HORA:
FIRMA: JUAN 11

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 Electrónica 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:

62524c122e60ad653a8d7c95b6aaa0d67fdce02608d9b4277c5e235b8349b947ec0852b16834010120793922cfbe63

Elaborado por

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
23 MAY 2024
Firma recibido
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO

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

327

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.363.733

GARCIA GOMEZ

APELLIDOS

OMAR FABIAN

NOMBRES



Omar Fabian Garcia Gomez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-1986

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

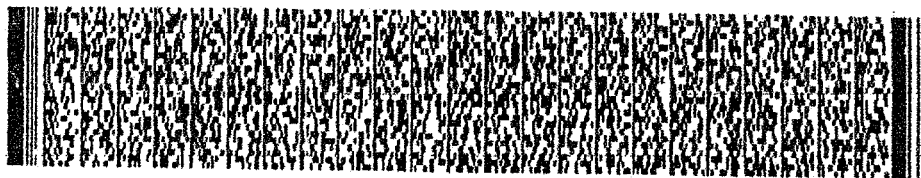
1.75
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

15-JUN-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabratriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABRATRIZ RENGIFO LOPEZ

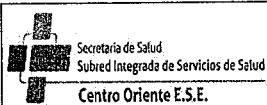


P-1500113-45129842-M-1032363733-20040914

07180 042578 02 167919861

Medispro SAS
\$1250.000=

378



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, MAYO 21 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

122MB092216 SODIO CLORURO 20 MEQ/10ML SOLUCION INYECTABLE: 1000 UNIDADES

3. JUSTIFICACIÓN

Medicamento actualmente sin contrato, que se requiere para la totalidad de las unidades de la subred, medicamento critico y vital que cuenta con poquísimas existencias en la subred, que son escasas para el promedio de consumo del mismo y requiere consecución pronta, Lo anterior mientras se adjudica proceso de invitación a cotizar que se encuentra en trámite

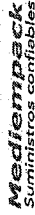
¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

Nombre Funcionario y/o Contratista

o. Bo. Funcionario Almacén

Vo. Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN



Medienpack
Suministros confiables

COTIZACION No. SUBRED26042024

Fecha : 26/04/2024

Razon Social cliente:

NIT del cliente:

Nombre de quién Solicita la Compra:

Tiempo de despacho: (Marque con una X) Inmediato _____ 24 horas _____ 48 Horas _____

Dirección de despacho:

No.	CODIGO PRODUCTO	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACION	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR UNITARIO IVA	CANTIDAD	VALOR TOTAL SIN IVA	VALOR TOTAL DEL IVA	TOTAL + IVA
1	N/A	CLORURO DE SODIO 2MEQ/MILX10ML AM CORPAUL	CAJA X 50 AMPOLLAS	\$ 1.400	\$0	50	\$ 70.000	\$ -	70.000
TOTAL							\$ 70.000	\$ -	70.000

OBSERVACIONES:

MUCHAS GRACIAS POR COTIZAR CON MEDIEMPACK SAS

Código: GTL-FO-32

Fecha de creación: 25/04/22

Versión:01

Se Ingresa al sistema de Gestión de Calidad.

COPIA CONTROLADA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario141024361072

(415)7707212489984(8020) 000014102436107 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)90138793686. DV812. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá3. Buzón electrónico2

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 socialMEDIEMPACK SAS

36. Nombre comercial

37. SiglaMEDIEMPACK

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA169

39. DepartamentoBogotá D.C.11

40. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.001

41. Dirección principalCR 1 49 A 86 SUR

42. Correo electrónicofacturacioncontabilidad@mediempack.com.co

43. Código postal

44. Teléfono 16013003170

45. Teléfono 23108819260

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código4645

47. Fecha inicio actividad20200617

48. Código4659

49. Fecha inicio actividad20200617

50. Código12

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código5791442485255

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

07- Retención en la fuente a título de renta

09- Retención en la fuente en el impuesto

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

52- Facturador electrónico

55- Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma

56. Tipo

57. Modo

58. CPC

59. AnexosSI NOX

60. No. de folios0

61. Fecha2024-04-23/09:10:07

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. NombreCONTRERAS PEDRAZA LEYDI YASMIN

985. CargoRepresentante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 23-04-2024 09:14:14AM



MEDISPRO
INSUMOS - MANTENIMIENTO - EQUIPOS

PROPUESTA COMERCIAL

Código:
M-FO-CT-004

Versión:
1.0

Fecha Vigencia:
15-03-2022

Cotización No. 235

Bogotá D.C., 21 de mayo de 2024

Señores:

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

Atn.: QF. Alexis Orjuela

NIT:

Dirección:

Teléfono:

Ciudad: Bogotá

Estimado cliente, con un cordial saludo nos permitimos poner a su consideración nuestra cotización:

Ítem	Producto	Cantidad	Valor unitario	Iva	Valor Total
1	CLORURO DE SODIO 2MEQ/ML SOL INY C*50 AMP X 10ML - CORPAUL	1000	\$ 1.200	0%	\$ 1.200.000
SUBTOTAL					\$ 1.200.000
IVA 19%					\$ -
TOTAL					\$ 1.200.000

CONDICIONES COMERCIALES

Lugar de entrega: Valores para entrega en Bogotá
Tiempo de entrega: Un (1) día hábil después de recibida la orden de compra
Forma de pago: Contado
Vigencia de la oferta: 30 días calendario

Cordialmente,

Yenny M. Rojas Muñoz

e-mail: medisprosas@gmail.com

Teléfono: 3028355838

Página 1 de 1

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización		4. Número de formulario 141038838822			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 1 5 7 5 0 7 4 0		6. DV 0		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 MEDISPRO S.A.S	
36. Nombre comercial MEDISPRO S.A.S		37. Sigla MEDISPRO S.A.S		38. País COLOMBIA	
39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		41. Dirección principal CR 91 - 19 A - 29 IN 3 AP 308	
42. Correo electrónico medisprosas@gmail.com		43. Código postal 1 1 0 9 3 1		44. Teléfono 3 0 2 8 3 5 5 8 3 8	
45. Teléfono 2 3 1 1 2 7 0 9 7 4 7		CLASIFICACIÓN		Ocupación	
Actividad económica		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 4 6 4 5		47. Fecha inicio actividad 2 0 2 2 0 3 1 1		48. Código 4 6 5 9	
49. Fecha inicio actividad 2 0 2 2 0 3 1 1		50. Código 3 3 1 3 4 7 7 3		51. Código	
52. Número establecimientos		Responsabilidades, Calidades y Atributos		53. Código 1 0 4 2 4 8	
54. Código 2 2 2 3		55. Forma 3		56. Tipo 1	
57. Modo		58. CPC		59. Anexos SI NO X	
60. No. de folios 0		61. Fecha 2024-05-07 13:57:59		62. Fecha generación documento PDF: 07-05-2024 01:58:37PM	
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.		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:		Firma autorizada:			
984. Nombre GARCIA GOMEZ OMAR FABIAN		985. Cargo Representante legal Certificado			

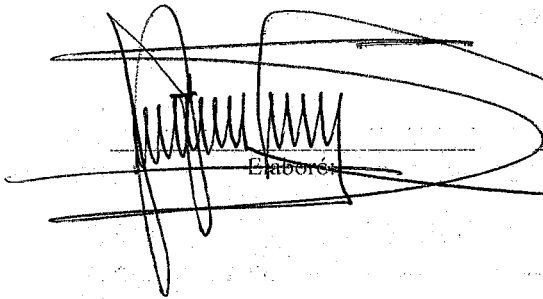
Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000076558


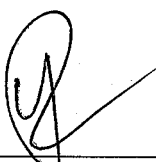
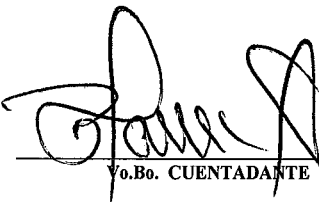
PROVEEDOR: MEDISPRO SAS NIT: 901575074 FECHA: 23/05/2024 10:00 a. m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CR 91 N 19 A - 29 IN 3 AP 308 MONEDA: Pesos
TELEFONO: TASA CAM: 0.00
N° FACTURA: FE136 % ICA: 0.0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 22/05/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U.	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
122MB092216	SODIO CLORURO 20 MEQ/10ML SOLUCION AMPOLLA INYECTABLE		150.00	\$1,200.00	\$180,000.00	0.00	0.00
122MB092216	SODIO CLORURO 20 MEQ/10ML SOLUCION AMPOLLA INYECTABLE		850.00	\$1,200.00	\$1,020,000.00	0.00	0.00

DETALLE	SUBTOTAL:	\$1,200,000.00
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
	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 COMPROBANTE:	TOTAL COMPR:	\$1,200,000.00
UN MILLÓN DOSCIENTOS MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.		

Elaboró:  Revisó Almacen

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR
Revisado 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</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°	6226	FECHA	29/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO		
VALOR:	\$940.100,00		
LA SUMA DE:	NOVECIENTOS CUARENTA MIL CIEN PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURAS Nos. FE 5403 \$523.600 Y FE 402 ARC ANALISIS SAS NIT 800.224.833-2 FITOHEMAGLUTININA M Y MEDIO DE CULTIVO LÍQUIDO PARA EL PROCESAMIENTO DE CARIOTIPOS RPMI 1640), NECESARIOS EN EL LABORATORIO DE GENÉTICA DEL HOSPITAL LA VICTORIA PARA EL PROCESAMIENTO DE CARIOTIPOS, SOLICITADO POR ANA DEL PILAR SÁNCHEZ GAITÁN, LABORATORIO DE GENÉTICA.		
RUBRO			
 Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO		 Vo.Bo. CUENTADANTE	
12817			

*

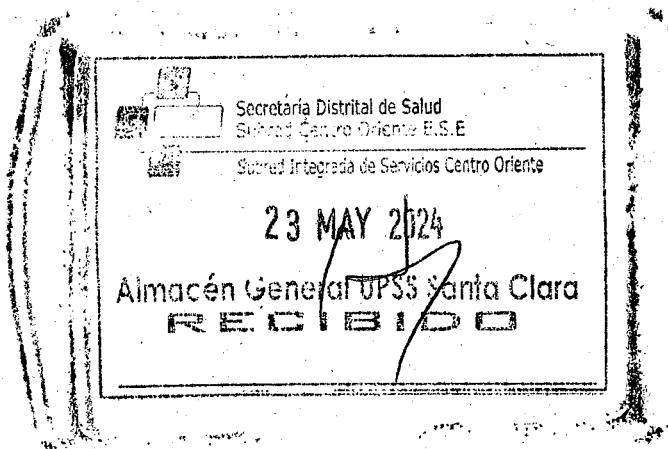


CM

Emisión: 22 de may. de 2024
Validación: 22/may./2024 a las 13:02
Vencimiento: 21 de jun. de 2024

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
N° FE5403

Datos del vendedor						MIC		
Vendedor:	ARC Análisis SAS.	NIT:	800224833-2	CUI:	4664	Régimen común	No Aut Fac. Electrónica	18764057871650 del 11/10/2023 Hab. No. FE5001 al FE6000 Vig. 12 meses.
Ciudad:	Bogotá, Colombia	Dirección:	Calle 81 No. 74A - 05	PBX:	4372001	Email:	arcanalisis@arcanalisis.com	
No somos Grandes Contribuyentes, no somos Autorretenedores del Impuesto de Renta y no tenemos la calidad de Retenedores del Impuesto Sobre las Ventas IVA, todo lo anterior en cumplimiento del literal I del artículo 617 del Estatuto Tributario y artículo 13 de la Resolución 165 de Noviembre 1 de 2023								
Datos del cliente						Orden de compra	ORDEN DE COMPRA:PLSA-22/05/2024-1	
Cliente:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			NIT:	900959051	AE:	8610	
Email:	genetica@subredcentroorient.gov.co			Sede:	Sede única		Tel:	3444484
Dirección:	Carrera 148 1-45 Sur			Ciudad:	Bogotá, D.C., Colombia		Remisión N°	26784
N°	Cant.	Presentación	Descripción	V. Unitario	Subtotal	Iva	Total Iva Incl.	
1	1	FRASCO	REF.: PHA-H Lote CP2-5243 Vence 2025-06-30 Phytohemagglutinin (PHA-M) - CE marked	\$ 440.000,00	\$440.000,00	19%	\$ 523.600,00	



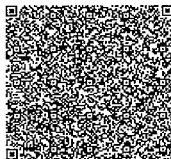
Recibo en Efectivo
523.600 Pesos
Elena Sosa
1019 021 417

Son: Quinientos Veintitrés Mil Seiscientos Pesos M/Cte
Forma de pago: Crédito - 30 días fecha factura
Nota:

Subtotal	\$ 440.000,00
IVA	\$ 83.600,00
Total	\$ 523.600,00

Para garantizar la calidad del producto almacenar a la temperatura de la etiqueta. Todos los productos suministrados como uso: RUO (Research Use Only), son ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE PARA INVESTIGACIÓN, este uso está explícitamente definido por fábrica y su uso debe acogerse a las Especificaciones, Manuales, Certificado de Análisis y MSDS anexos. ARC ANALISIS SAS no se hace responsable por el uso del mismo en otras aplicaciones, especialmente IVD (Invitro Diagnostic). Mola entregada en Bogotá. FAVOR CONSIGNAR EN LA CTA CORRIENTE #25009663573 DE BANCOLOMBIA SUCURSAL TITAN A NOMBRE DE ARC ANALISIS SAS Y ENVIAR RECIBO DE CONSIGNACIÓN A: servicioalcliente@arcanalisis.com/ isa@arcanalisis.com ACEPTAMOS RECLAMOS DE EMBALAJE Y CADENA DE FRÍO HASTA SEIS (6) HORAS DESPUES DE RECIBIDO EL PEDIDO, Y SOBRE ESTA MERCANCIA HASTA EL DIA viernes, 21 de junio de 2024

- La presente factura de venta se asimila para todos sus efectos a la letra de cambio (Art.774 del Código de Comercio)
- Favor pagar en cheque cruzado a la orden de ARC ANALISIS S.A.S.
- Vencido el plazo de pago se cobrará un interés mensual del 3%



Aceptado

f9cf09ef5fd1ab36d2a1a7814148172f6bb29c9393befb4c23f586e2526edf8a75955de99d3dee851b347170eb65eaa9

Factura Generada por ARC Análisis SAS. NIT: 800224833 Proveedor Tecnológico The Factory HKA Colombia SAS NIT: 900390126

Bogotá, mayo 31 de 2024

Señores
SUB REDCENTRO ORIENTE
Bogotá

ASUNTO: AUTORIZACIÓN

ROCIO DEL ALBA CONTRERAS MONTES, identificada con cédula de ciudadanía # 35.313.770 actuando como representante legal de ARC ANÁLISIS SAS con NIT 800.224.833-2, autorizó a EDWIN HERNANDO SUA PEREZ con cédula de ciudadanía # 1.019.021.413, para reclamar pago a nuestro nombre por concepto de las facturas de venta 5402 y 5403.

Cordialmente,



Rocío del Alba Contreras Montes
Representante Legal

Calle 81 No. 74 A - 05
PBX: 437 20 01 FAX: 537 16 48

E-mail: arcanalisis@arcanalisis.com
[Servicio al cliente@arcanalisis.com](mailto:Servicioalcliente@arcanalisis.com)
Primers@arcanalisis.com
Bogotá, D.C - Colombia

Cc

Edwin Sua <edwinsuaa@gmail.com>

Vie 31/05/2024 9:43 AM

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.019.021.413


NUMERO

SUA PEREZ

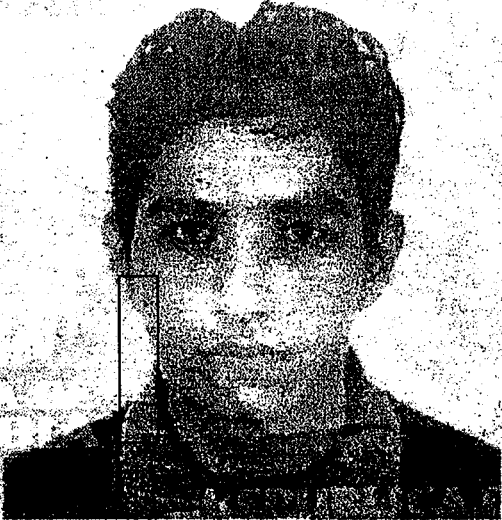
APELLIDOS


EDWIN HERNANDO

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO17-ENE-1988

BOGOTA D.C.

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

O+

M

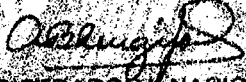
ESTATURA

G.S. RH

SEXO

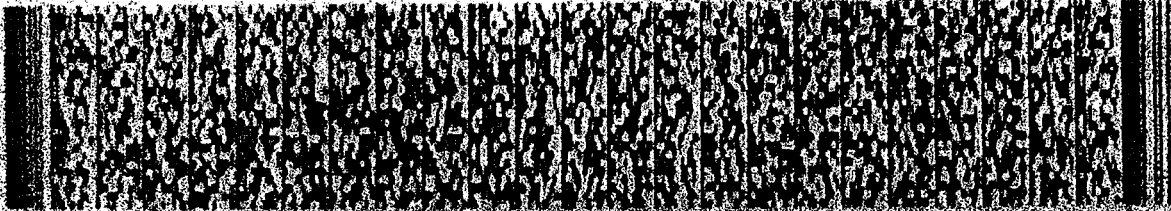
20-FEB-2006 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



REGISTRADORA NACIONAL

ALMAGRO ALMAGRO LOPEZ



P-1500111-47147932-M-1019021413-20060812

0258706163A-02 150915410

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.313.770

CONTRERAS MONTES

APELLIDOS

ROGIO DEL ALBA

NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-JUL-1955

EL CARMEN DE BOLIVAR
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

03-SEP-1976 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES


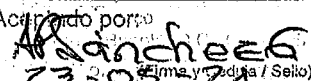


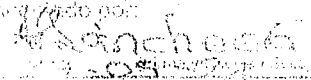
R-1500150-00186054-F-0035313770-20091015

0017142027A 2

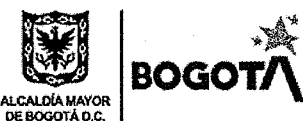
5020048726

339

 Nit. : 800224833		REMISION No. : 26784 Página 1 de 1 ARC Análisis SAS. Calle 81 No. 74A - 05 PBX: 4372001 / 4372001 FAX: 4372001 arcanalisis@arcanalisis.com		FOAL-007 VERSIÓN 2	
		ODC No.: ORDEN DE COMPRA:PLSA-22/05/2024-1		Facturas: PEND	
Señores		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO		Tel.: 3168757646	
Atención		ORIENTE E.S.E Dra. Ana del Pilar Sánchez Gaitan		email: geneticahlv@subredcentrooriente.g	
Dirección		Hospital La Victoria Diagonal 39 SUR # 3-20 ESTE		ov.co Ciudad Bogotá, D.C., Colombia	
Nº	Descripción	Cantidad	Precio U.	Total sin IVA	
1	Ref.:PHA-H () Phytohemagglutinin (PHA-M) - CE marked Lote CP22-5243 Vence 2025-06-30 INVIMA 2022RD-0007469	P.O. 14-24 Frasco 1 (uno)	440.000,0 Sin IVA	440.000,0	
<div><div><p>W-A-A</p><p>COPIA</p><p>Hospital la Victoria III Nivel E.S.E.</p><p>23-05-2024</p></div><div><p>DESPACHADO 23 MAYO 2024</p><p>FOAL-007</p><p>VERSIÓN 2</p></div></div> <p>SERVICIO AL CLIENTE 3204912324. Los productos ofertados como uso: RUO (Research Use Only), son ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE PARA INVESTIGACIÓN, este uso está explícitamente definido por fabrica y su uso debe acogerse a las Especificaciones, Manuales, Certificado de Análisis y Ficha de Seguridad anexas. ARC Análisis SAS. no se hace responsable por el uso del mismo en otras aplicaciones</p>					
Elaborado por: maria_isabel		Aprobado por: Administrativo		Aceptado por:  23-05-2024	

440.000,0 Sin IVA		440.000,0	
DESPACHADO 23 MAYO 2024			
Elaborado por: maria_isabel		Aceptado por:  23-05-2024	

341



BlancaPaulina Suárez Rosas

Cuentadante Caja Menor
Dirección Administrativa
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E

- @subredcentroorient
- @subred_centroorient
- @SubRedCentroOri
- Subred Centro Oriente
- www.subredcentroorient.gov.co

Outlook

Favoritos:

- Bandeja de entrada
- Elementos enviados
- Borradores
- FACTURACIÓN USS LA VICTORIA
- RESOLUCIÓN 450\$
- Categoría Azul
- Agregar favorito
- Carpetas:
- Bandeja de entrada
- Borradores
- Elementos enviados
- Elementos eliminados
- Correo no deseado
- Archivo
- Notas
- CDU

Elementos enviados

Fecha	Asunto	Estado
7.	compras Reactivos Laboratorio de Genética Muchas gracias.	Vie 10
6.	Ayer resultados.lsh@correounivalle.edu.co Donación Kit TSH Neonatal. Jue 10:42 Buenos días Cordial saludo; La presente para infor...	
	Esta semana Martha Cecilia Oquendo Ospina Secretaria Compl... Pago de facturas Ropsohn M4801 Buenos días Cordial saludo. Me pongo en contac...	
7.	Semanaria pasada Isabel C.C. OFERTA Vie 10:05 Muchas Gracias Cot No 58398A... Cot No 58398B... +5	
1.	Fedra Constanza Rodríguez Cuenca Capacitación presencial-Gestión del Riesgo. Vie 10:05 Buenos días Cordial saludo; Para confirmar asistien...	
4.	Yamile Cano Herrera	

Reactivos Laboratorio de Genética

geneticahiv
Para compras:
Jue 16/05/2024 12:13

Buenas tardes:

Cordial saludo, Para solicitar la verificación por parte de compras que no hay conflicto con ningún proveedor para los reactivos de RPMI 1640 medio de cultivo y Fitoheماغلulina estimulador de células que se utilizan para la elaboración de CARIOTIPOS en el laboratorio de genética del Hospital La Victoria.
Por tal motivo se está solicitando la compra por caja menor.
Quedo atenta a cualquier inquietud.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente

Ana del Pilar Sánchez Gaítan
Cargo: Bacterióloga
Laboratorio de Genética
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 5013282828 EXT:14784
@subredcentrooriente @subred_centroorientee
eSubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co

BOGOTÁ
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

[illegible]

jueves, 25 de abril de 2024

Ana del Pilar Sánchez Gaitan
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Compras



respondiendo a su confianza

Nit : 800224833

Cotizacion No. : 58598

BOGOTÁ, D.C.

Página 1 de 1

Item	Referencia	Descripción	Uso	Cantidad	P. Unitario	Desc.	P. con Desc.	Subtotal	Iva	P.Total (*)	T. Entrega
1	PHA-H	Phytohemagglutinin (PHA-M) - CE marked	IVD	1	FRASCO	\$ 440.000	0%	\$ 440.000	19%	\$ 523.600	1,2 08 Días

SERVICIO AL CLIENTE 3204913224. MENCIONAR EL NUMERO DE LA COTIZACION EN LA ORDEN DE COMPRA. Los productos ofertados como uso: RUO (Research Use Only), son ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE PARA INVESTIGACIÓN, este uso está explícitamente definido por la ficha y su uso debe acogerse a las Especificaciones, Manuales, Certificado de Análisis y ficha de Seguridad anexas. ARC ANALISIS SAS no se hace responsable por el uso TOTAL O PARCIAL del producto en otras aplicaciones especialmente si éstas son IVD. No es entregada en Bogotá. Está prohibida la comercialización interna o externa del producto.

Notas:		(*) Precios incluido iva		Total:	Enviado por	
Forma de pago:	30 Días fecha factura	Suman		\$ 440.000	E-Mail	X
Validez de la oferta:	15 Días calendario	T. Iva.		\$ 83.600	Fax	
		Orden de compra menor a \$ 300.000 Pago contra entrega		\$ 523.600	Personal	

Observaciones:

Cordialmente,

Celular=3204913556

Maria Isabel Contreras
Asesor Comercial
Teléfono:

Regimen Común IVA - NIT: 800.224.833-2 - Calle 81 No. 74A - 05 PBX: 437 2001 Fax: 537 1648 email: arcanalisis@arcanalisis.com

DIAN

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141007258667

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 0 0 2 2 4 8 3 3

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de Identificación

3 2

27. Fecha expedición

28. País

COLOMBIA

29. Departamento

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

31. Primer apellido

ARC

32. Segundo apellido

ANALISIS

33. Primer nombre

S. A. S.

34. Otros nombres

35. Razón social

ARC ANALISIS S. A. S.

36. Nombre comercial

37. Sigla

38. País

COLOMBIA

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

Dirección principal

81 74 A 05

Correo electrónico

arcanalisis@arcanalisis.com

43. Código postal

3 7 4 9 0

44. Teléfono 1

6 0 1 4 3 7 2 0 0 1

45. Teléfono 2

6 0 1 2 7 6 0 0 1 4

46. Código

4 6 6 4

47. Fecha inicio actividad

1 9 9 4 0 4 0 7

48. Código

3 3 1 3

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 8 0 8 2 8

50. Código

4 6 4 5 4 7 7 4

51. Código

52. Número establecimientos

53. Código

5 7 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

55- Informante de Beneficiarios Finales

07- Retención en la fuente a título de renta

59- Autorretención especial renta

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

52- Facturador electrónico

54. Código

2 2 2 3

55. Forma

2

56. Tipo

1

Servicio

1

57. Modo

58. CPC

59. Anexos

SI NO X

60. No. de Folios

0

61. Fecha

2024 - 04 - 08 / 15 : 50: 33

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.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma del solicitante:

Firma autorizada:

984. Nombre

CONTRERAS MONTES ROCIO DEL ALBA

985. Cargo

Representante legal Certificado

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

Fecha generación documento PDF: 03-05-2024 02:17:34PM

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141007258667

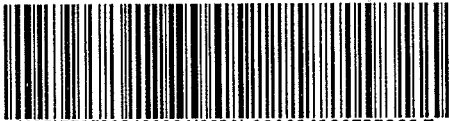
80 0 2 2 4 8 3 3 | 2

Impuestos de Bogotá 3



Entidades y formas de las organizaciones

2



(415)7707212489984(8020) 000014100725866 7

65. Fondos	2	66. Cooperativas	1 2	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	0 1	82. Nacional	1 0 0 %
72. Número	6 8	4 4	83. Nacional público	0 . 0 %
73. Fecha	1 9 9 4 0 1 0 6	2 0 1 8 0 9 0 5	84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
74. Número de notaría	6		85. Extranjero	0 %
75. Entidad de registro	0 3	0 3	86. Extranjero público	0 . 0 %
76. Fecha de registro	1 9 9 4 0 4 0 7	2 0 1 8 0 9 1 0	87. Extranjero privado	0 . 0 %
77. No. Matrícula mercantil	0 0 5 9 0 9 9 2	0 0 5 9 0 9 9 2		
78. Departamento	1 1	1 1		
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	4		
Vigencia				
80. Desde	1 9 9 4 0 1 0 6			
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1			

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		
2	2 1	2 0 1 2 0 9 1 9		
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			

62. Naturaleza

63. Formas asociativas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental,

Product Information/ Instruction for Use



Phytohemagglutinin M (PHA-M)
Cat. No. PHA-H (10 ml)

Intended Purpose

Phytohemagglutinin is a mitogen used to stimulate cell proliferation in lymphocyte cell cultures. Lymphocytes do not usually undergo further cell divisions. In the presence of a mitogen (e.g. PHA), lymphocytes are induced to undergo mitosis, which allows karyotyping of lymphocytes to detect chromosomal abnormalities.

General Information

Phytohemagglutinin is a lectin extracted from red kidney beans (*Phaseolus vulgaris*). The protein consists of two molecular species, a leucoagglutinin (PHA-L) and an erythroagglutinin (PHA-E). Each of the proteins contains a family of five isolectins, each being a tetramer held together by noncovalent forces. PHA-M is the mucoprotein form and is a crude extract that contains potent cell agglutinating and mitogenic activities and is most often utilized for the stimulation of cell division in lymphocyte cultures.

Application:

- Stimulates mitotic division of lymphocytes in cytogenetic and immunological applications
- Powerful erythroagglutinating properties

Phytohemagglutinin is a non-automatic, *in vitro* Diagnostic class A sterile product intended for laboratory use.

Product Specifications

Appearance	Frozen liquid
Storage and shelf life	Store at ≤-15°C. Do not use this product after its expiry date. After thawing, the PHA-M is stable for at least 1 month at +2°C to +8°C. PHA-M may appear cloudy at +2°C to +8°C. The turbidity has no effect on the activity of PHA-M.
Shipping conditions	Frozen (Dry Ice)
Working concentration	2 – 4 ml of PHA-M solution per 100 ml culture medium

For lot specific data (Certificate of Analysis), please refer to our website:
<https://www.capricorn-scientific.com/en/services/certificate-of-analysis>

Instructions for Use

Blood cell karyotyping of lymphocytes is an important tool in modern human cytogenetics to detect chromosomal abnormalities. Lymphocytes usually do not undergo subsequent cell divisions. In the presence of a mitogen (e.g. PHA), lymphocytes are stimulated to enter into mitosis. After 48 – 72 hours, a mitotic inhibitor (e.g. colcemid) is added to the culture to stop mitosis in the metaphase stage. After treatment by hypotonic solution, fixation and staining, chromosomes can be microscopically observed and evaluated for abnormalities.

Culturing of Peripheral Blood Lymphocytes for Chromosome Analysis:

1. Add 2 – 4 ml of PHA-M per 100 ml of karyotyping medium.
2. Transfer 0.5 ml of heparinized whole blood into a tube containing 10 ml karyotyping medium supplemented with PHA-M (or 106 viable cells per ml).
3. Incubate the culture at +37°C, 5 % CO₂ in an incubator for 72 hours.



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 - GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO

EVALUACIÓN TÉCNICA					
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Micogen		OBSERVACION
			CUMPLE	NO CUMPLE	
1	Fitoheماغlutinina-M	Unidad	SI		Para la elaboracion de Cariotipos.
CUMPLE / NO CUMPLE					
Evaluadora tecnica					
AP Sanchez G. Ana del Pilar Sanchez G. Profesional Universitario Area de la Salud Laboratorio de Genetica Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E 10 de Mayo de 2024					

ARC ANALISIS SHD
MQ \$523.600z

354

 <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	Bogota, D.C. 16 de Mayo de 2024		
NOMBRE FUNCIONARIO	Ana del Pilae Sanchez Gaitan		
ÁREA / DEPENDENCIA	Laboratorio de Genetica Subred Centro Oriente		
CENTRO DE COSTO	2LVC07	2LV008	734001002
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	Hospital La Victoria		

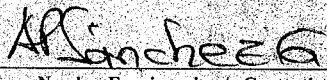
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Se solicita compra de 3 frascos de Fitohemaglutinina M.

3. JUSTIFICACIÓN

El Laboratorio de Genética de la Subred Centro Oriente cuenta con el área de citogenetica la cual se encarga de procesar cariotipos, para ello necesita el reactivo de Fitohemaglutinina M para su precedimento.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X


Nombre Funcionario y/o Contratista


VoBo. Funcionario Almacén

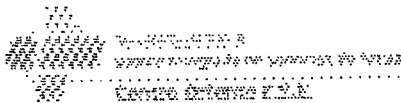

VoBo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

VoBo. Dra MARTHA CECILIA OQUENDO

VoBo. Dra ANIS CRISTINA GONZALEZ ROMERO

5. OBSERVACIÓN:

Se necesita con urgencia en el Laboratorio de Genética.



COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000000076608

PROVEEDOR: ARC ANALISIS Y C.I. S.A.S. NIT: 500224833 FECHA: 27/05/2024 08:00 a. m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CL 81 74 A 03 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 4372001 TASA CAM: 0,00
Nº FACTURA: FES403 % ICA: 0,0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 22/05/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	% DTO	% IVA
131L035002	FITCHEMACLUTININA FRASCO	UNIDAD	1,00	\$ 440.000,00	\$ 440.000,00	0,00	19,00

DETALLE	SUBTOTAL:	\$ 440.000,00
CAJA MENOR, UNIDAD VICTORIA-GENETICA, DIGITA LINDY TORRES	DESCUENTO:	\$ 0,00
	IMPUESTO:	\$ 83.600,00
	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:	\$ 523.600,00

TOTAL COMPROBANTE:
QUINIENTOS VEINTITRES MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CTES M/Cl.

Adriana M. Lugo
Cuentas por pagar

Elaboró:

Revisó Almacen



CM

Emisión: 22 de may. de 2024
Validación: 22/may./2024 a las 12:57
Vencimiento: 21 de jun. de 2024

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
N° FE5402

Datos del vendedor MIC

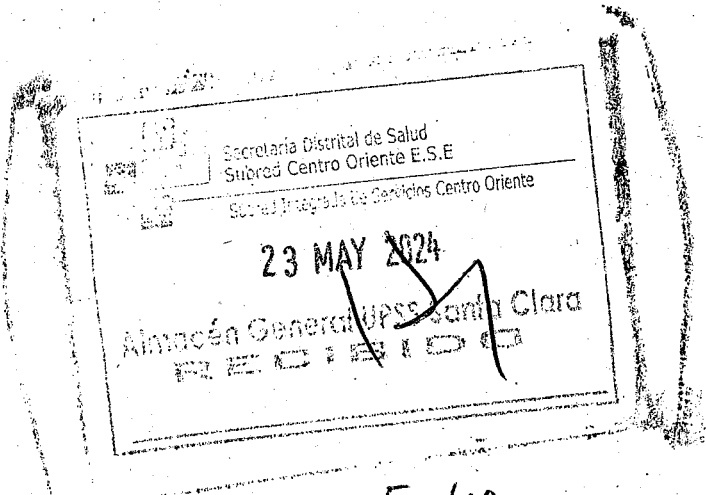
Vendedor:	ARC Análisis SAS.	NIT:	800224833-2	CIU:	4664	Régimen común	No. Aut. Fac. Electrónica	18764057871650 del 11/10/2023 Hab. No. FE5001 al FE6000 Vig. 12 meses.
Ciudad:	Bogotá, Colombia	Dirección:	Calle 81 No. 74A - 05	PBX:	4372001	Email:	arcanalisis@arcanalisis.com	

No somos Grandes Contribuyentes, no somos Autorretenedores del Impuesto de Renta y no tenemos la calidad de Retenedores del Impuesto Sobre las Ventas IVA, todo lo anterior en cumplimiento del literal l del artículo 617 del Estatuto Tributario y artículo 13 de la Resolución 165 de Noviembre 1 de 2023

Datos del cliente

Cliente:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	NIT:	900959051	AE:	8610	Orden de compra	ORDEN DE COMPRA:PLSA-22/05/2024-2
Email:	maryoliruliz@hotmail.com	Sede:	Sede única	Tel:	3444484	Remisión N°	26785
Dirección:	Carrera 14B 1-45 Sur	Ciudad:	Bogotá, D.C., Colombia				

N°	Cant.	Presentación	Descripción	V. Unitario	Subtotal	Iva	Total Iva Incl.
1	1	FRASCO	REF.: RPMI-A Lote CP24-7051 Vence 2025-02-28 RPMI 1640, with L-Glutamine	\$ 350.000,00	\$350.000,00	-19%	\$ 416.500,00



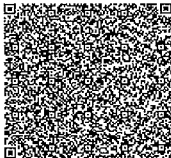
Son: Cuatrocientos Dieciséis Mil Quinientos Pesos M/Cte.
Forma de pago: Crédito - 30 días fecha factura
Nota:

Recibe en Efectivo
416.500 Pesos
Edwin Siva No 19021415

Subtotal	\$ 350.000,00
IVA	\$ 66.500,00
Total	\$ 416.500,00

Para garantizar la calidad del producto almacenar a la temperatura de la etiqueta. Todos los productos suministrados como uso: RUO (Research Use Only), son ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE PARA INVESTIGACIÓN, este uso está explícitamente definido por fábrica y su uso debe acogerse a las Especificaciones, Manuales, Certificado de Análisis y MSDS anexos. ARC ANALISIS SAS no se hace responsable por el uso del mismo en otras aplicaciones, especialmente IVD (Invitro Diagnóstico). Mola entregada en Bogotá. FAVOR CONSIGNAR EN LA CTA CORRIENTE #25009663573 DE BANCOLOMBIA SUCURSAL TITAN A NOMBRE DE ARC ANALISIS SAS Y ENVIAR RECIBO DE CONSIGNACIÓN A: servicioalcliente@arcanalisis.com/ isa@arcanalisis.com ACEPTAMOS RECLAMOS DE EMBALAJE Y CADENA DE FRIO HASTA SEIS (6) HORAS DESPUES DE RECIBIDO EL PEDIDO, Y SOBRE ESTA MERCANCIA HASTA EL DIA viernes, 21 de junio de 2024

- La presente factura de venta se asimila para todos sus efectos a la letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)
- Favor pagar en cheque cruzado a la orden de ARC ANALISIS S.A.S.
- Vencido el plazo de pago se cobrará un interés mensual del 3%



Aceptado

c4954306751f81bfce471ab5da63382e4f8d47282c76edae02ddd930228df95349d8013c05a2a630a6ba06a94b50ceb

Factura Generada por ARC Análisis SAS. NIT: 800224833 Proveedor Tecnológico The Factory HKA Colombia SAS NIT: 900390126

AS – 2024 – 017

Bogotá, Mayo 03 de 2024

Señores
ARC ANÁLISIS SAS
Ciudad

Apreciados señores:

En mi calidad de Revisor Fiscal de **ARC ANÁLISIS S.A.S.**, identificada con Nit 800.224.833 – 2 he efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por la compañía por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante el período de seis (6) meses comprendido entre el 1° de Noviembre de 2023 y el 30 de Abril de 2024. El pago de los mencionados aportes es responsabilidad de la Administración de la Compañía como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de diciembre de 2002, es emitir un informe certificando el cumplimiento de tales obligaciones.

Los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:

1. Indagación con el personal del área responsable, en relación con los procedimientos utilizados para la identificación y pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).
2. Obtención de la liquidación de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales, y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), preparadas por la Compañía para el período de seis (6) meses comprendido entre el 1° de Noviembre de 2023 y el 30 de Abril de 2024.

Con base en el resultado de los procedimientos enumerados anteriormente, informo que la Compañía durante el periodo de seis (6) meses comprendido entre el 1° de Noviembre de 2023 y el 30 de Abril de 2024, pago los aportes a los sistemas de salud, pensión y riesgos profesionales, y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Sin otro particular.

Atentamente,

JOSE RODRIGUEZ B.
Revisor Fiscal
M.P. 9156 – T

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
NI	800224839-2	ARC ANALISIS SAS	CALLE 81 # 74 A 05	6014372001	isa@arcanalisis.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	SI			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASIGNADA	FECHA PAGO ASIGNADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLÉADOS	UPC
					7	1
					TOTAL A PAGAR	
					\$4.879.500	

PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES
2024-05	2024-04
E	
03/05/2024	
76709513	
\$4.879.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS006	Sanitas EPS	800251440-6	520.700	86.400		0	0	0	5
EPS008	Compensar EPS	860068942-7	109.700	0		0	0	0	2
EPS017	Familianar EPS	830035664-7	126.000	0		0	0	0	1

TOTALES PENSIÓN

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	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800225739-0	288.000	0	0	0	10	0	0	0	288.000	1
230301	Povernit	800224808-8	1.900.000	0	0	28.700	28.700	0	0	0	1.957.500	4
25-14	Compensaciones	900336094-7	837.000	0	0	0	0	0	0	0	837.000	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	Sistemas									
14-23	Positiva Seguros	860011453-6	197.700				197.700	0	0	197.700			1977	197.700	7



TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860068942-7	756.400	0	0	756.400	7

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	0	0	0
0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	842.800	842.800
Pensión	3	3.082.800	3.082.800
Riesgos Laborales	1	197.700	197.700
CCF	1	756.400	756.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	4.879.500	4.879.500



359

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 141007258667	
				 (415)7707212489984(8020) 000014100725866 7	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 0 0 2 2 4 8 3 3		6. DV 2		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 ARC ANALISIS S. A. S.	
36. Nombre comercial		37. Sigla		UBICACIÓN	
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.	
41. Dirección principal CL 81 74 A 05		42. Correo electrónico arcanalisis@arcanalisis.com		43. Código postal 3 7 4 9 0	
44. Teléfono 1		45. Teléfono 2		6 0 1 2 7 6 0 0 1 4	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimientos	
46. Código 4 6 6 4		47. Fecha inicio actividad 1 9 9 4 0 4 0 7		48. Código 3 3 1 3	
49. Fecha inicio actividad 2 0 1 8 0 8 2 8		50. Código 4 6 4 5 4 7 7 4		51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 7 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5 5 9					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 55- Informante de Beneficiarios Finales					
07- Retención en la fuente a título de renta 59- Autorretención especial renta					
10- Obligado aduanero					
14- Informante de exogena					
42- Obligado a llevar contabilidad					
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA					
52 - Facturador electrónico					
Usuarios aduaneros			Exportadores		
54. Código 2 2 2 3			55. Forma 2		
56. Tipo 1			57. Modo		
58. CPC			59. Anexos SI NO X		
60. No. de Folios: 0			61. Fecha 2024 - 04 - 08 / 15 : 50: 33		
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.			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.		
Firma del solicitante:			Firma autorizada:		
984. Nombre CONTRERAS MONTES ROCIO DEL ALBA			985. Cargo Representante legal Certificado		


360

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Representación		001	
Espacio reservado para la DIAN			Página 3 de 5 Hoja 3		
			4. Número de formulario 141007258667		
			 (415)7707212489984(8020) 000014100725866 7		
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 0 0 2 2 4 8 3 3		6. DV 2	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 2 0 9 1 9	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan		101. Número de identificación 1 3 3 5 3 1 3 7 7 0		102. DV 103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido CONTRERAS		105. Segundo apellido MONTES		106. Primer nombre ROCIO	
107. Otros nombres DEL ALBA		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 1 2 0 9 1 9	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan		101. Número de identificación 1 3 1 9 3 9 5 1 7 4		102. DV 103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido SUAREZ		105. Segundo apellido AREVALO		106. Primer nombre RICHARD	
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					
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					

361

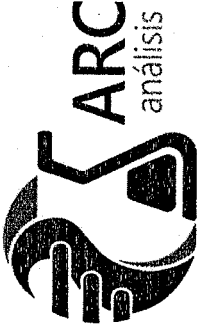
DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Revisor Fiscal y Contador		001	
Espacio reservado para la DIAN		Página 5 de 5 Hoja 5		4. Número de formulario 141007258667	
				(415)7707212489984(8020) 000014100725866 7	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 0 0 2 2 4 8 3 3 2		6. DV 2		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
				14. Buzón electrónico	
Revisor Fiscal y Contador					
Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		125. Número de identificación 7 9 1 0 1 5 7 0		126. DV 8
	128. Primer apellido RODRIGUEZ		129. Segundo apellido BAYONA		130. Primer nombre JOSE
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)		133. DV		134. Sociedad o firma designada
	135. Fecha de nombramiento 2 0 1 9 0 6 2 7				
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento		137. Número de identificación		138. DV
	140. Primer apellido		141. Segundo apellido		142. Primer nombre
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)		145. DV		146. Sociedad o firma designada
	147. Fecha de nombramiento				
Contador	148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		149. Número de identificación 4 6 6 6 5 6 5 3		150. DV 0
	152. Primer apellido CELY		153. Segundo apellido CALA		154. Primer nombre MARTHA
	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)		157. DV		158. Sociedad o firma designada
	159. Fecha de nombramiento 1 9 9 4 0 4 0 7				

352

 Nit. : 800224833		REMISION No. : 26785 ARC Análisis SAS. Calle 81 No. 74A - 05 PBX: 4372001 / 4372001 FAX: 4372001 arcanalisis@arcanalisis.com		Página 1 de 1		FOAL-007	
						VERSIÓN 2	
		ODC No.: ORDEN DE COMPRA:PLSA-22/05/2024-2		Facturas:		PEND	
Señores		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		Tel:		3168757646	
Atención		E.S.E Dra. Ana del Pilar Sánchez Gaitan		email:		geneticahlv@subredcentrooriente.gov.co	
Dirección		hospitales-bogota.com		Ciudad:		Bogotá, D.C., Colombia	
		HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DIAGONAL 39 SUR 3 20 ESTE					
Nº	Descripción	P.O. 14-24	Cantidad	Precio U.		Total sin IVA	
1	RPML-A (N5B2) RPML 1640, with L-Glutamine Lote CP24-7051 Vence 2025-02-28 RIV2022-0000337		Frasco 1 (uno)	350.000 Sin IVA		350.000,0	
<div>COPIA Hospital la Victoria III Nivel ESE 23-05-2024</div> <div>DESPACHADO 23 MAYO 2024</div>							
<small>SERVICIO AL CLIENTE 3204912324. Los productos ofertados como uso: RUO (Research Use Only), son ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE PARA INVESTIGACIÓN, este uso está explícitamente definido por fábrica y su uso debe acogerse a las Especificaciones, Manuales, Certificado de Análisis y Ficha de Seguridad anexas. ARC Análisis SAS. no se hace responsable por el uso del mismo en otras aplicaciones especialmente si éstas son IVD (In vitro Diagnostico). Meticla entregada en Bogotá. SE ACEPTAN RECLAMOS DE EMBALAJE Y CADENA DE FRIO HASTA 6 (SEIS) HORAS DESPUÉS DE RECIBIDO</small>							
Elaborado por:		Aprobado por:		Ac. Ana del Pilar Sánchez Gaitan 23-05-2024			
maria_isabel		Administrativo					

jueves, 25 de abril de 2024

Ana del Pilar Sánchez Gaitan
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Compras



respondiendo a su confianza

Nit : 800224833

BOGOTÁ, D.C.

Cotizacion No. : 58598

Página 1 de 1

Item	Referencia	Descripción	Uso	Cantidad	P. Unitario	Desc. P. con Desc.	Subtotal	Iva	P.Total (*)	T. Entrega
1	RPMI-A	RPMI 1640, with L-Glutamine	RUO	1	\$ 350.000	0%	\$ 350.000	19%	\$ 416.500	1, 2 08 Días

SERVICIO AL CLIENTE 3204912324. MENCIONAR EL NUMERO DE LA COTIZACION EN LA ORDEN DE COMPRA. Los productos ofrecidos como uso RUO (Research Use Only), son ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE PARA INVESTIGACIÓN, este uso está explícitamente definido por fábrica y su uso debe acogerse a las Especificaciones, Manuales, Certificado de Análisis y Ficha de Seguridad anexas. ARC ANALISIS SAS no se hace responsable por el uso TOTAL O PARCIAL del producto en otras aplicaciones especialmente si estas son IVD. Mide entregada en Bogotá. Está prohibida la comercialización interna o externa del producto.

Notas:		(*) Precios incluido iva		Total:		Enviado por	
Forma de pago:	30 Días fecha factura	Suman		\$ 350.000		E-Mail	X
		T. Iva.		\$ 66.500			
Validez de la oferta:	15 Días calendario	Orden de compra menor a \$ 300.000 Pago contra entrega		\$ 416.500		Fax	
Observaciones:						Personal	

Cordialmente,

Maria Isabel Contreras
Asesor Comercial

Celular:3204913556






Regimen Común IVA - NIT: 800.224.833-2 - Calle 81 No. 74A - 05 PBX: 437 2001 Fax: 537 1648 email: arcanalisis@arcanalisis.com

[illegible]

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: cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: martes, 21 de mayo de 2024 11:22 a. m.

Para: John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>; Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>

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

Asunto: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

about:blank

Buenos días anexo dos (2) solicitudes radicadas en esta oficina por parte del Laboratorio de Genética Subred Centro oriente Hospital La Victoria, para su confirmación de existencia.

Cordial saludo,



Blanca Paulina Suárez Rosas
Cuatrodante Caja Menor
Dirección Administrativa
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.
① @subredcentrooriente ② @subred_centrooriente
③ @SubRedCentroOri ④ Subred Centro Oriente
⑤ www.subredcentroorientegov.co

35

366

Inicio Vista Ayuda

Enviar nuevo Eliminar Archivar Informar Mover a Pasos rápidos Leído / No leído

Favoritos

Bandeja de entrada 7

Elementos enviados 1

Borradores 6

FACTURACIÓN USS LA VICTORIA

RESOLUCION 4505

Categoría Azul

Agregar favorito

Carpetas

Bandeja de entrada 7

Borradores 6

Elementos enviados 1

Elementos eliminados 4

Correo no deseado 4

Archivo

Notas 1

CDC

Elementos enviados

compras

Reactivos Laboratorio de Genética

Muchas gracias.

7:10

Ayer

resultados.tsh@correounivalle.edu.co

Donacion Kit TSH Neonatal

Jue 10:42

Buenos días: Cordial saludo. La presente para infor...

Esta semana

Martha Cecilia Oquendo Ospina: Secretaria Compl...

Pago de Facturas Ropsohn

Mié 8:01

Buenos días: Cordial saludo. Me pongo en contact...

Semana pasada

Isabel C. C.

OFERTA

Muchas Gracias

Vie 10/05

Cot No 58598A...

Cot No 58598B...

+5

Fedra Constanza, Rodríguez Cuenca

Capacitación presencial-Gestión del Ria...

Vie 10/05

Buenos días: Cordial saludo. Para confirmar asistén...

Yamile Cano Herrera

Reactivos Laboratorio de Genética

geneticahiv

Para: compras

Jue 16/05/2024 12:13

Buenas tardes:

Cordial saludo. Para solicitar la verificación por parte de compras que no hay contrato con ningún proveedor para lo reactivos de RPMI 1640 medio de cultivo y Fitoheماغلutinina estimulador de células que se utilizan para la elaboración de CAROTIPOS en el laboratorio de genética del Hospital la Victoria.

Por tal motivo se está solicitando la compra por caja menor.

Quedo atenta a cualquier inquietud.

Agradezco la atención prestada.

--

Cordialmente:

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ

Ana del Pilar Sánchez Gaitán

Cargo: Bacterióloga

Laboratorio de Genética

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

Teléfono: 6013282828 EXT:14784

@subredcentrooriental @subred_centrooriental

@SubRedCentroOri Subred Centro Oriente

www.subredcentrooriental.gov.co

17/05/2024

367

Inicio Vista Ayuda

Correos nuevos Eliminar Archivar Buscar Pasos rápidos Leído / No leído

Favoritos

Bandeja de entrada 7

Elementos enviados 1

Borradores 6

FACTURACION USS LA VICTORIA

RESOLUCION 4505

Categoría Azul

Agregar favorito

Carpetas

Bandeja de entrada 7

Borradores 6

Elementos enviados 1

Elementos eliminados 4

Correo no deseado 4

Archivo

Notas

CDC

Elementos enviados

compras

Reactivos Laboratorio de Genética

Muchas gracias.

Ayer

resultados.tsh@correounivalle.edu.co

Donacion Kit TSH Neonatal

Jue 10/42

Buenos días: Cordial saludo. La presente para infor...

Esta semana

Martha Cecilia Oquendo Ospina: Secretaria Compl...

Pago de Facturas Ropsiohn

Mie 8/01

Buenos días: Cordial saludo. Me pongo en contact...

Semana pasada

Isabel C. C.

OFERTA

Vie 10/05

Muchas Gracias

Cot No 58598A...

Cot No 58598B...

+5

Fedra Constanza, Rodríguez Cuenca

Capacitación presencial-Gestión del Rie...

Vie 10/05

Buenos días: Cordial saludo. Para confirmar asisten...

Yamile Cano Herrera

Reactivos Laboratorio de Genética

geneticahiv

Para: compras

Mue 17/05/2024 7:10

Muchas gracias.

Responder Reenviar

compras

Para: geneticahiv

Mue 16/05/2024 15:30

Cordial saludo doc,

se informa que este insumo no se encuentra contratado.

Cordialmente,

BOGOTÁ

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Patricia Bailesteros Silva

Cargos: Proctórica / Secretaria

División de Capacitación

Subsecretaría de Estudios de Salud y Desarrollo E.S.E.

@subsec_decapacitacion

@subsec_decapacitacion

@subsec_decapacitacion

@subsec_decapacitacion

www.subsecdesmunicipal.gov.co

17/05/2024

15:30



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 - GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO

EVALUACIÓN TÉCNICA					
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Micogen		OBSERVACION
			CUMPLE	NO CUMPLE	
1	RPMI 1640 (1X), medio de cultivo liquido, con L-Glutamina	Unidad	SI		Para la elaboracion de Cariotipos.
CUMPLE / NO CUMPLE					
Evaluadora tecnica					
<div>ASánchezG.</div> <div>Ana del Pilar Sanchez G. Profesional Universitario Area de la Salud Laboratorio de Genetica Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E 10 de Mayo de 2024</div>					

Product Information

RPMI 1640, with L-Glutamine
Cat. No. RPMI-A (500 ml)

Product Specifications

Appearance	Clear red orange solution
CO ₂ concentration, optimum	4.5 %
Storage and shelf life	Store at +2°C to +8°C protected from light. Once opened, store at 4° C and use within 6-8 weeks.
Shipping conditions	Ambient

Formulation

Components	Concentration mg/L
Amino Acids:	
Glycine	10.00
L-Arginine	200.00
L-Asparagine H ₂ O	56.82
L-Aspartic Acid	20.00
L-Cystine 2HCl	65.20
L-Glutamic Acid	20.00
L-Glutamine	300.00
L-Histidine HCl H ₂ O	20.27
L-Hydroxy-L-Proline	20.00
L-Isoleucine	50.00
L-Leucine	50.00
L-Lysine HCl	40.00
L-Methionine	15.00
L-Phenylalanine	15.00
L-Proline	20.00
L-Serine	30.00
L-Threonine	20.00
L-Tryptophan	5.00
L-Tyrosine 2Na 2H ₂ O	28.83
L-Valine	20.00

Components	Concentration mg/L
Vitamins:	
p-Amino Benzoic Acid	1.00
D-Biotin	0.20
Choline Chloride	3.00
D-Calcium Pantothenate	0.25
Folic Acid	1.00
myo-Inositol	35.00
Nicotinamide	1.00
Pyridoxine HCl	1.00
Riboflavin	0.20
Thiamine HCl	1.00
Vitamin B12	0.005
Inorganic Salts:	
Ca(NO ₃) ₂ 4 H ₂ O	100.00
KCl	400.00
MgSO ₄ 7H ₂ O	100.00
NaCl	6000.00
NaHCO ₃	2000.00
Na ₂ HPO ₄	800.00
Other Components:	
D-Glucose	2000.00
L-Glutathione Reduced	1.00
Phenol Red Sodium Salt	5.30

Product Information

RPMI 1640, with L-Glutamine
Cdt. No. RPMI-A (500 ml)

Precautions and Disclaimer

This product is for research use only.

Help Needed?

If you have any further questions regarding this product, please do not hesitate to contact our cell culture experts by email (techservice@capricorn-scientific.com) or phone (+49 6424 944640).

ARC ANALISIS SAS
MQ 1416.500

372

 <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	Bogota, D.C. 16 de Mayo de 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	Ana del Pilae Sanchez Gaitan
AREA / DEPENDENCIA	Laboratorio de Genetica Subred Centro Oriente
CENTRO DE COSTO	2LVC07 2LVD08 734001002
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	Hospital La Victoria

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Se solicita compra de un Medio de cultivo liquido para el procesamiento de los Cariotipos. El cual se llama RPMI 1640 (1X) con L-Glutamina.

3. JUSTIFICACIÓN

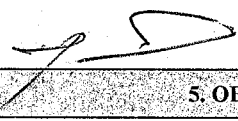
El Laboratorio de Genética de la Subred Centro Oriente cuenta con el área de citogenetica la cual se encarga de procesar cariotipos, para ello necesita el reactivo de Medio de cultivo RPMI 1640 para su precedimento.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X


Ana del Pilar Sanchez Gaitan
Nombre Funcionario y/o Contratista


VoBo. Funcionario Almacén

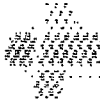

VoBo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

VoBo. Dra. MATHA CECILIA OQUENDO 

VoBo.. Dra. ANIS CRISTINA GONZALEZ ROMERO 

5. OBSERVACIÓN:

Por necesidad del servicio se necesita lo mas pronto posible en el Laboratorio de Genética.



Código de barras
Código de barras

COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000000076607

PROVEEDOR: ARC ANALISIS Y CI S.A.S. NIT: 500224833 FECHA: 27/05/2024 07:56 a.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CL 81 74 A 05 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 4372001 TASA CAM: 0,00
Nº FACTURA: FE5402 % ICA: 0,0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 22/05/2024 12:00 a.m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DITO	%IVA
ISILC015263	MEDIO DE CULTIVO LIQUIDO CON L-GLUTAMINA REF (N4E4+N3B2)	UNIDAD	1,00	\$ 330.000,00	\$ 330.000,00	0,00	19,00



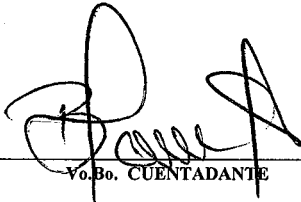
DETALLE	SUBTOTAL:	\$ 330.000,00
CAJA MENOR- UNIDAD VICTORIA-GENETICA, DIGITA LUDY TORRES	DESCUENTO:	\$ 0,00
	IMPUESTO:	\$ 66.500,00
	FLIETES:	\$ 0,00
	IMP FLIETES:	\$ 0,00
	RETE IVA:	\$ 0,00
	RETE ICA:	\$ 0,00
	RETE FUENTE:	\$ 0,00
	OTRAS RETE:	\$ 0,00
	OTRAS DEDUC:	\$ 0,00
TOTAL COMPROBANTE:	IMP DISTRI:	\$ 0,00
CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cts.	AJUSTE RED:	\$ 0,00
	AJUSTE AL TOTAL:	\$ 0,00
	TOTAL COMPR:	\$ 416.500,00

Adriana M. Lugo
Sistema Para Pagar

Elaboró:

Revisó Almacen

Revisado 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</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°	6227	FECHA	29/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MEDICAMENTOS		
VALOR:	\$241.180,00		
LA SUMA DE:	DOSIENTOS CUARENTA Y UN MIL CIENTO OCHENTA PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	<div>FACTURANº. FEBT123505 DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS DISCOLMEDICAS SAS NIT 828.002.423-5 MEDICAMENTOS (VACUNA CONTRA HEPATITIS B ADULTO MONO DOSIS 1 ML), REQUERIDA PARA ATENCIÓN DE PACIENTE RENAL CRÓNICO QUE REQUIERE DIÁLISIS., SOLICITADO POR ALEXIS ORJUELA ANGULO, SERVICIOS FARMACÉUTICO HOSPITAL SANTA CLARA.</div> <div>R.FTE 2,5%.....\$6.030</div> <div>R.ICA 4.14 POR MIL..... 998</div> <div>12818</div>		
<div> Vo.Bº. ORDENADOR DEL GASTO</div>		<div> Vo.Bº. CUENTADANTE</div>	



DISTRIBUIDORA COLOMBIA DE
MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS
EN SALUD SAS
Somos Grandes Contribuyentes
No Somos Autorretenedores de Renta
CALLE 15 No.33 -02 - BOGOTA D.C.
Tels 7023267



Página: 1 de 1
CREDITO
FACTURA ELECTRONICA
DE VENTA No.
FEBT123505
F.EXP: 24-05-2024

Somos Responsables de Iva - NO somos Agentes Retenedores de IV

Distribución: FACTURÁ BOGOTA

Cliente SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - SANT NIT 900959051-7
Razon Social SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Dirección CARRERA 14 B # 1-45 SUR Ciudad: DISTRITO CAPITAL - BOGOTA
Teléfono: 0 Forma Pago: CREDITO Días: 90 Medio Pago: Inst. No Determinado
Favor cancelar antes de: 22-08-2024
CUFE: a17af5fb307b981cb46b1789b2ff0477a4a0462b042a88032511d840f74a0c205e43128d79f84263860a4c8ff0e663e6



PRODUCTO		Labo.	Lote.	Venc.	Cant.	Iva	Pr. Bruto	%Dct	Total
Ref.	Descripción								
INS	VACUNA HEPATITIS B C*48 AMPOLLA VA-HEPATITIS B	DELTA	220501223A	30/05/2026	10	0	24.118,00	0	241.180,00
R.S INVIMA: 2021M-0020327 CUM: 20130313-1 ATC: J07BC01 VMR: Resolución 3514 de 2019 - VMR									
<div><div>R.F.K 25% R.I.C.A 1,14% \$6030 998 79028</div><div>A pagar \$234.152</div><div>Recibe: Diana Aristizabal Efectivo \$234.052 4.8 for</div><div>DISCOLMEDICA S.A.S. NIT: 828.002.423-5</div><div>Secretaria Distrital de Salud Subred Centro Oriente E.S.E Subred Integrada de Servicios Centro Oriente 24 MAY 2024</div></div>									

Somos Grandes Contribuyentes en el distrito capital de Bogotá, Resolución DDI-023768 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

Obs: CAJA MENOR SEDE SANTA CLARA, ENTREGAR A PRIMERA HORA URGENTE!!

Codigo: 22 Vendedor: DIANA CLEMENCIA ARISTIZABAL GONZALEZ

SUBTOTAL	241.180
Descuento	0
Iva	0
Total Factura	241.180
Retelva	0
ReteFte	0
Retelca	0

Mercancía Excluida: 241.180	BASE IVA 0	TOTAL NETO	241.180
Son: DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL CIENTO OCHENTA 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	Fecha y Hora Elaboracion: 24/05/2024 09:15
	AV VILLAS cta cte	411170962	Fecha y Hora Expedición: 24/05/2024 09:17
	AGRARIO cta cte	339050002304	RECIBI CONFORME
	BBVA cta cte	483009478	
	DAVIVIENDA cta cte	077769999861	
Elaboró: JESSICA LORENA AVILA RIVERA	POPULAR cta cte	110390134195	Nombre:
	OCCIDENTE cta cte	383003126	Identificación:
	Dcto PP:	0.00	Cargo:
Revisó: JESSICA LORENA AVILA RIVERA			Fecha de Recibido:

Neiva, 30 de mayo 2024

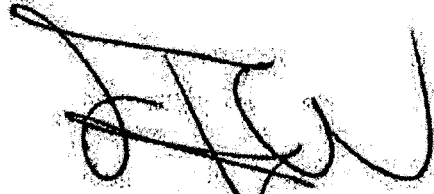
Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Bogotá D.C

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 9894
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° 16 - 06
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. 4B - 31



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52.203.549

ARISTIZABAL GONZALEZ

DIANA CLEMENCIA



CIRCULAR INFORMATIVA EXTERNA OF-CM-2024-116

Fecha: 23/05/2024
De: ALTA DIRECCIÓN DE DISCOLMETS
Para: PARTES INTERESADAS:
CLIENTES, (INTERNOS Y EXTERNOS), PROVEEDORES, ACREEDORES,
ENTIDADES FINANCIERAS, ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL Y EL
PUBLICO EN GENERAL
Asunto: CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL

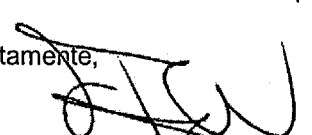
Cordial saludo,

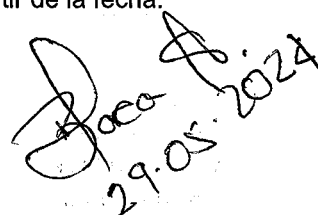
DISCOLMEDICA S.A.S., hoy DISCOLMETS S.A.S., se permite informar a CLIENTES, (INTERNOS Y EXTERNOS), PROVEEDORES, ACREEDORES, ENTIDADES FINANCIERAS, ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL Y EL PUBLICO EN GENERAL que, nuestra razón social dejó de ser **DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S. – DISCOLMEDICA S.A.S.**, y de ahora en adelante trabajaremos bajo el nombre de **DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD S.A.S. – DISCOLMETS S.A.S.**, como respuesta a una nueva etapa evolutiva como distribuidores, comercializadores y gestores farmacéuticos, incluyendo las tecnologías en salud con el propósito de continuar contribuyendo en la promoción de la salud, prevención y/o tratamiento de enfermedades de todos los colombianos; para lo cual el NIT o número de identificación tributaria continúa siendo el mismo, **828.002.423-5**.

Por lo anterior, solicitamos el cambio a que haya lugar en los sistemas de información de las personas naturales y jurídicas en las cuales figura nuestro nombre DISCOLMEDICA S.A.S., hoy **DISCOLMETS S.A.S.**, con el cual apareceremos en todos los documentos a partir de la fecha.

Esperamos contar con su comprensión y apoyo.

Atentamente,


ADDY FERNANDO CORTES CUBILLOS
Gerente General
DISCOLMETS S.A.S.


29.05.2024

Página 1 de 1

Centro Logístico Bogotá
Calle 15 N° 33-02
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

Centro Logístico Villavicencio
Cra 33 N° 22-39-41
Cel. 317 501 0912
villavicencio@discolmedica.com.co

Centro Logístico Tunja
Cra 11 Cll 25-57
Cel. 318 752 4883
tunja@discolmedica.com.co

Centro Logístico Cali
Cra 43a 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



www.discolmets.com.co

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 141042371345	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 2 8 0 0 2 4 2 3 5		6. DV 5		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		29. Departamento	
30. Ciudad/Municipio		31. Primer apellido		32. Segundo apellido	
33. Primer nombre		34. Otros nombres		35. Razón social DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD SAS	
36. Nombre comercial DISCOLMETS SAS		37. Sigla		38. País COLOMBIA	
39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		41. Dirección principal CL 15 33 02 P 5	
42. Correo electrónico gerencia@discolmets.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		46. Código 4 6 4 5		47. Fecha inicio actividad 2 0 0 3 0 9 2 5	
48. Código 4 7 7 3		49. Fecha inicio actividad 2 0 0 3 0 9 2 5		50. Código 4 6 5 9 2 1 0 0	
51. Código		52. Número establecimientos 7 2		53. Código 5 7 9 1 3 1 4 3 3 4 2 4 8 5 2 5 5	
RESPONSABILIDADES, CALIDADES Y ATRIBUTOS					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
07- Retención en la fuente a título de rent					
09- Retención en la fuente en el impuesto					
13- Gran contribuyente					
14- Informante de exogena					
33- Impuesto nacional al consumo					
42- Obligado a llevar contabilidad					
55- Informante de Beneficiarios Finales					
52- Facturador electrónico					
48- Impuesto sobre las ventas - IVA					
54. Código 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio 1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios 0					
61. Fecha 2024 - 05 - 23 / 15 : 16: 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 1.6.1.2.6 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 CORTES CUBILLOS ADDY FERNANDO 985. Cargo Representante legal Certificado					

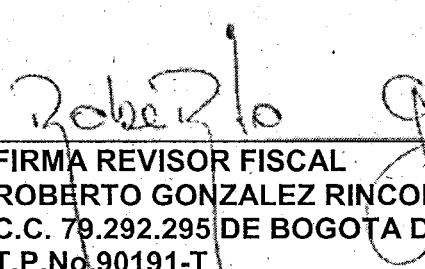
CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES
(ART. 50 LEY 789/02 – ART. 65 LEY 1819/16)

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., A los dos (02) días del mes de mayo 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

Centro Logístico Villavivencio
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



www.discolmedica.com.co

401

Eliminar Archivar Informar Responder Responder a todos Reenviar Zoom

RV: medicamentos ALEXIS X

De: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: jueves, 16 de mayo de 2024 16:40
Para: Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: Fwd: medicamentos

Obter o Outlook para Android

From: Unidad Renal <unidadrenal@subredcentrooriente.gov.co>
Sent: Thursday, May 16, 2024 4:15:44 PM
To: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>
Subject: medicamentos

cordial saludo,

Envío listado medicamentos que se debe tener en farmacia disponibles para pacientes de unidad renal, no puedo especificar cantidades en algunos medicamentos porque es según la prescripción de nefrólogo, aclarar que la terapia se realiza a diario con frecuencias Inter diarias quiere decir hay turnos de lunes -miércoles y viernes y el otro turno días martes - jueves y sábado; el volumen de pacientes a diario 54 con tres turnos en los dos días 106 pacientes.

gracias

Cordialmente,

DIANA JOHANA SIERRA RUBIO
ENFERMERA ESPECIALISTA NEFROLOGIA ADULTO
LIDER ENFERMERIA UNIDAD RENAL

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



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

Responder Reenviar

RE: SOLICITUD DE EXISTENCIAS Y CONTRATOS PARA COMPRAS DE CAJA MENOR

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

Mar 21/05/2024 8:34

Para: Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>
CC: Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>; Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial Saludo,

Según información solicitada, se evidencia que a la fecha el medicamento relacionado se encuentra contratado con el proveedor DISFARMA:

- 122MC063222: DIAZOXIDO 50 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30ML

Los demás medicamentos no cuentan con un contrato vigente a la fecha.

Cordialmente,

Angel Eduardo Triana Niño
Dirección de Contratación
Área de Compras

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

Enviado: martes, 21 de mayo de 2024 7:26 a. m.

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

Cc: Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>; Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: RE: SOLICITUD DE EXISTENCIAS Y CONTRATOS PARA COMPRAS DE CAJA MENOR

Dr. Alexis, buenos días, cordial saludo.

Atendiendo su solicitud, comedidamente me permito informar que revisado el stock de inventario del almacén general, sub almacenes y servicio farmacéutico, no contamos con existencias de los medicamentos mencionados.

122MJ033211 VACUNA CONTRA HEPATITIS B ADULTO VIAL MONODOSIS 1 ML

122MB092216 SODIO CLORURO 20 MEQ/10ML SOLUCION INYECTABLE: (LAS EXISTENCIAS ACTUALES DE 171 NO SON SUFICIENTES PARA 48 HORAS)

122MV043297 IOVERSOL 300 - 320 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO 50 mL

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 250ML

Del medicamento 122MB092216 SODIO CLORURO 20 MEQ/10ML SOLUCION INYECTABLE figuran a la fecha 166 ampolla (No suficientes)

Cordialmente,

Miguel Angel Cortes Tovar
Almacén Unidad Santa Clara

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

Enviado: lunes, 20 de mayo de 2024 8:34 p. m.

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

Cc: Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>; Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: SOLICITUD DE EXISTENCIAS Y CONTRATOS PARA COMPRAS DE CAJA MENOR

Buenas tardes solicito su amable colaboración en el sentido de determinar si hay existencias de estos productos o si se encuentran contratados en la Subred, agradezco sus comentarios y el envío de la información

PARA SEDE SANTA CLARA

122MJ033211 VACUNA CONTRA HEPATITIS B ADULTO VIAL MONODOSIS 1 ML: 10 UNIDADES

122MB092216 SODIO CLORURO 20 MEQ/10ML SOLUCION INYECTABLE: 1000 UNIDADES (LAS EXISTENCIAS ACTUALES DE 171 NO SON SUFICIENTES PARA 48 HORAS)

122MV043297 IOVERSOL 300 - 320 mg/mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO 50 mL

PARA SEDE MATERNO

122MC063222 DIAZOXIDO 50 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30ML: 1 UNIDAD

PARA SEDE VICTORIA

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 250ML

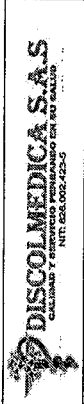
Cordialmente

ALEXIS ORJUELA ANGULO

Químico Farmacéutico

Supervisor Contratos Medicamentos

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente



Señores: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.- SAN CRISTOBAL
NIT: 900959021
Dirección: CARRERA 14 B # 1-45 SUR
Ciudad: BOGOTA
Teléfono: 3282828 - -
Ref: SOLICITUD DE COTIZACIÓN

En atención a su solicitud de cotización nos permitimos ofrecerles las siguientes productos distribuidos por nuestra compañía.

Item	Código	Descripción Cliente	Descripción Distribuidora	Marca	Registro Inicial	Estado del Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor IVA	Valor Unitario + IVA	Valor Total	Tiempo de Entrega
1	ME06960	VACUNA CONTRA HEPATITIS B ADULTO VAL	VACUNA CONTRA HEPATITIS B C*48 AMPOLLA	DELTA	2021M-0020327	Vigente	10	\$ 24.118	\$ -	\$ 24.118	\$ 241.180	1 A 2 DIAS
2	ME04978	SODIO CLORURO 20 MEQ/10ML SOLUCION	CLORURO DE SODIO 2MEQ/ML C*50 AMPOLLA	CORPAUL	2021M-000255742	Vigente	1.000	\$ 921	\$ -	\$ 921	\$ 921.000	1 A 2 DIAS
3		INVERSOL 300 - 320 mg/ml SOLUCION					1					
		INJECTABLE FRASCO 50 ml										
4	ME05710	DIAZOXIDO 50 MG/ML SUSPENSION ORAL	DIAZOXIDO 50MG/ML SOL ORAL FCO 30ML	VESALUS PHARMA	2019M-0019093	Vigente	1	\$ 847.059	\$ -	\$ 847.059	\$ 847.059	1 A 2 DIAS
5		FRASCO 30ML					1					
		MAGISTRAL										
6		SULEATO FERRICO O SOLUCION MONSEL FRASCO					1					
		500 ML SOLUCION TOPICA PREPARACION										
		MAGISTRAL										
7		ACIDO ACETICO 3% SOLUCION TOPICA FRASCO					1					
		500 ML										
8		ACIDO ACETICO 85% SOLUCION TOPICA FRASCO					1					
		50ML										
		SOMDU 250ML										
TOTAL											\$ 2.009.239	


Sin otro particular y en espera de sus gratas órdenes, les saludamos
Cordialmente,

ADDY FERNANDO CORTES CUBILLOS
Representante Legal
DISCOLMEDICA S.A.S
NIT: 828.002.423-5

ELABORÓ:
ÁREA DE
LICITACIONES


NATALIA OLAYA

Sede Administrativa: Carrera 12 No. 12-32 Tels: (0) 3121505-871680 Cel: 3187346735 - 316 7501377
Centro Logístico Nelsa-H: Calle 12 No. 15-71 Tels: (0) 31704388 - 8702946 - 8701334 - Cel: 3182066844 - 3187347367
Centro Logístico Bogotá: Calle 15 No. 31-04 Carrera 53 No. 33-25 Tels: (1) 7023267 Cel: 3185239594-3173670573
Centro Logístico Villavicencio-H: Calle 37 No. 40 - 30 Barrio Alto Tels: (0) 6246377- 6627398 - 6627394 Cel: 3188041481 - 3209090934
Centro Logístico Pitalito-H: Calle 13 No. 40 - 30 Barrio Alto Tels: (0) 8350667- 8351087 - Cel: 3182066840
Centro Logístico Cali: Calle 44 No. 35-27 Tels: (2) 33550889- Cel: 3183732208-3175179752
Centro Logístico Tunja: Calle 47A No. 5-46 Tels: (0) 7436371 Cel: 3188611774 - 3188302020
Centro Logístico Pereira-H: Avenida 30 de Agosto No.48-51 Cel: 3187846255

 Mediempack <i>Suministros confiables</i>		TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO		CODIGO				
		NOMBRE	COTIZACION CLIENTES		GTL-FO-32-V1				
		PROCESO A AREA	GESTIÓN TÉCNICA Y LOGÍSTICA		Pagina 1 de 1				
COTIZACION No. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E 160524									
Fecha : 16/05/24									
Razon Social cliente:		Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E							
NIT del cliente:		900.959.051-7							
Nombre de quién Solicita la Compra:		ALEXIS ORJUELA							
Tiempo de despacho: (Marque con una X)		24 horas		48 Horas <input checked="" type="checkbox"/>					
Dirección de despacho:									
No.	CODIGO PRODUCTO	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACION	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR UNITARIO IVA	CANTIDAD	VALOR TOTAL SIN IVA	VALOR TOTAL DEL IVA	TOTAL + IVA
1	N/A	VACUNA HEPATITIS B	UNIDAD	\$ 47.250,00		1	\$ 47.250,00	\$ -	\$ 47.250,00
2	N/A	CLINDAMICINA 300MG CAPSULA	CAJA X 24	\$ 1.000,00		120	\$ 120.000,00	\$ -	\$ 120.000,00
							\$ 167.250	\$ -	\$ 167.250
OBSERVACIONES:									
*Esta cotización es válida por 48 horas.									
*El producto será entregado 2 a 3 días hábiles despues de generada la orden de compra.									
Código: GTL-FO-32									
Fecha de creación: 25/04/22									
Versión:01									
MUCHAS GRACIAS POR COTIZAR CON MEDIEMPACK SAS									
COPIA CONTROLADA									

Discolmedicas SAS
\$ 241.180
Med.

408

 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. INFORMACION

Ciudad y Fecha	BOGOTA DC, MAYO 17 2024
Nombre Funcionario	ALEXIS ORJUELA ANGULO
Área Dependencia	SERVICIO FARMACEUTICO
Centro de Costo	15CT03 735201001
Unidad de Servicio de Salud	SANTA CLARA

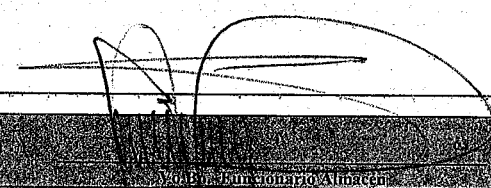
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

122MJ033211 VACUNA CONTRA HEPATITIS B ADULTO VIAL MONODOSIS 1 ML 10 UNIDADES

3. JUSTIFICACION

Medicamento actualmente sin contrato, que se requiere para la atención de paciente renal crónico que requiere diálisis, medicamento crítico y vital que NO cuenta con existencias en la subred, y requiere consecución pronta, Lo anterior mientras se adjudica proceso de invitación a cotizar que se encuentra en trámite

Existe en Almacén Central	SI	NO
		X


Nombre Funcionario Almacén


Nombre Funcionario / Justificante


Nombre Director Administrativo
Subgerencia Corporativa

5. OBSERVACION

caf



COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000076591

PROVEEDOR: DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS SAS DISCOLMEDICA SAS NIT: 828002423 FECHA: 24/05/2024 12:15 p. m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CR 12 N 12 - 32 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 8659940 TASA CAM: 0,00
N° FACTURA: FEBT123505 % ICA: 4,1400 PLAZO: 0 FECHA FAC: 24/05/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
122MJ033211	VACUNA CONTRA HEPATITIS B ADULTO VIAL MONODOSIS 1 ML	VIAL	10,00	\$ 24.118,00	\$ 241.180,00	0,00	0,00

DETALLE
COMPRA POR CAJA MENOR - FISICAMENTE EL PEDIDO LLEGO AL ALMACEN PRINCIPAL DEL HOSPITAL SANTA CLARA-VICTOR CHAVEZ.

SUBTOTAL:	\$ 241.180,00
DESCUENTO:	\$ 0,00
IMPUESTO:	\$ 0,00
FLETES:	\$ 0,00
IMP FLETES:	\$ 0,00
RETE IVA:	\$ 0,00
RETE ICA:	\$ 998,00
RETE FUENTE:	\$ 6.030,00
OTRAS RETE:	\$ 0,00
OTRAS DEDUC:	\$ 0,00
IMP DISTRI:	\$ 0,00
AJUSTE RED:	\$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	\$ 0,00
TOTAL COMPR:	\$ 234.152,00

TOTAL COMPROBANTE:
DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR
Revisado Impuestos:

410

I. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6228

FECHA

30/05/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

MANTENIMIENTO ESE

VALOR:

\$70.000,00

LA SUMA DE:

SETENTA MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

CUENTA DE COBRO CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ NIT 80.116.493 SACADA DE TORNILLO DEL SOPORTE DEL MOTOR DEL VEHÍCULO ADMINISTRATIVO DE PLACAS OBG 356 PERTENECIENTE A LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA, SOLICITADO POR DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRQUE, LIDER TRANSPORTE

VAL.

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bo. CUENTADANTE

*

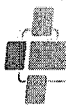
TOTAL

Diana Sandvall
1030638907

416

CUENTA DE COBRO <input checked="" type="checkbox"/>			
PEDIDO <input type="checkbox"/>			
COTIZACION <input type="checkbox"/>		DIA MÉS AÑO 28 05 24	
REMISION <input type="checkbox"/>			
CLIENTE: 035 356		TEL:	
DIRECCION:			
CANT.	DESCRIPCION	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
	Sacada Tornillos del soporte del motor		70.000
SACADA Y POSTURA DE ESPARACOS SOLDADURAS			
 Servicio de Electricidad			
Carlos			
Cels: 314 227 7882 - 311 474 7883			
Calle 32 No. 8 - 01 B San Isidro			
		Diana Sandoval	
		1030638907	
RECIBI		Descuento	
NIT. & C.C.		TOTAL	70.000

913

 <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	BOGOTÁ / 28 DE MAYO DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE
ÁREA /DEPENDENCIA	TRANSPORTE
CENTRO DE COSTO	7ADH07 51115001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	HOSPITAL SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

SACADA DE ESPARRAGO DEL SOPORTE DEL MOTOR DEL VEHICULO PLACAS OBG356 PERTENECIENTE A LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

3. JUSTIFICACIÓN

SACADA DE ESPARRAGO DEL SOPORTE DEL MÓTOR DEL VEHÍCULO PLACAS OBG356 PERTENECIENTE A LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA, VEHICULO QUE SE ENCUENTRAN CONTEMPLADO EN EL CONTRATO DE MANTENIMIENTO DE PARQUE AUTOMOTOR, EL CUAL A LA FECHA SE ENCUENTRA SUSPENDIDO, POR LO TANTO, SE SOLICITA REALIZAR ESTOS REQUERIMIENTOS CON RECURSOS DE CAJA MENOR

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

N/A

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Diana Sandoval


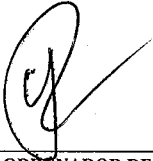
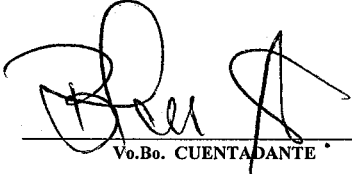
Nombre Funcionario y/o Contratista

[Signature]

Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

414

 <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°	6229	FECHA	30/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MANTENIMIENTO ESE		
VALOR:	\$12.000,00		
LA SUMA DE:	DOCE MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CUENTA DE COBRO VICTOR JULIO TORRES WILCHES NIT 79.284.394 REVISIÓN Y GRADUACIÓN DE FRENOS PARA LOS VEHÍCULOS ADMINISTRATIVOS DE PLACAS OBG 356 Y OBG071 PERTENECIENTE A LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA, SOLICITADO POR DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRQUE, LIDER TRANSPORTE		
RUBRO:			
<div>VA</div> <div></div> <div>Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO</div>		<div></div> <div>Vo.Bo. CUENTADANTE</div>	

*

415

SOLO FRENOS TORRES



TÉCNICOS ESPECIALIZADOS EN REPARACIÓN
DE AIRE Y LIQUIDO - REPUESTOS



SERVICIO FESTIVOS



Cra. 7 N°. 32-49 Sur. Tel.: 755 6952 Cel: 321 487 3028 Barrio San Isidro Bogotá Col.

FECHA: Mayo 28 / 2024

COTIZACIÓN

0729

SEÑOR(ES):

VEHICULO: DB6356

Tel.:

PLACA N° DB6097

C.C. / NIT.

CANT.	DESCRIPCIÓN	VR.UNIT.	VR.TOTAL
	BANDAS X F.V		
	GRASAS L-A		
	RESORTES		
	CHUPAS		
	GUARDAPOLVO		
	RETENEDORES		
	LIQUIDO SOLO FRENOS TORRES		
	EMPAQUETADURA		
	DIAFRAGMAS		
	RODAMIENTOS		
	RACORERÍAS		
	MANGUERAS		
	SILICONAS		
	VARIOS		
	<i>Gracias a los frenos</i>		12000
SERVICIOS:		SUB-TOTAL\$	
		TOTAL\$	12000

ACEPTADA: RECIBI CONFORME
Diana Sandara
C.C. / NIT. 1030638907

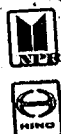
VENDEDOR

FIRMA AUTORIZADA

Impreso por Jose Alfredo Montenegro Nit: 79518572-3 Tel: 3333790 - Cel: 320 846 8527

416

SOLO FRENOS TORRES



TÉCNICOS ESPECIALIZADOS EN REPARACIÓN
DE AIRE Y LIQUIDO - REPUESTOS



SERVICIO FESTIVOS

Cra. 7 N°. 32-49 Sur. Tel.: 755 6952 Cel: 321 487 3028 Barrio San Isidro Bogotá Col.

FECHA: MAYO 28 / 2024 COTIZACIÓN: 0729
SEÑOR(ES): _____ Tel.: _____
VEHICULO: _____ PLACA N° OR6356 C.C./NIT. OR6077

CANT.	DESCRIPCION	VR. UNIT.	VR. TOTAL
	BANDAS X F.V		
	GRASAS L-A		
	RESORTES		
	CHUPAS		
	GUARDAPOLVO		
	RETENEDORES		
	LIQUIDO		
	EMPAQUETADURAS		
	DIAFRAGMAS		
	RODAMIENTOS		
	RACORERÍAS		
	MANGUERAS		
	SILICONAS		
	VARIOS		
SERVICIOS:		SUB-TOTAL\$	
		TOTAL\$	18000


ACEPTADA: RECIBÍ CONFORME
Diana Sandaril
C.C./NIT. 1030638907

VENDEDOR

FIRMA AUTORIZADA

Impreso por José Alfredo Montañegre NIT 79105723 Tel: 3333730 - Cel: 320 846 85 27

919

 <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	BOGOTÁ / 28 DE MAYO DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE
ÁREA / DEPENDENCIA	TRANSPORTE
CENTRO DE COSTO	7ADN07 5111/50001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	HOSPITAL SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR


REVISIÓN Y GRADUACIÓN DE FRENOS PARA LOS VEHICULOS DE PLACAS OBG356 Y OBG071 PERTENECIENTES A LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

3. JUSTIFICACIÓN

REVISIÓN Y GRADUACIÓN DE FRENOS PARA LOS VEHICULOS DE PLACAS OBG356 Y OBG071 PERTENECIENTES A LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA, VEHICULOS QUE SE ENCUENTRAN CONTEMPLADOS EN EL CONTRATO DE MANTENIMIENTO DE PARQUE AUTOMOTOR, EL CUAL A LA FECHA SE ENCUENTRA SUSPENDIDO, POR LO TANTO, SE SOLICITA REALIZAR ESTOS REQUERIMIENTOS CON RECURSOS DE CAJA MENOR

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

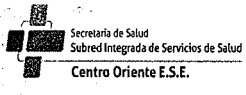

Vo.Bo. Funcionario Almacén


Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

418




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

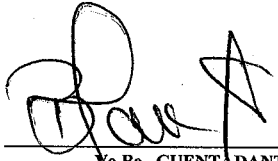
CÓDIGO: AP-RF-FT-092
VERSIÓN: 1
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6230	FECHA	30/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MANTENIMIENTO ESE		
VALOR:	\$5.400,00		
LA SUMA DE:	CINCO MIL CUATORICENTOS PESOS M.CTE.		

CONCEPTO:	CUENTA DE COBRO ELIZABET MEDINA R NIT 41.528.841-6 CAMBIO DE TORNILLOS NECESARIOS PARA REVISIÓN Y GRADUACIÓN DE FRENOS PARA LOS VEHÍCULOS ADMINISTRATIVOS DE PLACAS OBG 356 Y OBG071 PERTENECIENTE A LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA, SOLICITADO POR DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRQUE, LIDER TRANSPORTE
-----------	--


Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bo. CUENTADANTE

*



ELECTRICOS

VENTAS POR MAYOR Y AL DETAL

SERVICIO A DOMICILIO

28	05	24
----	----	----

CUENTA DE COBRO

PÉDIDO

CO~~NT~~IZATION

REMISION

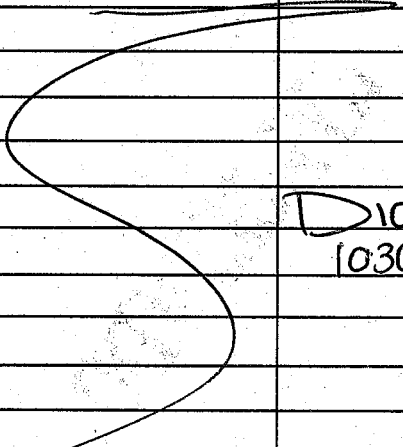
SEÑOR(ES):

DIRECCION:

CIUDAD

~~C.C. / NIT.~~

FORMA DE PAGO


CANT.	DESCRIPCION	Vr. UNITARIO	VALOR TOTAL
3	Forquilla 10X20X 1.50 @/U. A.	1.800	5.400
			
		Diana Sandoz 1030638907	

ESTA FACTURA DE VENTA ES UN TITULO VALOR DE ACUERDO CON LA LEY 1231 DEL 17 DE JULIO DE 2008

TOTAL \$

5400

121

 <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	BOGOTÁ / 28 DE MAYO DE 2024
Nombre Funcionario	DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE
Área / Dependencia	TRANSPORTE
Centro de Costo	7ADN07 5111/50001
Unidad de Servicio de Salud	HOSPITAL SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

REVISIÓN Y GRADUACIÓN DE FRENOS PARA LOS VEHICULOS DE PLACAS OBG356 Y OBG071 PERTENECIENTES A LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

3. JUSTIFICACIÓN

REVISIÓN Y GRADUACIÓN DE FRENOS PARA LOS VEHICULOS DE PLACAS OBG356 Y OBG071 PERTENECIENTES A LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA, VEHICULOS QUE SE ENCUENTRAN CONTEMPLADOS EN EL CONTRATO DE MANTENIMIENTO DE PARQUE AUTOMOTOR, EL CUAL A LA FECHA SE ENCUENTRA SUSPENDIDO, POR LO TANTO, SE SOLICITA REALIZAR ESTOS REQUERIMIENTOS CON RECURSOS DE CAJA MENOR

4. Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X


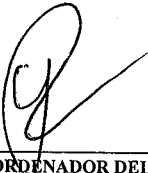
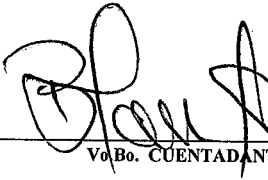

VoBo. Funcionario Almacén


Nombre Funcionario y/o Contratista


VoBo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACION

422

 <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°	6231	FECHA	30/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO		
VALOR:	\$475.610,00		
LA SUMA DE:	CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	<div>FACTURA No. FVEC 69363 MEDICOX LTDA. NIT 830.142.523-0 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (APLICADORES CON PUNTA DE NITRATO), 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 CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO, GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO.</div> <div>R.FTE. 2.5%.....\$11.890 R.ICA 4.14 POR MIL..... 1.969</div>		
<div> Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO</div>		<div> Vo.Bo. CUENTADANTE</div>	

12 8109

*



01 FACTURA ELECTRONICA DE VENTA **FVEC69363**
IMPORTADORA Y COMERCIALIZADORA DE
INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS

Nit: 830.142.523-0
RESPONSABLE DE IVA
Calle 66 No. 19-36 Oficina 301
PBX: 3125495 - 6953078 / Cel: 315 3650955
info@medicox.com.co / suministros@medicox.com.co
www.medicox.com.co
No somos Autoretenedores de Iva Art 617 ET
Emisión: 2024/05/29 08:00:03

Actividad económica ICA 4645 Tarifa 4.14 x 1000
Autorización facturación No. 18764058393139
Vigencia 2023/10/21 Rango FVEC-58029 al FVEC-70000
Facturación Electrónica
Vence 2024/10/21

Se conviene el precio y la cosa vendida en Bogotá DC



SC-CERT164025



Cufe: 863cf76b98e0b5fed3395d346596617d2f2248d8c1395264dd2277e7c9eb5a59d1b0ac26b7c75bcfed9e45811b24469

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

NIT: 900959051 - 7

DIRECCION: DIAGONAL 34 N° 5 - 43

FECHA: 2024/05/29

ORDEN: CAJA MENOR

TELEFONO: 3444484


UNIDADES FACTURADAS: 2

VENDEDOR: BIBIANA VARGAS OSPINA

CIUDAD: BOGOTÁ - Bogotá D.C

FORMA PAGO: CREDITO 90 DIAS

FECHA VENCIMIENTO 2024/08/27

REFERENCIA	CANT	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	IVA	V/UNIT	VALOR TOTAL
E-001 UB: MEZ S8M2NE	1	TBX100	APLICADOR C/PUNTA NITRATO DE PLATA TBX100 JHON LOTE:09. 2025/09/30 INVIMA: NO REQUIERE CUM:	0	\$237,805.00	\$237,805.00
E-001 UB: MEZ S8M2NE	1	TBX100	APLICADOR C/PUNTA NITRATO DE PLATA TBX100 JHON LOTE:01. 2026/01/30 INVIMA: NO REQUIERE CUM:	0	\$237,805.00	\$237,805.00
<div><div>R.Fte 25% \$ 11.890 RICA 4.14% 1969 \$ 13.859</div><div>A pagar \$461.751</div><div>Cancelado en efectivo Bibiana V 5988249</div><div><div><div>Secretaría Distrital de Salud Subred Centro Oriente E.S.E. Subred Integrada de Servicios Centro Oriente</div><div>29 MAY 2024</div><div>Almacén General UPSS Santa Clara</div><div>RECIBIDO</div></div></div></div>						

OBSERVACIONES PARA RADICAR ENTREGADO CON REMISION 22097 - 22087 - COMPRA POR CAJA MENOR - ENTREGAR EN EL SANTA CLARA

SON: CUATROCIENTOS SESENTA Y UN MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS 72 CTVS M/CTE.



Fecha de admisión y sello:

Firma del vendedor

Nombre e identificación de quien recibe

SUBTOTAL:	\$475,610.00
IVA:	
RETE IVA:	
RETE ICA:	\$1,969.03
RETEFUENTE:	\$11,890.25
VALOR NETO:	\$461,750.72

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGÚN ARTICULO 774 DEL CODIGO DE COMERCIO.
FAVOR GIRAR CON CHEQUE CRUZADO A NOMBRE DE MEDICOX LTDA.

*Representación impresa de Factura Electrónica de Venta electrónica Documento generado por The Factory HKA Colombia SAS - NIT 900390126-6
*Software SYSplus 2023 Software y Servicios Informaticos S.A.S NIT: 830.143.150-1

ORIGINAL

PAGINA:1 DE 1

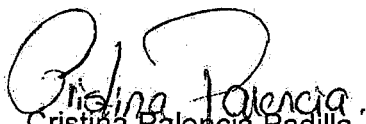
Bogotá, 31 de Mayo del 2024

Señores,
SUBRED INTE. SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
DIAGONAL 34 N° 5 - 43

Asunto: **Autorización recoger Cheque o Efectivo**

Autorizamos a la señora **SANDRA BIBIANA VARGAS OSPINA** identificada con cédula de ciudadanía No. **51988244** 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,



Cristina Palencia Padilla
Profesional Contable
Tel.3125495 Ext 112

CEDEULA DE
CIVILIDAD



REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP: 51.988.244



Apellidos
VARGAS OSPINA

Nombres
SANDRA BIBIANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
13 MAR 1970

Grupos
O+

Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
05 JUL 1988 BOGOTÁ D.C.

Fecha de expiración
13 MAR 2033

Firma




426

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

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

Mié 22/05/2024 8:29 AM

Para:Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>;cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>;Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>
CC:Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>;Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>;Pedro Fabian Davalos Berdugo <directorhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo

Me permito informar que una vez visado el módulo de inventarios con corte al día de hoy 22 de mayo de 2024, no se registran existencias en los almace de la Subred Centro Oriente, del insumo que se relaciona a continuación:

Editor de Productos - Dinámica Gerencial .NET

Principal

AGREGAR GRABAR GRABAR-CERRAR DESHACER CERRAR

Producto

Código: 12100033008 Código Alterno: 12100033008 Código Agrupamiento: Descripción de Agrupamiento: Bloqueado: ☐

Descripción Corta: APLICADORES CON PUNTA DE N. Intracciones y Autorizaciones Autorización Cubrimiento POS por Diagnósticos Vía de Administración Dispensación Terceros Unidades de Medida Mymed

Descripción Larga: APLICADORES CON PUNTA DE NITRATO DE PLATA General Agrupamiento Valores Existencias Códigos de Barra Proveedores

Código CUM: 12100033008

Clase: 12100033008

Tip: 12100033008

Tip Distribución: Sin definir

Grupo: 12100033008

Subgrupo: 12100033008

IVA: 12100033008

IVA 16%: 12100033008

IVA Fact: 12100033008

Unidad de Medida: 73

Unidad de Consumo: TUBO

FECHA VENCIMIENTO: 16/04/2018

DISPONIBLE: 0.00

COMPROMETIDA: 0.00

EXISTENCIA: 0.00

Existencia Total: 0.00

Record 1 of 4

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

Enviado: martes, 21 de mayo de 2024 4:56 p. m.

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>

Mié 22/05/2024 10:38 AM

Para: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@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>; Pedro Fabian Davalos Berdugo <directorhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co>

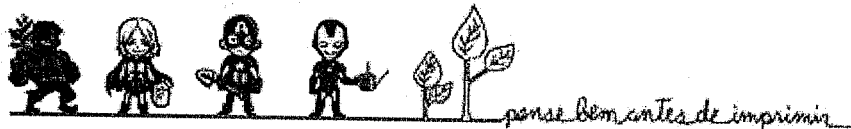
Cordial saludo

El dispositivo 121QQ035008 - APLICADORES CON PUNTA DE NITRATO DE PLATA 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: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: martes, 21 de mayo de 2024 4:56 p. m.

Para: cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; Pedidos <pedidos@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>; Pedro Fabian Davalos Berdugo <directorhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Buenas Tardes, Cordial Saludo

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

1. 121QQ035008 - APLICADORES CON PUNTA DE NITRATO DE PLATA

Agradezco su atención prestada y pronta respuesta

MEDICOX LTDA.
NIT: 830.142.523-0
CLL 66 #19-36 CHAPINERO - BOGOTÁ
DISPOSITIVOS MEDICOS- INSUMOS Y MEDICAMENTOS
TELEFONO: 3125492- 3125495
requerimientos.comercial@medicox.com.co
www.medicox.com.co



SC-CER164025

NIT DEL CLIENTE: 900959051 -7		COTIZACIÓN - N°: 064344	
CLIENTE:	SUBRED INTE. SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
DIRECCION:	DIAGONAL 34 N° 5 - 43		
CIUDAD:	BOGOTÁ - Bogotá D.C	FECHA:	2024/05/21
REPRESENTANTE DE VENTAS:	BIBIANA VARGAS OSPINA	VIGENCIA:	10 DIAS
ELABORADO POR:	ADIMATE		


CODIGO	DESCRIPCION	CANT	UNIDAD MINIMA DE VENTA	DTO	IVA	VALOR UNIDAD MINIMA VENTA	TOTAL
E-001	APLICADOR C/PUNTA NITRATO DE PLATA TBX100 JHON OBS: DISPONIBLE UN PAQUETE INVIMA: NO REQUIERE	2	TBX100		0	237,805.00	475,610.00

OBSERVACIONES:	SUBTOTAL:	\$ 475,610.00
	DESCUENTO:	
	IVA:	
	RETEFUENTE:	\$ 11,890
	RETEICA:	\$ 1,969
	RETEIVA:	
	TOTAL:	\$ 461,751

CONDICIONES COMERCIALES:	
* Esta cotización no incluye estampillas ni tasas departamentales o regionales.	
* Monto mínimo de facturación es de \$40.000 + IVA	
* Si usted tiene credito el monto minimo de facturacion es de \$ 150.000 pesos	
* Medicox Ltda asumirá el valor de domicilio para pedidos superiores a \$400.000 IVA incluido. (Aplica en Bogotá)	
* Facturas con un valor de \$40.000 y \$399.000 pueden ser recogidas en nuestra sede principal o si desea puede asumir el valor de domicilio dependiendo la distancia.	
* Medios de pago: Cuenta corriente Bancolombia 03318980996, pago electrónico PSE. https://medicox.com.co/	
* Los horarios de atención son de lunes a viernes de 7:00am-12:30am y de 2:00-4:30 pm.	
* Precio y cosa de venta perfeccionado en Bogotá.	

Medicox Ltda
\$ 475.610=
MMQ

30



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, MAYO 22 DE 2024

NOMBRE FUNCIONARIO

CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO

ÁREA / DEPENDENCIA

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- GESTIÓN DE ABASTECIMIENTO EN INSUMOS

CENTRO DE COSTO

15CH99 5897231003

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	121QQ035008	APLICADORES CON PUNTA DE NITRATO DE PLATA	TUBO	200	

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 ambulatorios 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.

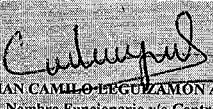
Teniendo en cuenta lo anterior se realizará como procedimiento para compra por caja menor toda vez que es un mecanismo expedito e inmediato con el que se suplirá la contratación de los insumos requeridos. Es importante resaltar que en este momento los servicios no pueden esperar la realización de un 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 función cauterizante, hemostático, cicatrizante y bactericida, 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



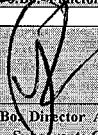
CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO

Nombre Funcionario y/o Contratista



Verónica

Nombre Funcionario Almacén




Verónica

Vo.Bo. Director Administrativo O

Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

1. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL 121QQ035008.; NOMBRE/ DESCRIPCIÓN: APLICADORES CON PUNTA DE NITRATO DE PLATA : NO CONTRATADO CON LA INSTITUCIÓN.



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

DRA. Edilys Bello

SUBGERENTE SERVICIOS DE SALUD

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
Código 0-000000000000/6696

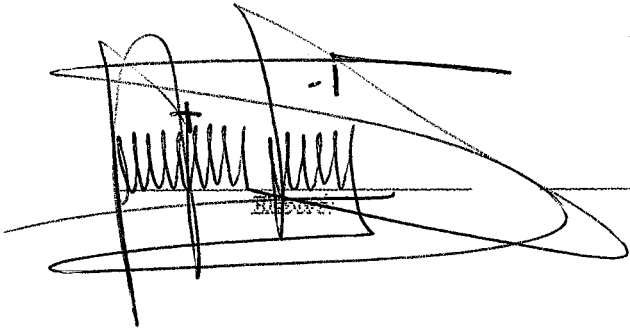
COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000000/6696

PROVEEDOR: MEDICOX LTDA NIT: 830142323 FECHA: 29/05/2024 04:29 p.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CL 66 N 19 - 35 OF 301 MONEDA: Pesos
TELEFONO: TASA CAM: 0.00
N FACTURA: FVE069563 % ICA: 4.1400 PLAZO: 0 FECHA FAC: 29/05/2024 12:00 a.m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
12100035008	APLICADORES CON PUNTA DE NITRATO DE PLATA	TUBO	100.00	\$2.378.05	\$237.803.00	0.00	0.00
12100035008	APLICADORES CON PUNTA DE NITRATO DE PLATA	TUBO	100.00	\$2.378.05	\$237.803.00	0.00	0.00



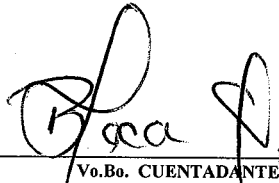
DETALLE	SUBTOTAL:	1473.610.00
COMPRA POR CAJA MENOR - HOSPITAL SANTA CLARA-VICTOR CHAVEZ.	DESCUENTO:	10.00
	IMPUESTO:	10.00
	FLETES:	10.00
	IMP FLETES:	10.00
	RETE IVA:	10.00
	RETE ICA:	11.569.00
	RETE FUENTE:	11.590.00
	OTRAS RETE:	10.00
	OTRAS DEDUC:	10.00
	IMP DISTRI:	10.00
	AJUSTE RED:	10.00
	AJUSTE AL TOTAL:	10.00
	TOTAL COMPR:	1461.751.00

TOTAL COMPROBANTE:
CUATROCIENTOS SESENTA Y UN MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO
CIVE MAC.



Revista Almacén

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR
Revista 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</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°	6232	FECHA	31/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO		
VALOR:	S888.294,00		
LA SUMA DE:	OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	<div>FACTURA No. FVEC 68657 MEDICOX LTDA. NIT 830.142.523-0 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (CATÉTER NEONATAL INTRAVENOSO 28G 1FR 0,17X0,35 MM PELO DE ÁNGEL), 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</div> <div>R.FTE. 2.5%.....\$22.207</div> <div>R.ICA 4.14 POR MIL..... 3,678</div>		
 <div>Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO</div>	 <div>Vo.Bø. CUENTADANTE</div>		

12889

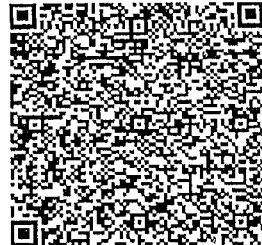
*



01 FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FVEC68657

LTDA.

IMPORTADORA Y COMERCIALIZADORA DE
INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS
Actividad económica ICA 4645 Tarifa 4.14 x 1000
Autorización facturación No. 18764058393139
Vigencia 2023/10/21 Rango FVEC-58029 al FVEC-70000
Facturación Electrónica
Vence 2024/10/21



Nit: 830.142.523-0
RESPONSABLE DE IVA
Calle 66 No. 19-36 Oficina 301
PBX: 3125495 - 6953078 / Cel: 315 3650955
info@medicox.com.co / suministros@medicox.com.co
www.medicox.com.co
No somos Autoretenedores de Iva Art 617 ET
Emisión: 2024/05/15 11:35:47

Se conviene el precio y la cosa vendida en Bogotá DC

SC-CER164025

Cufe: bf67e3d836643b0468321ae5862d178c06bb57a62a19b6d1084b030eb8743ad77a3e1225be15ae26a1b51966746ce3cb

CLIENTE: SUBRED INTE. SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	NIT: 900959051 - 7
DIRECCION: DIAGONAL 34 N° 5 - 43	FECHA: 2024/05/15 ORDEN: CAJAMENOR
TELEFONO: 3444484	VENDEDOR: BIBIANA VARGAS OSPINA
CIUDAD: BOGOTÁ - Bogotá D.C	FECHA VENCIMIENTO 2024/08/13
UNIDADES FACTURADAS: 2	FORMA PAGO: CREDITO 90 DIAS

REFERENCIA	CANT	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	IVA	V/UNIT	VALOR TOTAL
1261-20 UB: MEZ S2M1NA	2	UNIDAD	CATETER CENTRAL PERIFERICO PREMICALH 1FR28G 20CM CJX10 VYGON LOTE:301122GL 2027/11/30 INVIMA: 2015DM-0013396 CUM: CABELLO DE AN	0	\$444,147.00	\$888,294.00
<div>R-Fte 2.5% \$22.203 R.SCA 4.14% 3.638 <u>25.841</u> A pagar \$862.409</div> <div><div>Secretaría Distrital de Salud Subred Centro Oriente E.S.E. Subred Integrada de Servicios Centro Oriente 31 MAY 2024 Almacén General UPSS Santa Clara RECIBIDO</div><div>Cancelado Ejemplo Dobles 57983244</div></div>						

OBSERVACIONESURGENCIA VITAL COMPRA POR CAJA MENOR ENTREGAR EN SANTA CLARA CRA 14 B N° 1 - 45 SUR

SON: OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS NUEVE PESOS 11 CTVS M/CTE.

<div>MedicoX nos une lo vido</div> <div>Firma del vendedor</div>	<div>Fecha de admisión y sello: Luis Fernando Perdomo 79903816 15/05/24 Nombre e identificación de quien recibe</div>	<div>SUBTOTAL: \$888,294.00 IVA: RETE IVA: \$3,677.54 RETE ICA: \$22,207.35 RETEFUENTE: \$862,409.11 VALOR NETO:</div>
--	---	--

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGÚN ARTICULO 774 DEL CODIGO DE COMERCIO.
FAVOR GIRAR CON CHEQUE CRUZADO A NOMBRE DE MEDICOX LTDA.
*Representación impresa de Factura Electrónica de Venta electrónicaDocumento generado por The Factory HKA Colombia SAS - NIT 900390126-6
*Software SYSplus 2023 Software y Servicios Informaticos S.A.S NIT: 830.143.150-1 ORIGINAL PAGINA:1 DE, 1


Bogotá, 31 de Mayo del 2024

Señores,
SUBRED INTE. SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
DIAGONAL 34 N° 5 - 43

Asunto: **Autorización recoger Cheque o Efectivo**

Autorizamos a la señora **SANDRA BIBIANA VARGAS OSPINA** identificada con cédula de ciudadanía No. **51988244** 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,


Cristina Palencia Padilla
Profesional Contable
Tel.3125495 Ext 112

CECULA DE
CUDADANIA

Firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos
VARGAS OSPINA

Nombres
SANDRA BIBIANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
13 MAR 1970

G.S.
OF

Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
05 JUL 1988 BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
13 MAR 2033

NUIP 51.988.244



Enviado desde mi iPhone

MEDICOX LTDA.
NIT: 830.142.523-0
CLL 66 #19-36 CHAPINERO - BOGOTÁ
DISPOSITIVOS MEDICOS- INSUMOS Y MEDICAMENTOS
TELEFONO: 3125492- 3125495
requerimientos.comercial@medicox.com.co
www.medicox.com.co



SC-CER164025

436

NIT DEL CLIENTE: 900959051 -7		COTIZACIÓN - N°: 063988	
CLIENTE:	SUBRED INTE. SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
DIRECCION:	DIAGONAL 34 N° 5 - 43		
CIUDAD:	BOGOTÁ - Bogotá D.C	FECHA:	2024/05/15
REPRESENTANTE DE VENTAS: BIBIANA VARGAS OSPINA		VIGENCIA:	10 DIAS
ELABORADO POR: PCASTANE			

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	UNIDAD MINIMA DE VENTA	DTO	IVA	VALOR UNIDAD MINIMA VENTA	TOTAL
1261-20	CATETER CENTRAL PERIFERICO PREMICATH 1FR28G 20CM CJX 10 VYGON OBS: INVIMA: 2015DM-0013396	2	UNIDAD		0	444,147.00	888,294.00

OBSERVACIONES:	SUBTOTAL:	\$ 888,294.00
	DESCUENTO:	
	IVA:	
	RETEFUENTE:	\$ 22,207
	RETEICA:	\$ 3,678
	RETEIVA:	
	TOTAL:	\$ 862,409

CONDICIONES COMERCIALES: * Esta cotización no incluye estampillas ni tasas departamentales o regionales. * Monto mínimo de facturación es de \$40.000 + IVA * Si usted tiene credito el monto minimo de facturacion es de \$ 150.000 pesos * Medicox Ltda asumirá el valor de domicilio para pedidos superiores a \$400.000 IVA incluido. (Aplica en Bogotá) * Facturas con un valor de \$40.000 y \$399.000 pueden ser recogidas en nuestra sede principal o si desea puede asumir el valor de domicilio dependiendo la distancia. * Medios de pago: Cuenta corriente Bancolombia 03318980996, pago electrónico PSE. https://medicox.com.co/ * Los horarios de atención son de lunes a viernes de 7:00am-12:30am y de 2:00-4:30 pm. * Precio y cosa de venta perfeccionado en Bogotá.	
---	--

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario14971339561

(415)7707212489984(8020)0000014971339561

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)83014252306. DV012. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

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

28. PaísLugar de expedición29. Departamento30. Ciudad/Municipio

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

35. Razón socialMEDICOX LTDA36. Nombre comercial37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principalCL 66 19 36 OF 30142. Correo electrónicoadministrativo@medicox.com.co43. Código postal11122144. Teléfono601312549545. Teléfono23153650955

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principalActividad secundariaOtras actividades

46. Código47. Fecha inicio actividad48. Código49. Fecha inicio actividad50. Código1251. Código52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código57891011121314151617181920212223242526

05- Imppto. renta y compl. régimen ordinario42- Obligado a llevar contabilidad07- Retención en la fuente a título de renta48- Impuesto sobre las ventas - IVA08- Retención timbre nacional52- Facturador electrónico09- Retención en la fuente en el impuesto55- Informante de Beneficiarios Finales10- Obligado aduanero14- Informante de exogena16- Obligación facturar por ingresos bienes

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código222311121314151617181920

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 NOX60. No. de Folios061. Fecha2024-01-10/15:15:54

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. NombreMORALES GONZALEZ NELLY985. CargoRepresentante Legal Suplente Certificado

Fecha generación documento PDF: 10-01-2024 03:16:12PM

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>

Mié 15/05/2024 9:50 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>; Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>

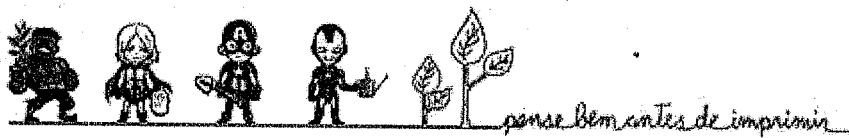
Cordial saludo

Se informa que el dispositivo 121QQ035163 - CATETER NEONATAL INTRA VENOSO 28G 1FR 0.17X0.35MM PELO DE ANGEL, 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

Facebook: @subredcentrooriente Instagram: @subred_centrooriente
Twitter: @SubRedCentroOri YouTube: Subred Centro Oriente
Website: www.subredcentrooriente.gov.co



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

Enviado: martes, 14 de mayo de 2024 3:42 p. m.

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

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

Asunto: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Buenas Tardes, Cordial Saludo

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

1. 121QQ035163 - CATETER NEONATAL INTRA VENOSO 28G 1FR 0.17X0.35MM PELO DE ANGEL

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

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

Mié 15/05/2024 8:54 AM

Para:Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>;cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>;Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>
CC:Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>;Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>;Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo

Me permito informar que revisado el aplicativo Dínámica Gerencial - módulo de inventarios con corte al día de hoy 15 de mayo 2024, **NO** se cuenta con existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente, del insumo que se relaciona a continuación:

El dispositivo 121QQ035163 - CATETER NEONATAL INTRAVENOSO 28G 1FR 0.17X0.35MM PELO DE ANGEL **No** se encuentra contratado

121QQ035163

Código Alterno: 121QQ035163

Código Agrupamiento:

Descripción de Agrupamiento:

Bloqueado

General

Agrupamiento

Valores

Existencias

Códigos de Barra

Proveedores

Indicaciones y Autorizaciones

Vías de Administración

Dispensación Terceros

Unidades de Medida Mymed

Descripción Corta: CATETER NEONATAL INTRAVENO...

Descripción Larga: CATETER NEONATAL INTRAVENOSO 28G 1FR 0.17X0.35MM PELO DE ANGEL

Código CUM:

Clase:

Tipos:

Aceptar

Cancelar

Grupo: 121

Subgrupo: QUIRURGICOS

DISPOSITIVO MEDICOS

IVA: 1

EXENTO

IVA Fact:

Unidad de Medida: 74

UNIDAD

Fracción: 1

Unidad de Consumo: UNIDAD

AL SANTA CLARA 290618GJ 29/06/2023 0.00 0.00 0.00

ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA 240818GJ 24/08/2023 0.00 0.00 0.00

ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA 031218GJ 3/12/2023 0.00 0.00 0.00

ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA 270219GJ 27/02/2024 0.00 0.00 0.00

ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA 301122GJ 30/11/2027 0.00 0.00 0.00

ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA 126120 26/03/2026 0.00 0.00 0.00

FARMACIA SALAS DE CIRUGIA HOSPITAL SA... 031218GJ 3/12/2023 0.00 0.00 0.00

FARMACIA CENTRAL HOSPITAL SANTA CLARA 270219GJ 27/02/2024 0.00 0.00 0.00

FARMACIA CENTRAL HOSPITAL SANTA CLARA 031218GJ 3/12/2023 0.00 0.00 0.00

FARMACIA CENTRAL HOSPITAL LA VICTORIA 270219GJ 27/02/2024 0.00 0.00 0.00

Existencia Total: 0.00

Record 1 of 34

Cantidad Total en Prestamos de Salida: 0.00

Activar Windows

Ve a Configuración para

Grabar

Cerrar

Cordialmente

Medicox LTDA.
\$862.409
HQ.

44C



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, MAYO 15 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	121QQ035163	CATETER NEONATAL INTRAVENOSO 28G 1FR Ø.17X0.35MM PELO DE ANGEL	UNIDAD	2	

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 el servicio de uci neonatal 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 administración de medicamentos específicos para neonatos, 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

CRSTIAN 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: 121QQ035163, NOMBRE/ DESCRIPCIÓN: CATETER NEONATAL INTRAVENOSO 28G 1FR Ø.17X0.35MM PELO DE ANGEL: NO CONTRATADO CON LA INSTITUCIÓN.



RECEIVED DATE: 13032024 1200 1.14

1997

Total Cash	\$ 687,409.00
------------	---------------

David A. Anderson

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 COMPROBANTE CAJA MENOR BANCOS

CÓDIGO: AP-RF-FT-003
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-05-09

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	818
----------------	-----

FECHA	07/05/2024
-------	------------

RUBRO PRESUPUESTAL:	GASTOS EFECTIVO
---------------------	-----------------

BANCO:	DAVIVIENDA
--------	------------

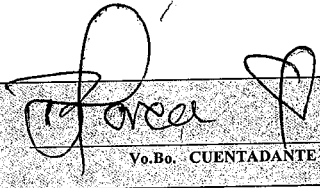
VALOR:	5.000.000
--------	-----------

PAGADO CHEQUE N°	92952-4
------------------	---------

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

CHEQUES 240068596764

Cheque No.

92952-4

51

AÑO

MES

DÍA

2021 10 10

VEINTINUEVE MIL CINCUENTA Y DOS

Disa División S.A.

10-2021 pagado el impuesto de timbre

Páguese a la orden de:

La suma de:

pesos M/L

92952-4 - 2021/10/10

disapeles

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza
donde DAVIVIENDA tenga oficina.

Firma(s) Autorizada(s)

68 100000-00514930068596764 92952-4

Cheque No.

92952-4

VEINTINUEVE MIL CINCUENTA Y DOS

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°	819	FECHA	15/05/2024
----------------	-----	-------	------------

RUBRO PRESUPUESTAL:	GASTOS EFECTIVO
---------------------	-----------------

BANCO:	DAVIVIENDA
--------	------------


VALOR:	5.000.000
--------	-----------

PAGADO CHEQUE N°	92953-8
------------------	---------

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
--

445



DAVIVIENDA

CHEQUERA 930068596764

Cheque No. **92953-8** **51**

DOSNUEVECINCOTRESOCHO

AÑO MES DÍA
2024 05 15

\$ 5.000.000

Disapeles

Páguese a la orden de:

Blanca Paulina Suarez Rojas

La suma de:

Cinco Millones de Pesos M.cie

pesos M/L

92953-8 - 2023/04/28

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza
donde DAVIVIENDA tenga oficina.

92953-8

Firma(s) Autorizada(s)

[Handwritten signature]

7 0000 005 1 930068596764 929538

Gastos en efectivo generados en caja menor
asignada a la Salud Integral de Suarez
La Salud Centro Comunal

Cheque No. **92953-8**

DOSNUEVECINCOTRESOCHO

COMPROBANTE

ELABORADO POR

REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBE

C.C. O NIT.

[Handwritten signature]

I. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	820	FECHA	17/05/2024
----------------	-----	-------	------------

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

BANCO:	DAVIVIENDA
--------	------------

VALOR:	1.356.348
--------	-----------

PAGADO CHEQUE N°	929854-1
------------------	----------

LA SUMA DE:	UN MILLÓN TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M.CTE.
-------------	---

CONCEPTO:	FACTURAS No. FEMD 26996 MEDCORE SAS NIT 900.660.468-9 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (SISTEMA DE DRENAJE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO O MONITOREO BECKER EXTERNO.), 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%.....\$33.909 R.ICA 4.14 POR MIL..... 5.615
-----------	--

128 23

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE



NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES NI AUTORETENEDORES
IVA Régimen Común - Actividad Económica CIU 4645 Tarifa ICA 4,14 x 1000
Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764054758817 que
habilita desde FEMD 24228 hasta FEMD 40000. Vence 2024-08-29

Nit 900660468- 9

CLIENTE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900959051 7		
DIRECCION	DG 34 5 43	CONCEPTO	
TELEFONO	3123452365	RE 1561	
CIUDAD	Bogota D.C.		

CONCEPTO
RE 1561

Página 1 de 1

Nombre del Paciente
Historia Clínica No.
Fecha de CX
Cirujano
Contrato / OC

FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO
15 de mayo de 2024	13 de agosto de 2024
FORMA DE PAGO	Credito
ASESOR COMERCIAL	MILI DAYAM PORRAS PEDREROS

OBSERVACIONES: PEDIDO 847

ITE	REFERENCIA	CANT	UDM	DESCRIPCION	LOTE	VENCE	INVIMA	VR.UND	IVA	VR. TOTAL
1	DVEAF35	1	Und.	KIT SISTEMA DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO ADULTO FREE FLOW COMPUESTO POR CATETER VENTRICULAR DE 35 CM BURETRA DE 70 Y BOLSA DE DRENAJE 700 ML	0615	21/02/2028	2018DM-0018635	1.356.348	0%	1.356.348
							cheque # 92954-1 Edwin Rodriguez 74082544 MEDCORE S.A.S. NIT. 900.660.468-9 Edwin Rodriguez Auxiliar Entregas Cancelado 28/05/2024			

FAVOR GIRAR CHEQUE CRUZADO A NOMBRE DE MEDCORE SAS O TRANSFERENCIA A BANCO DE OCCIDENTE CTA. CTE. No. 524001724 O BANCOLOMBIA CTA. CTE. No. 16837385775

**SON: UN MILLON TRESCIENTOS DIECISEIS MIL OCHOCIENTOS
VEINTICUATRO PESOS M/CTE CON DOS CENTAVOS**

CONDICIONES DE ESTA FACTURA

1-LA PRESENTE FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UN TITULO VALOR SEGUN LEY 123 DE JULIO 17 DE 2008. 2-EN CASO DE MORA SE CAUSARA EL INTERES AUTORIZADO POR LA LEY. 3-SE HACE CONSTAR QUE LA FIRMA DE PERSONA DISTINTA AL COMPRADOR IMPLICA QUE DICHA PERSONA ESTA AUTORIZADA EXPRESAMENTE POR EL COMPRADOR.

SUBTOTAL		1.356.348
DESCUENTO		0
IVA		0
RETEFUENTE	2,5%	33.909
RETEIVA		0
RETEICA 39.524	4,14%	5.615
TOTAL FACTURA		1.316.824

Empresa Responsable
MEDICURE S.A.S
Nit. 900.660.468-9

Recibido y Aceptado por el Cliente

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E.
Subred Integrada de Servicios, Co.

Declaro haber recibido real y materialmente las mercancías descritas en este título valor

Auxiliar de Facturación

DIRECCION: AVENIDA CALLE 127 No. 74B 72 Teléfono 7466462 Bogotá D.C. E-mail:facturaelectronica@medcoresas.co



REPRESENTACION GRAFICA DE LA FACTURA DE VENTA ELECTRONICA

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534387-9 - Correo: world.office@wo.co
CUIFE: 5515c06d61481e0a12a0f67518a033bc1856e3f2b9476d991b74c295acac0eebb12b5fc1996b5f41f46ab7957ab8c9da –Fecha y Hora de Expedición : 15/05/2024 11:33:41 a. m.

ORIGINAL



DAVIVIENDA

CHEQUERA 930068596764

Cheque No.

92954-1

51

AÑO

MES

DÍA

DOCE NÚVE CINCO CUATRO UNO

\$ 1.234.567.890

Edwin Rodriguez S.A.

10-2021 pagado el impuesto de timbre

Páguese a la orden de:

La suma de:

pesos M/L

92954-1 - 2023/04/25

disapeles

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza
donde DAVIVIENDA tenga oficina.

92954-1

Firma(s) Autorizada(s)

00000000512930068596764*929541

Cheque No.

92954-1

DOCE NÚVE CINCO CUATRO UNO

COMPROBANTE

ELABORADO POR

REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBE

Edwin Rodriguez

C.C. O NIT. 74082599

MEDCORE S.A.S

NIT. 900.660.468-9

Edwin Rodriguez

Auxiliar Entregas

Bogotá D.C., Mayo 27, 2024

Señores
HOSPITAL SANTA CLARA
Cr 14 B 1 – 45 sur
Bogotá

Respetados Señores

Por medio de la presente Autorizamos al Sr. EDWIN FREYMAN RODRIGUEZ AVELLA, con CC 74.082.599 de Bogotá para retirar de sus instalaciones un cheque girado a nombre de la empresa MEDCORE SAS, con NIT # 900.660.468-9, para lo cual enviamos Cámara de Comercio Vigente y RUT vigente.

Agradecemos su valiosa colaboración.

Cordialmente



MONICA MARCELA ESPITIA FRASSER
Representante Legal Suplente
MEDCORE SAS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
GEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 74.082.599
RODRIGUEZ AVELLA
APELLIDOS
EDWIN FREYMAN
NOMBRES
EDWIN RODRIGUEZ
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-FEB-1984
SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 0+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
06-FEB-2002 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00458610-M-0074082599-20130821 0034487527A 1 1182457998

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario14924707672

(415)7707212489984(8020) 000001492470767 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)90066046896. DV912. 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 socialMEDCORE SAS36. Nombre comercial37. Signo

UBICACIÓN

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

41. Dirección principalCR 70 G 127 3142. Correo electrónicofacturaelectronica@medcoresas.co43. Código postal11112144. Teléfono 1601746646945. Teléfono 23174290579

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal46. Código47. Fecha inicio actividad48. Código49. Fecha inicio actividad50. Código12

Otras actividades

51. Código52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código545791014142485255

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario52- Facturador electrónico07- Retención en la fuente a título de renta55- Informante de Beneficiarios Finales09- Retención en la fuente en el impuesto10- Obligado aduanero14- Informante de exogena42- Obligado a llevar contabilidad48- Impuesto sobre las ventas - IVA

Usuarios aduaneros

54. Código555678910

11121314151617181920

Exportadores

55. Forma56. TipoServicio123

57. 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 NOX60. No. de Folios061. Fecha2023 - 07 - 07 / 08 : 44: 22

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. NombreESPITIA FRASSER JOSE MANUEL985. CargoRepresentante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 07-05-2024 02:15:01PM

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 6 de mayo de 2024 Hora: 13:45:28
Recibo No. AA24835479
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24835479F9251

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL
REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: MEDCORE SAS
Nit: 900.660.468-9, Regimen Comun
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 02370343
Fecha de matrícula: 26 de septiembre de 2013
Último año renovado: 2024
Fecha de renovación: 21 de febrero de 2024
Grupo NIIF: Grupo II.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Carrera 70G No. 127-31
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: info@medcoresas.co
Teléfono comercial 1: 7466469
Teléfono comercial 2: 3174290579
Teléfono comercial 3: 3163050789

Dirección para notificación judicial: Carrera 70G No. 127-31
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: info@medcoresas.co
Teléfono para notificación 1: 7466469
Teléfono para notificación 2: 3174290579
Teléfono para notificación 3: 3163050789

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.



CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 6 de mayo de 2024 Hora: 13:45:28
Recibo No. AA24835479
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24835479F9251

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

suscribir, adquirir y enajenar derechos en toda clase de sociedades, con arreglo a la ley. Incorporarse en los negocios de cualquier compañía, asociación o empresa que tenga o se proponga objeto similar de lo que por la presente se funda, con arreglo a la ley. Así mismo, podrá realizar cualquier otra actividad económica lícita tanto en Colombia como en el extranjero. La sociedad podrá llevar a cabo, en general, todas las operaciones, de cualquier naturaleza que ellas fueren, relacionadas con el objeto mencionado, así como cualesquiera actividades similares, conexas o complementarias o que permitan facilitar o desarrollar el comercio o la industria de la sociedad. La importación, fabricación, mantenimiento, comercialización de repuestos y accesorios para equipos médicos y hospitalarios, instrumental médico-quirúrgico, insumos, fármacos y medicamentos. La sociedad podrá importar, condicionar y comercializar equipos médicos, dispositivos médicos tales como (neurocirugía, osteobiológicos, maxilofacial, material médico quirúrgico, elementos de protección personal y bioseguridad, ortopedia, y traumatología), insumo médico quirúrgicos (dotación hospitalaria), medicamentos, instrumental quirúrgico.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor : \$2.200.000.000,00
No. de acciones : 4.400,00
Valor nominal : \$500.000,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor : \$2.200.000.000,00
No. de acciones : 4.400,00
Valor nominal : \$500.000,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor : \$2.200.000.000,00
No. de acciones : 4.400,00
Valor nominal : \$500.000,00



454

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 6 de mayo de 2024 Hora: 13:45:28
Recibo No. AA24835479
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24835479F9251

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

a las circunstancias sean convenientes; además, fijara las remuneraciones correspondientes, dentro de los límites establecidos en el presupuesto anual de ingresos y egresos. 14. Celebrar los actos y contratos comprendidos en el objeto social de la compañía y necesarios para que esta desarrolle plenamente los fines para los cuales ha sido constituida. 15. Cumplir las demás funciones que le correspondan según lo previsto en las normas legales y en estos estatutos. 16. El representante legal queda facultado para celebrar actos y contratos, en desarrollo del objeto de la sociedad, con entidades públicas, privadas y mixtas. 17. Le está prohibido al representante legal y a los demás administradores de la sociedad, por sí o por interpuesta persona, obtener bajo cualquier forma o modalidad jurídica prestamos por parte de la sociedad u obtener de parte de la sociedad aval, fianza o cualquier otro tipo de garantía de sus obligaciones personales. El representante legal suplente tendrá las mismas facultades cuando sea el caso llegara a faltar el representante legal principal.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 21 del 27 de noviembre de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 30 de noviembre de 2021 con el No. 02767609 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Representante Legal	Jose Manuel Espitia Frasser	C.C. No. 80134446

Por Acta No. 25 del 5 de diciembre de 2022, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 21 de diciembre de 2022 con el No. 02912471 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Representante Legal Suplente	Monica Marcela Espitia Frasser	C.C. No. 1015408192

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 6 de mayo de 2024 Hora: 13:45:28
Recibo No. AA24835479
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24835479F9251

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 4645
Actividad secundaria Código CIIU: 3312
Otras actividades Código CIIU: 7730, 4659

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Mediana

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria \$ 21.796.500.900

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 4645

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la

NIT 900660468

ENTIDAD-IPS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CE
NIT 900959051 7
DIRECCION DG 34 5 43
TELEFONO 3123452365
CIUDAD Bogota D.C.

FECHA DOCUMENTO 15 de mayo de 2024
PACIENTE
HISTORIA CLINICA
ESPECIALISTA
ELABORADO POR ELIZABETH RODRIGUEZ FORERO

REFERENCIA	DESCRIPCION	CANT	LOTE	VENCE	INVIMA	BOD.SALIDA	GASTO
DVEAF35	KIT SISTEMA DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO ADULTO FREE FLOW COMPUESTO POR CATETER VENTRICULAR DE 35 CM BURETRA DE 70 Y BOLSA DE DRENAJE 700 ML	1	0615	21/02/2028	2018DM-0018635	MEDCORE 127	

OBSERVACIONES

REMISION SEGUN PEDIDO 847

ALISTADO POR:

NOMBRE: Elizabeth Rodriguez F.

CARGO: As. inventario

FECHA: 15-05-2024

REVISADO POR:

NOMBRE: Angela Andrea Ocaña

CARGO:

FECHA: 15/05/24

ENTREGADO POR:

NOMBRE:

CARGO:

FECHA:

RECIBIDO INSTITUCION:

NOMBRE:

CARGO:

FECHA:

COTIZACIONES DISPOSITIVOS MEDICOS
VERSIÓN 2-29-10-2021
FOR-GC-004

COTIZAR A:

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

NIT: 900959051-7

CIUDAD: Dg. 34 #5- 43, Bogotá

TELÉFONO: 312 3452365

NIT. 900.660.468-9 Régimen Común
Elementos Médicos Especializados

COTIZACIÓN DE MATERIAL

MQ-2024-1065

FECHA DE ELABORACION

08/05/2024

ASESOR COMERCIAL: MILI PORRAS

ELABORADO POR: MILI PORRAS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNIDAD	TOTAL SIN IVA	IVA	TOTAL + IVA
DVEAF35	KIT SISTEMA DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO ADULTO FREE FLOW COMPUESTO POR CATETER VENTRICULAR DE 35 CM BURETRA DE 70 Y BOLSA DE DRENAJE 700 ML	1	\$ 1,356,348	\$ 1,356,348	\$ -	\$ 1,356,348
						SUBTOTAL \$ 1,356,348
						IVA \$ -
						TOTAL \$ 1,356,348

OBSERVACIONES

DESPOCHOS MÍNIMOS:

CONDICIONES COMERCIALES:

CONDICIONES DE PAGO:

STOK DISPONIBLE:

VALIDEZ DE LA OFERTA

TIEMPO DE ENTREGA: 1 DÍA HÁBIL LUEGO DE REMITIDA LA OC

A CONVENIR

A CONVENIR

SEGUN DISPONIBILIDAD AL MOMENTO DE REALIZAR LA ORDEN DE COMPRA

30 DIAS

CARRERA 70 G # 127 - 31
PBX (1) 7466469 EXT 602
E-mail: almacen@medcoresas.co
Bogotá - Colombia

Elaborado Por Camilo Cuevas
Analista Comercial Adm.

Aprobado por MILI PORRAS
Directora Comercial

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

DRA. Edilys Mery Bello

SUBGERENTE SERVICIOS DE SALUD

De: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: miércoles, 8 de mayo de 2024 2:33 p. m.
Para: cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>; compras <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>; Saul Ardila Duran <liderclnicasquirurgicas@subredcentrooriente.gov.co>; Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>; Pedro Fabian Davalos Berdugo <directorhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: CONFIRMACIÓN EXISTEENCIAS Y CONTRATO

Buenas Tardes, Cordial Saludo

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

- 1. 121QQ031674 - SISTEMA DE DRENAJE DE LIQUIDO CEFALORAQUIDEO MONITOREO BECKER EXTERNO

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



LUIS ARMANDO RODRIGUEZ PINILLA
Cargo: Tecnólogo Apoyo Administrativo
Oficina Apoyo Administrativo
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 3044826645
f @subredcentrooriente @subred_centrooriente
t @SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co

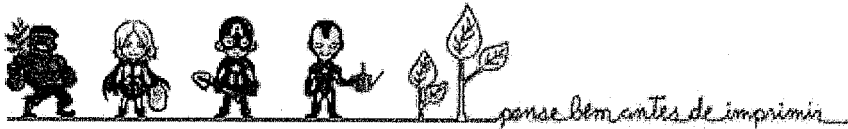
De: Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: miércoles, 8 de mayo de 2024 3:53 p. m.
Para: John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>; Cristian Camilo Leguizamón <insumosmx2@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: Eduardt Hanns González Roa <insumosmx@subredcentrooriente.gov.co>; Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>; Saul Ardila Duran <liderclnicasquirurgicas@subredcentrooriente.gov.co>; Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>; Pedro Fabian Davalos Berdugo <directorhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Cordial saludo

El dispositivo 121QQ031674 - SISTEMA DE DRENAJE DE LIQUIDO CEFALORAQUIDEO MONITOREO BECKER EXTERNO **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: 30234056 02 - 302 329 0548
f @subredcentrooriente @subred_centrooriente
t @SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co



De: John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: miércoles, 8 de mayo de 2024 3:35 p. m.
Para: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmx2@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1

461

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario14924707672

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)90066046812. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá6. DV914. Buzón electrónico32

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona jurídica1

25. Tipo de documento

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 socialMEDCORE SAS

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA169

39. DepartamentoBogotá D.C.11

40. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.001

41. Dirección principalCR 70 G 127 31

42. Correo electrónicofacturaelectronica@medcoresas.co

43. Código postal11112144. Teléfono1601746646945. Teléfono23174290579

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código464547. Fecha Inicio actividad2013092648. Código33249. Fecha inicio actividad2013092650. Código1277304659

Otras actividades

51. Código

52. Número establecimientos

Ocupación

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código579101442485255

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

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código2223

55. Forma156. Tipo1

57. 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 Folios0

61. Fecha2023 - 07 - 07 / 08 : 44: 22

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.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma del solicitante:

Firma autorizada:

984. NombreESPITIA FRASSER JOSE MANUEL


985. CargoRepresentante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 04-04-2024 01:11:56PM

Medcore SAS MQ

462

\$1'356 348=

 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, MAYO 9 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

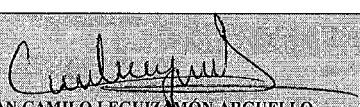
ITEM	CÓDIGO	NOMBRE / DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	OBSERVACIÓN
1	121QQ031674	SISTEMA DE DRENAJE DE LIQUIDO CEFALORAQUIDEO O MONITOREO BECKER EXTERNO	UNIDAD	1	


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 el servicio de 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 el mitigamiento de la isquemia medular, 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

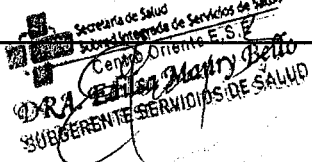

CRSTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO
Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Funcionario Almacén

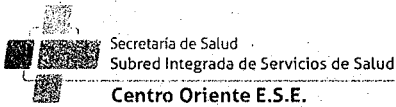

Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

1. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL:121QQ031674, NOMBRE/ DESCRIPCIÓN:SISTEMA DE DRENAJE DE LIQUIDO CEFALORAQUIDEO MONITOREO BECKER EXTERNO : NO CONTRATADO CON LA INSTITUCIÓN.



SECRETARÍA DE SALUD
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
DRA. *Edith Mary Bello*
SUBGERENTE SERVICIOS DE SALUD



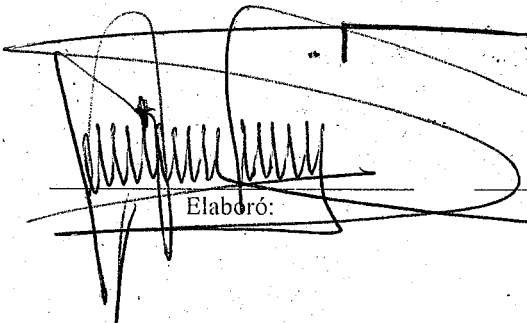
COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000076361

PROVEEDOR: MEDCORE SAS NIT: 900660468 FECHA: 15/05/2024 02:32 p. m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CR 70 G N 127 - 31 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 6017466469 TASA CAM: 0.00
N° FACTURA: FEMD26996 % ICA: 4.1400 PLAZO: 0 FECHA FAC: 15/05/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
121QQ031674	SISTEMA DE DRENAJE DE LIQUIDO CEFALORAQUIDEO MONITOREO BECKER EXTERNO (REF 821730)	UNIDAD	1.00	\$1,356,348.00	\$1,356,348.00	0.00	0.00

DETALLE	SUBTOTAL:	\$1,356,348.00
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
	RETE ICA:	\$5,615.00
	RETE FUENTE:	\$33,909.00
	OTRAS RETE:	\$0.00
	OTRAS DEDUC:	\$0.00
	IMP DISTRI:	\$0.00
	AJUSTE RED:	\$0.00
	AJUSTE AL TOTAL:	\$0.00
	TOTAL COMPR:	\$1,316,824.00

TOTAL COMPROBANTE:
UN MILLON TRESCIENTOS DIECISEIS MIL OCHOCIENTOS VEINTICUATRO PESOS CON CERO
CTVS M/Cte.


Elaboró: _____ Revisó Almacen _____

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR
Revisado Impuestos: _____

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	821	FECHA	20/05/2024
----------------	-----	-------	------------

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

BANCO:	DAVIVIENDA
--------	------------

VALOR:	3.500.000
--------	-----------

PAGADO CHEQUE N°	929855-5
------------------	----------

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

CONCEPTO:	FACTURA No. FE12733 POLIMEDICS FARMACEUTICA SAS NIT 800.151.064-0 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (EQUIPO DE MACROGOTEO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS), REQUERIDO DE FORMA INMEDIATA PARA LA PACIENTE SARA SOFÍA ROBLES ROJAS) QUIEN SE ENCUENTRA EN UCI PEDIÁTRICA 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%.....\$87.500 R.ICA 4.14 POR MIL..... 14.490
-----------	---

12824

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE



POLIFARMA S.A.S. - POLIMEDIC'S FARMACEUTICA S.A.S.
NIT : 800,151,064 - 0
CL 77 28 B 33
BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA
3102340035 3102340035
polifarmasa@gmail.com
Responsables de iva - No somos autorretenedores



FACTURA ELECTRONICA VENT

FE 12733

Fecha y Hora de Factura

Generación 2024-05-16 07:57:12
Expedición 2024-05-16 07:58:24
Vencimiento 2024-08-16

Cliente SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT 900,959,051 - 7 //Id. Extranjero :
Dirección DG 34 5 43
Ciudad BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA
Correo recepcionfacturasbienes@subredcentrooriente.gov.co
Order Reference Prefijo
Teléfono 3444484
Vendedor VENDEDOR PRINCIPAL
Centro Costo 1
Remisión 15.199
Numero

Descripción	Cantidad	UN	INVIMA	MARCA	CUM	Valor Unitario	% IVA	Valor Total
EQUIPO ADMON. DE SOL. MACROGOTEO S/A UND	3,500	UN	2018DM-0017675	LIFE CARE	NA	1,000.00	0	3,500,000
LF20231120 EQUIPO ADMON. DE SOL. MACROGOTEO S/A UND	F.V : 2028-11-19				3,500.00			

Total Bruto	3,500,000.00
RETEFUENTE VENT	2.5% 87,500.00
Retenc. ICA	4.14% 14,490.00
Total a Pagar	\$3.398.010,00

CONDICION DE PAGO

Credito Clientes Efectivo 3.398.010,00 Cuota 1 Vence el 2024-08-16

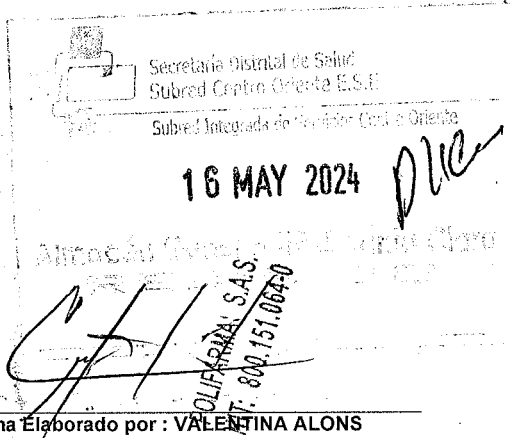
VALOR EN LETRAS

Tres Millones Trescientos Noventa Y Ocho Mil Diez Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

CAJA MENOR
SOLICITADA POR CAMILO LEGUIZAMÓN

CONDICION
4/12/2024
CQ 92955-5 \$3.398.010⁰⁰



RECIBE:	_____
C.C NO:	_____
CARGO:	_____
FECHA:	_____ HORA: _____
FIRMA:	_____
SELLO:	_____

Firma Elaborado por : VALENTINA ALONS

Firma Recibido

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. 18764042329303 aprobado en 2023-01-01 vigente 18. Meses, prefijo FE desde el número 8690 al 20000

CUFE .0ab18f6d61ad70a158e9d7860530b7d9b455e6e5ae6ecb5e0c77a3ab25dd2a0c174a4e5456bcd15f8598c4cc89326a64

ORIGINAL

Pagina : 1 de 1

466



DAVIVIENDA

CHEQUERA 930068596764

Cheque No. **92955-5** 51

AÑO MES DÍA
2024 04 26

DOSNUEVECINCO CINCO CINCO

Banco Davivienda S.A.

10-2021 pagado el impuesto de timbre

Páguese a la orden de: Mr. Palacios Armijos, Don

La suma de: Tres Millones Trescientos ochenta y cinco mil

dispapeles

pesos M/L

92955-5 - 2028/04/26

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza
donde DAVIVIENDA tenga oficina.

92955-5

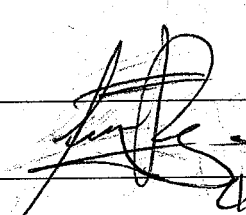
Firma(s) Autorizada(s)

211 000000051:930068596764 929555

Cheque No. **92955-5**

DOSNUEVECINCO CINCO CINCO

COMPROBANTE

ELABORADO POR	REVISADO POR	AUTORIZADO POR	RECIBE
			
			C.C. O NIT.

Bogotá, D.C., Mayo 21 de 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E
Atn. Dpto. de Pagaduría
Ciudad

Respetados señores:

Con la presente me permito autorizar al señor **JORGE ALBERTO ROJAS LOPEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía número 4.122.900 de Gámeza, para retirar dinero en efectivo y cheques girados a nuestro nombre.

Agradeciendo su atenta colaboración.

Cordialmente,



ÓSCAR H. BEDOYA SÁNCHEZ
Gerente

NIT. 800.151.064-0

469



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.122.900**
ROJAS LOPEZ

APELLIDOS
JORGE ALBERTO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **02-NOV-1968**
SOATA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-JUN-1987 GAMEZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00440831-M-0004122900-20130614 0033452040A 1 1362409184

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

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

Mié 8/05/2024 12:26 PM

Para:Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>;cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>;compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>;Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>
CC:Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>;Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>;Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>;Pedro Fabian Davalos Berdugo <directorhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo

Me permito informar que revisado el aplicativo Dinámica Gerencial - módulo de inventarios con corte al día de hoy 08 de mayo 2024, **NO** se cuenta con existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente, del insumo que se relaciona a continuación:

121QQ031315 - EQUIPO DE MACROGOTEO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS

Código:121QQ031315Código Alternar:Código Agrupamiento:Descripción de Agrupamiento:Bloqueador:

GeneralAgrupamientoValoresExistenciasCódigos de BarraProveedoresIndicaciones y AutorizacionesVías de AdministraciónDispensación TercerosUnidades de Medida Mymed

Descripción Corta:EQUIPO DE MACROGOTEO PARA...Descripción Larga:EQUIPO DE MACROGOTEO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSASha columna

Código CUM:Clase:Tipo:Sin definirGrupo:121Subgrupo:MEDICO QUIRURGICOSSubgrupo:DISPOSITIVO MEDICOSIVA:1IVA Fact:EXENTOUnidad de Medida:74UNIDADFracción:1Unidad de Consumo:UNIDAD

LOTEFECHA VENCIMIENTOEXISTENCIA

WZ20230910	9/09/2028	24,00
20231122	21/11/2028	26,00
WZ20230910	9/09/2028	33,00
WZ20230910	9/09/2028	34,00
WZ20230910	9/09/2028	36,00
WZ20230910	9/09/2028	46,00
WZ20230910	9/09/2028	47,00
WZ20230910	9/09/2028	50,00
WZ20230910	9/09/2028	67,00
WZ20230910	9/09/2028	138,00

Existencia Total: 577,00

Cantidad Total en Préstamos de Salida: 4.815,00

Cordialmente,

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>

Mié 8/05/2024 12:25 PM

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: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>; Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>; Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>; Pedro Fabian Davalos Berdugo <directorhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co>

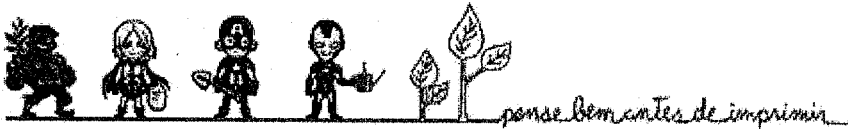
Cordial saludo

El dispositivo 121QQ031315 - EQUIPO DE MACROGOTEO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS, 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: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: miércoles, 8 de mayo de 2024 10:33 a. m.


Para: cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; Pedidos <pedidos@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>; Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>; Pedro Fabian Davalos Berdugo <directorhospitalizacion@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:





Invima

CCAA

SC CERT 160028

NIT: 830.142.523-0
Tel: 3125495 - 3125492
CALLE 66 #19-36 OFC 301
Bogotá / Cúcuta
www.medicox.com.co

COTIZACIÓN No. 3846

CLIENTE

NOMBRE: SUBRED INTE. SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
DIRECCIÓN: DIAGONAL 34 N° 5 - 43
CIUDAD: BOGOTÁ D.C
TEL: 3444484

FECHA: 07/05/2024
VALIDA HASTA: 12/05/2024
FORMA DE PAGO: CREDITO
VENDEDOR: BIBIANA VARGAS OSPINA

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	MARCA	PRESENTACIÓN DE VENTA	CANTIDAD SOLICITADA	PRECIO PRESENTACIÓN	IVA	PRECIO TOTAL SIN IVA
EMG002	EQUIPO MACROGOTEO SIN AGUJA	LIFE CARE	CJX500	7	\$ 421,500	0%	\$ 2,950,500

SUBTOTAL: \$ 2,950,500
IVA: \$ -
TOTAL: \$ 2,950,500

CONDICIONES GENERALES DE VENTA

PRODUCTO BAJO PEDIDO 3 A 5 DIAS HABLES

MONTO MINIMO DE DESPACHO:

- REALIZAMOS DOMICILIO GRATUITO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ POR COMPRAS SUPERIORES A \$400.000, DE LO CONTRARIO SE COBRARA DOMICILIO DE ACUERDO AL PUNTO DE ENTREGA.
- NUESTROS CLIENTES PUEDEN RECOGER EL PEDIDO EN SEDE CHAPINERO CALLE 66 # 19-36 CON CITA PREVIA NOTIFICANDO NOMBRE Y CEDULA DEL RESPONSABLE DE RECOGER EL PEDIDO. DE LUNES A VIERNES DE 7:00 AM DE 12:30 PM Y DE 2:00 PM A 4:30 PM.

DESCUENTOS:

MEDIOS DE PAGO:


- PAGO POR TRANSFERENCIA A LA CUENTA CORRIENTE BANCOLOMBIA *NÚMERO 03316980996* A NOMBRE DE MEDICOX LTDA O POR CUALQUIER CORRESPONSAL BANCARIO BANCOLOMBIA.
- *PAGO LINK PSE/ WOMPI- BANCOLOMBIA (Solicita el link a nuestros asesores).

ORDEN DE COMPRA

- SI DESEA ADQUIRIR LOS PRODUCTOS EN MENCIÓN POR FAVOR ENVIE ORDEN DE PEDIDO AL CORREO SUMINISTROS@MEDICOX.COM.CO

PARA FACTURAS FUERA DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ NO EFECTUAR RETENCIÓN ICA, MEDICOX DECLARA ICA EN BOGOTÁ LEY 1819

PAULA FRANCO CASTAÑEDA
Auxiliar comercial
requerimientos.comercial@medicox.com.co



Fwd: CONFIRMACIÓN CAJA MENOR

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

Mié 15/05/2024 9:50 AM

Para: Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>

Buenos días cordial saludo

En relación a correo envío como soporte para dar continuidad de la caja menor con el segundo oferente para la compra de los equipos de macrogoteo

Agradezco su atención prestada

Cordialmente

De: Mayfer Yuliana Arias Garcia <facturacion1@medicox.com.co> en nombre de Gestion Facturacion Medicox <gestion.facturacion@medicox.com.co>

Enviado: Wednesday, May 15, 2024 9:48:02 AM

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

Cc: Sandra Bibiana Vargas Ospina <comercial5@medicox.com.co>

Asunto: RE: CONFIRMACIÓN CAJA MENOR

No suele recibir correos electrónicos de gestion.facturacion@medicox.com.co. Por qué esto es importante

Buen día, apreciado cliente

Informamos que no podremos cumplir con la solicitud, ya que no contamos con existencias en nuestro inventario, contamos para entrega inmediata solo marca GHC.

Muchas gracias por contar con nosotros y quedamos pendientes a cualquier inquietud.



MAYFER YULIANA ARIAS GARCIA

Asistente de Facturación

PBX: 601 3125495

Movil: 316 7431435

Dirección: Calle 66 No. 19 - 36 OF 301 | Bogotá D.C., Colombia

Email: gestion.facturacion@medicox.com.co

Sitio Web: www.medicox.com.co

Conéctate con nosotros:



De acuerdo con lo contemplado en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en su artículo 10, sobre Política de Tratamiento de Datos Personales, le informamos que este mensaje contiene información privilegiada y confidencial, que previamente hemos recolectado de nuestros clientes, proveedores y colaboradores, originados de las relaciones comerciales y contractuales propias de nuestra actividad económica. Está prohibida su retención, grabación, reimpresión, utilización o divulgación con cualquier otro propósito. Sus datos serán almacenados en nuestra base de datos de forma segura y confidencial siempre y cuando contemos con su autorización para hacerlo. Recuerde que la interceptación y sustracción de esta comunicación está sujeta a sanciones penales correspondientes (ley 1273 del 2009). Recordemos que todos debemos aportar al cumplimiento de la ley 1581 del 2012. Si, por el contrario, usted no desea recibir información de las actividades antes mencionadas, le solicitamos contactarnos para retirarlo de nuestra base de datos.

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

Enviado el: martes, 14 de mayo de 2024 15:32

Para: Sandra Bibiana Vargas Ospina <comercial5@medicox.com.co>; Reenvio Suministros <suministros@medicox.com.co>

443

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario14971339561

(415)7707212489984(8020) 000001497133956 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)83014252306. DV012. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá14. Buzón electrónico32

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona jurídica1

25. Tipo de documento

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 socialMEDICOX LTDA

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA169

39. DepartamentoBogotá D.C.11

40. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.001

41. Dirección principalCL 66 19 36 OF 301

42. Correo electrónicoadministrativo@medicox.com.co

43. Código postal111221

44. Teléfono6013125495

45. Teléfono 23153650955

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código4645

47. Fecha inicio actividad20130125

48. Código4669

49. Fecha inicio actividad20130125

50. Código124659

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código578910141642485255

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 exógena

16- Obligación facturar por ingresos bienes

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código2223

55. Forma3

56. Tipo1

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[X]

60. No. de Folios0

61. Fecha2024 - 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. NombreMORALES GONZALEZ NELLY

985. CargoRepresentante Legal Suplente Certificado

Fecha generación documento PDF: 10-01-2024 03:16:12PM



POLIFARMA S.A.S. - POLIMEDIC'S
FARMACEUTICA S.A.S.
NIT : 800151064- 0
CL 77 28 B 33
3112668 - 3102340035

Bogota, 6 de mayo de 2024

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Atn: CAMILO LEGUIZAMÓN
DG 34 5 43
3444484
Bogota D.C.-Bogota . Colombia

Ref : Cotización V - 001 - 266

Es grato para nosotros poner a su consideración la siguiente propuesta

Código	Descripción	Unidad	Cantidad	MARCA	Valor Unitario	IVA	Valor Total
0010001000695	EQUIPO ADMON. DE SOL. MACROGOTEO S/A UND	UN	3,500	LIFE CARE	1,000.00	0	3,500,000.00


Total Bruto	3,500,000.00
Total a Pagar	\$3,500,000.00

Entrega: 2 días despues de recibir su orden de compra o pedido
Forma de Pago : Contado
Validez de la oferta: 30 días a partir de la fecha, mayo 6 2024

Cordialmente,

Vendedor Principal
Admin. Ventas
POLIFARMA S.A.S. - POLIMEDIC'S FARMACEUTICA S.A.S.

Polifarma SAS Polimedic's Farmaceutica
SAS \$3.500.000
MQ
476

 <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, MAYO 8 DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO
ÁREA / DEPENDENCIA	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- GESTIÓN 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

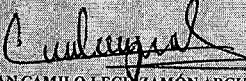
ITEM	CÓDIGO	NOMBRE / DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	OBSERVACIÓN
1	121QQ031315	EQUIPO DE MACROGOTEO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS	UNIDAD	3500	

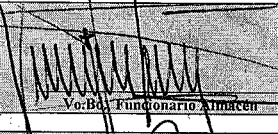
3. JUSTIFICACIÓN

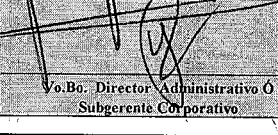
La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, requiere la compra del dispositivo médico quirúrgico hospitalario, necesario para la prestación del servicio a los usuarios de la subred integrada de servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. La disponibilidad de los dispositivos médico quirúrgicos 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 y 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 administración de medicamentos intravenosos de carácter vital, 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

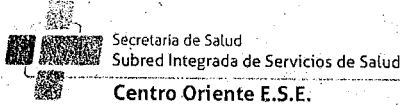

Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

1. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL:121QQ031315, NOMBRE/ DESCRICIÓN:EQUIPO DE MACROGOTEO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS: NO CONTRATADO CON LA INSTITUCIÓN.



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



COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000076371

PROVEEDOR: POLIMEDIC S FARMACEUTICA S A POLIFARMA S A NIT: 800151064

FECHA: 16/05/2024 11:26 a. m.

CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.)

ESTADO: Confirmado

DIRECCION: CL 71 29 A 23

MONEDA: Pesos

TELEFONO: 2405051

TASA CAM: 0,00

N° FACTURA: FE12733

% ICA: 4,1400

PLAZO: 0

FECHA FAC: 16/05/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
121QQ031315	EQUIPO DE MACROGOTEO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS	UNIDAD	3.500,00	\$ 1.000,00	\$ 3.500.000,00	0,00	0,00

DETALLE	SUBTOTAL:	\$ 3.500.000,00
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
	RETE ICA:	\$ 14.490,00
	RETE FUENTE:	\$ 87.500,00
	OTRAS RETE:	\$ 0,00
	OTRAS DEDUC:	\$ 0,00
	IMP DISTRI:	\$ 0,00
	AJUSTE RED:	\$ 0,00
	AJUSTE AL TOTAL:	\$ 0,00
	TOTAL COMPR:	\$ 3.398.010,00

TOTAL COMPROBANTE:
TRES MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DIEZ PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboro.

Revisó Almacen

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Revisado Impuestos:

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	822	FECHA	21/05/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MATERIAL QUIRÚRGICO	MÉDICO	
BANCO:	DAVIVIENDA		
VALOR:	1.306.620		
PAGADO CHEQUE N°	92956-9		

LA SUMA DE:	UN MILLÓN TRESCIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS M.CTE.
-------------	--

CONCEPTO:	FACTURA No. FV8948 PROQUILAB SAS NIT 800.224.359-2 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (CASSETTE PARA INCLUSIÓN CON TAPA PARA PROCESO DE TEJIDOS CON PORO RECTANGULAR.), NECESARIO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E, EN EL SERVICIO DE PATOLOGÍA, SOLICITADO POR CATHERINE LUGO CRISTIANO SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
	R.FTE 2.5%.....\$27.450,00
	R.ICA 11.04 POR MIL.....12.122,00
	R.IVA 15%.....31.293,00


Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO


Vo.Bo. CUANTADANTE

PROQUILAB

Productos, Equipos y Colorantes para Laboratorio

PROQUILAB S.A.S.

NIT : 800,224,359 - 2

CRA 28B 71 54

BOGOTA - COLOMBIA

6013202551 3003017140

administrativo@proquilab.com.co

Responsables de iva - No somos autorretenedores

Actividad Económica 4659 Tarifa 11,04



Cliente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900,959,051 - 7 /Id. Extranjero:00000000000000000000	Teléfono	3444484
Dirección	DG 34 5 43	Vendedor	INGRID TATIANA TAVERA
Ciudad	BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA	Centro Costo	1
Correo	subcentroorinte@saludcapital.gov.co	Remisión	12.233

FACTURA ELECTRÓNICA DE
VENTA
FV 8948

Fecha y Hora de Factura

Generación 2024-05-16 14:43:32

Expedición 2024-05-16 14:44:11

Vencimiento 2024-05-16

Item	Código	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	%Iva	Valor Total
1	0150021000009	CASSETTE BLANCO PLÁSTICO CON TAPA PARA PROCESO CAJA X 500 MARCA PROQUILAB	10	109,800.00	19	1,098,000.00
080424	LOTE	F.V :	10.00			

Total Bruto 1,098,000.00

IVA 208,620.00

Total a Pagar \$ 1.306.620,00

CONDICION DE PAGO

Credito Contado Clientes Efectivo

1.306.620,00

Cuota 1 Vence el 2024-05-16

VALOR EN LETRAS

1 Millon Trescientos Seis Mil Seiscientos Veinte Pesos M/Cte

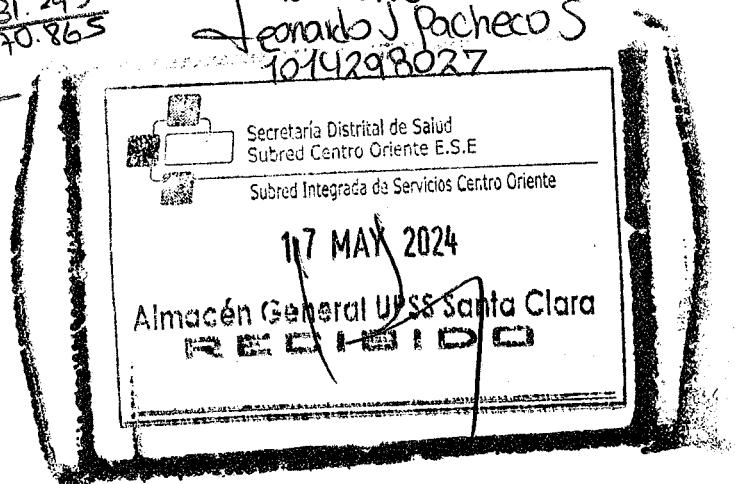
OBSERVACIONES

R.F.T. 2.5% \$27.450
R.I.C.A 11.04% 12.122
R.I.VA 15% 31.243
\$70.865
Apagar \$1.235.755

Cancelado
Cheque Número 92956-9
valor 1.235.755
Leonardo J Pacheco S
1014298027

DESPACHADO

Firma: Los Acosta B



PROQUILAB S.A.S.
Productos, Equipos y Colorantes para Laboratorio

NIT. 800224359-2

Firma Elaborado por : FACTURACION

Catherine Iugo.

17-mayo-2024.

Firma Recibido

COMERCIALIZAMOS CON CALIDAD Y CUMPLIMIENTO

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 No18764054548738 aprobado en 2023-08-25 vigente 12 Meses, prefijo FV desde el número 7301 al 10000

CUFE:b4b1e9f8d559b5e863dca7cfd8cb95865a30e5598d8f5f10a39ac198ee6273c1b49cc0e6fb50c8158c50715170851978

COPIA

Pagina : 1 de 1

480



DAVIVIENDA

CHEQUERA 930068596764

Cheque No. 92956-9

51

AÑO MES DÍA

DOSNUEVECINCOSEISNUEVE

\$ 1.250.000

10-2021 pagado el impuesto de timbre

Páguese a la orden de:

La suma de:

1.250.000 pesos M/L

92956-9 - 2023/04/28

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza
donde DAVIVIENDA tenga oficina.

92956-9

Firma(s) Autorizada(s)

3118 1000000051:930068596764 929569

Cheque No. 92956-9

DOSNUEVECINCOSEISNUEVE

COMPROBANTE

ELABORADO POR

REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBE

C.C. O NIT.

1014298027

481

PROQUILAB

Productos, Equipos y Colorantes para Laboratorio

Bogotá D.C., mayo 22 de 2024

Señores:

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

AK 19 95 55 OF 511 Tesorería

Ciudad

El portador de la presente el señor, **Leonardo Javier pacheco sarmiento** identificado con Cédula de Ciudadanía No. de Cédula: **1.014.298.027 de Bogota**, está autorizado para firmar y reclamar cheque y/o efectivo a nombre de **PROQUILAB S.A.S.**

Agradecemos de antemano la atención a la presente;

Cordialmente,

PROQUILAB SAS
Productos, Equipos y Colorantes para Laboratorio

NIT. 800224359-2

DAVISSON MORALES HERNANDEZ

Gerente Administrativo

c.c. Archivo



CO-SC 422460



Carrera 28B No. 71 - 54 • Teléfono: (571) 320 2551

Celular: 300 301 7140 • 304 636 8665

www.proquilab.com.co • proquilabltla@hotmail.com

servicioalcliente@proquilab.com.co • Bogotá D.C - Colombia

486

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.014.298.027

PACHECO SARMIENTO

APELLIDOS

LEONARDO JAVIER

NOMBRES

Leonardo J Pacheco S

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-1998

VALLEDUPAR
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
ESTATURA

A+
G. S. RH

M
SEXO

14-JUN-2016 BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DEFECTO

REGISTRADO NACIONAL
EN CÉDULA DE CIUDADANÍA



P 1500750 0054200 M 0014298027 ENTERAUC

0050870077A

402401/21

RE: SOLICITUD INFORMACION

compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>

Mar 07/05/2024 10:26

Para: Apoyo Diagnostico Terapéutico <apoyodiagterapeutico@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo,

se informa que este ítem 131LT024902 no se encuentran contratado.

Cordialmente,

**Patricia Ballesteros Silva**

Cargo: Profesional Universitario

Dirección de Contratación

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

- ① @subredcentrooriente
- ② @subred_centrooriente
- ③ @SubRedCentroOri
- ④ Subred Centro Oriente
- ⑤ www.subredcentrooriente.gov.co

De: Apoyo Diagnostico Terapéutico <apoyodiagterapeutico@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: lunes, 6 de mayo de 2024 11:46 a. m.

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

Asunto: RE: SOLICITUD INFORMACION

Cordial Saludoel codigo es 131LT024902

Quedo atenta

Cordialmente,

**Catherine Lugo Cristiano**

Referencia: Apoyo Diagnóstico

Servicios Complementarios

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

Teléfono: 328 28 28 ext. 325

- ① @subredcentrooriente
- ② @subred_centrooriente
- ③ @SubRedCentroOri
- ④ Subred Centro Oriente
- ⑤ www.subredcentrooriente.gov.co

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

Enviado: lunes, 6 de mayo de 2024 11:41

Para: Apoyo Diagnostico Terapéutico <apoyodiagterapeutico@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: RE: SOLICITUD INFORMACION

Por favor me dices que código en dinámica tiene.

Gracias



Patricia Ballesteros Silva

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

- ① @subredcentrooriente
- ② @SubRedCentroOri
- ③ www.subredcentrooriente.gov.co
- ④ @subred_centrooriente
- ⑤ Subred Centro Oriente

De: Apoyo Diagnostico Terapéutico <apoyodiagterapeutico@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: jueves, 2 de mayo de 2024 3:51 p. m.

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

Asunto: SOLICITUD INFORMACION

Cordial saludo, solicito de su acostumbrada colaboración con informar por este medio si en este momento tenemos contratado el insumo CASSETTE PARA INCLUSION CON TAPA PARA PROCESO DE TEJIDOS CON PORO RECTANGULAR". Insumo que se utiliza en el laboratorio de patología de la Subred, esta información se requiere como requisito para tramitar compra por caja menor.

Quedo atenta

Cordialmente,



Catherine Lugo Cristiano

Referente Apoyo Diagnóstico
Servicios Complementarios
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 328 28 28 ext. 305

- ① @subredcentrooriente
- ② @SubRedCentroOri
- ③ www.subredcentrooriente.gov.co
- ④ @subred_centrooriente
- ⑤ Subred Centro Oriente

RE: Solicitud información

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

Vie 03/05/2024 8:35

Para: Apoyo Diagnostico Terapéutico <apoyodiagterapeutico@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo

Me permito dar respuesta a su solicitud, informando que una vez revisado el módulo de inventarios con corte al día de hoy 03/05/2024, no se cuenta con existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente, del insumo que se relaciona a continuación:

131LT024902 CASSETTE PARA INCLUSION CON TAPA PARA PROCESO DE TEJIDOS CAJA X 500 UNIDADES CON PORO RECTANGULAR COLOR ROSADO VERDE AMARILLO Y BLANCO.

Almacén	Código	Fecha	Existencia
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	210120	26/02/2021	0.00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	03879140	26/02/2021	0.00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	90991867	26/02/2021	0.00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	91769183	26/02/2021	0.00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	23000736	26/02/2021	0.00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	00000767	26/02/2021	0.00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	00076458	26/02/2021	0.00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	01251814	26/02/2021	0.00
ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA	100742	26/02/2021	0.00

Existencia Total: 0.00

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: Apoyo Diagnostico Terapéutico <apoyodiagterapeutico@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: jueves, 2 de mayo de 2024 3:53 p. m.

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

Asunto: Solicitud información

Cordial Saludo. Solicito de su acostumbrada colaboración con informar por este medio si en

Bogotá, 30 de abril de 2024

Señores

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

Atn: SUBRED INTEGRADA DE

DG 34 5 43

3444484

Bogotá D.C.-Bogotá - Colombia

Ref: Cotización V - 001 - 4622

Es grato para nosotros poner a su consideración la siguiente propuesta

Código	Descripción	Disponibilidad	Cant.	Valor Unitario	% Iva	Valor Total
0150021000009	CASSETTE BLANCO PLÁSTICO CON TAPA PARA PROCESO CAJA X 500, MARCA PROQUILAB	3 DÍAS HÁBILES	10.00	109,800.00	19,00	1,098,000.00
Total Bruto						1,098,000.00
IVA						208,620.00
Total a Pagar						\$1,306,620.00

* MERCANCÍA DISPONIBLE BAJO PREVIA VENTA

* Favor consignar a nombre de Proquilab S.A.S a travez del boton PSE de nuestro portal web <https://proquilab.com.co/>, directamente en la pagina del banco Davivienda, opcion pagos virtuales PSE ó también en el Banco Davivienda Cta Cte 00996999795-7, Banco de Occidente Cta Cte 235058781 y enviar soporte al correo servicioalcliente@proquilab.com.co

Entrega: 3 días despues de recibir su orden de compra o pedido

Forma de Pago : Credito

Validez de la oferta: 30 días a partir de la fecha, abril 30 2024

Cordialmente,

Ingrid Tatiana Tavera Sanchez
Ejecutiva
PROQUILAB S.A.S.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario14970860421

(415)7707212489984(8020) 000001497036042 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)8002243596. DV212. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona jurídica25. Tipo de documento126. Número de identificación27. Fecha expedición

28. PaísLugar de expedición29. Departamento30. Ciudad/Municipio

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

35. Razón socialPROQUILAS S.A.S.36. Nombre comercial37. Sigla

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA16939. DepartamentoBogotá D.C.40. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.001

41. Dirección principalCR 28 B 71 5442. Correo electrónicoproquilasbda@hotmail.com43. Código postal44. Teléfono 1601320255145. Teléfono 23003017140

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal46. Código47. Fecha inicio actividad48. Código49. Fecha inicio actividad50. Código12

Otras actividades51. Código52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código579101442485255

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario52- Facturador electrónico07- Retención en la fuente a título de rent55- Informante de Beneficiarios Finales09- Retención en la fuente en el impuesto10- Obligado aduanero11- Informante de exoneración12- Obligado a llevar contabilidad13- Impuesto sobre las ventas - IVA

Usuarios aduaneros

54. Código123

Exportadores

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. Fecha2024-01-04/12:40:30

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. NombreBELLO CARDENAS FERNANDO985. CargoRepresentante legal Certificado

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario		Página 2 de 5 Hoja 2	
				(415)7707212489984(8020) 000001497036042 1	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional	
8 0 0 2 2 4 3 5 9		2		Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico					
Características y formas de las organizaciones					
62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o Institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
2		1 2			
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
				1	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas			
Composición del Capital					
82. Nacional					
1 0 0 %					
83. Nacional pública					
0 . 0 %					
84. Nacional privado					
1 0 0 . 0 %					
85. Extranjera					
0 %					
86. Extranjera pública					
0 . 0 %					
87. Extranjera privada					
0 . 0 %					
Entidad de vigilancia y control					
88. Entidad de vigilancia y control					
Superintendencia de Sociedades					
5					
Estado y Beneficio					
91. Número de identificación tributaria (NIT)					
92. DV					
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 otorgada 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					



490

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Representación		001	
Espacio reservado para la DIAN			Página 3 de 5 Hoja 3		
			4. Número de formulario 14970360421		
			 (415)7707232489984(8020) 000001497036042 1		
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 0 2 2 4 3 5 9		2	Impuestos de Bogotá		3 2
Representación					
98. Representación REPRS LEGAL PRIN 1 8			99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 3 0 7 1 0		
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan 1 3		101. Número de identificación 7 0 4 1 6 9 6 2		102. DV 103. Número de tarjeta profesional 4 0 6 3 0 - T	
104. Primer apellido BELLO		105. Segundo apellido CARDENAS		106. Primer nombre FERNANDO	
108. Número de identificación Tributaria (NIT)		109. DV	110. Razón social representante legal		
98. Representación REPRS LEGAL SUPL 1 9					
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan 1 3		101. Número de identificación 1 0 3 2 1 4 5		102. DV 103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido BELLO		105. Segundo apellido GUALTEROS		106. Primer nombre LUIS	
108. Número de identificación Tributaria (NIT)		109. DV	110. Razón social representante legal		
98. 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	
108. Número de identificación Tributaria (NIT)		109. DV	110. Razón social representante legal		
98. 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	
108. Número de identificación Tributaria (NIT)		109. DV	110. Razón social representante legal		
98. 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	
108. Número de identificación Tributaria (NIT)		109. DV	110. Razón social representante legal		

491

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Revisor Fiscal y Contador		001	
Espacio reservado para la DIAN			Página 4 de 5 Hoja 5		
			4. Número de formulario 14970360421		
			 (415)7707212489984(8020) 000001497036042 1		
5. Número de identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 0 2 2 4 3 5 9		2	Impuestos de Bogotá		8 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		5 2 4 9 1 2 5 6		8 2 7 2 1 T
	128. Primer apellido		129. Segundo apellido		130. Primer nombre
	HERRERA		MONTERO		YEIMY
132. Número de identificación Tributaria (NIT)		133. DV	134. Sociedad o firma designada		
135. Fecha de nombramiento					
2 0 2 3 0 7 1 9					
Revisor Fiscal suplente	136. Tipo de documento		137. Número de identificación		138. DV 139. Número de tarjeta profesional
	Cédula de Ciudadanía 1 3		1 0 2 2 3 4 9 8 1 9		5 1 7 2 0 4 4 T
	140. Primer apellido		141. Segundo apellido		142. Primer nombre
	NOVOA		MOLANO		WILLIAM
144. Número de identificación Tributaria (NIT)		145. DV	146. Sociedad o firma designada		
147. Fecha de nombramiento					
2 0 2 3 0 7 1 9					
Contador	148. Tipo de documento		149. Número de identificación		150. DV 151. Número de tarjeta profesional
	Cédula de Ciudadanía 1 3		7 9 4 8 5 5 0 0		1 4 6 6 6 0 T
	152. Primer apellido		153. Segundo apellido		154. Primer nombre
	MORANTES		SABOGAL		LUIS
156. Número de identificación Tributaria (NIT)		157. DV	158. Sociedad o firma designada		
159. Fecha de nombramiento					
2 0 0 0 0 3 0 1					

497

BIAN		Formulario del Registro Único Tributario Establecimientos		001	
Espacio reservado para la DIAN			Página 5 de 5 Hoja 6		
			4. Número de formulario 14970360421		
			 (415)7707212489984(8020) 000001497036042 1		
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 0 2 2 4 3 5 9		2	Impuestos de Bogotá		8 2
Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros					
160. Tipo de establecimiento Oficina 0 8		161. Actividad económica Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.o.p. 4 6 5 9			
162. Nombre del establecimiento PROQUILAB SAS					
163. Departamento Bogotá D.C.		164. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.			
165. Dirección CR 28 B 71 54					
166. Número de matrícula mercantil		167. Fecha de la matrícula mercantil			
168. Teléfono 3 2 0 2 5 5 1		169. Fecha de cierre			
160. Tipo de establecimiento		161. Actividad económica			
162. Nombre del establecimiento					
163. Departamento		164. Ciudad/Municipio			
165. Dirección					
166. Número de matrícula mercantil		167. Fecha de la matrícula mercantil			
168. Teléfono		169. Fecha de cierre			
160. Tipo de establecimiento		161. Actividad económica			
162. Nombre del establecimiento					
163. Departamento		164. Ciudad/Municipio			
165. Dirección					
166. Número de matrícula mercantil		167. Fecha de la matrícula mercantil			
168. Teléfono		169. Fecha de cierre			

104124

GRAVADO	\$ 1.500.000
EXENTO	\$ 0
SUBTOTAL	\$ 1.500.000
IVA	\$ 285.000
VALOR TOTAL	\$ 1.785.000

Documento Impresso por BIOCOL LTDA. Nit: 860.501.595-0

498

DIAN

POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto13Actualización de oficio

4. Número de formulario14847094484

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)8605015950

6. DV0

12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico32

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 socialBIOQUIMICOS COLOMBIANOS LTDA BIOCOL LTDA

36. Nombre comercial

37. SiglaBIOCOL

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA169

39. DepartamentoBogotá D.C.

40. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.

001

41. Dirección principalCR 54 44 A 37

42. Correo electrónicobiocol@outlook.com

43. Código postal05011

44. Teléfono3243388

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código4659

47. Fecha inicio actividad19810708

48. Código4664

49. Fecha inicio actividad19810708

50. Código12

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código5789101442485255

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

07- Retención en la fuente a título de renta

08- Retención timbre nacional

09- Retención en la fuente en el impuesto

10- Obligado aduanero

14- Informante de exoneración

42- Obligado a llevar contabilidad

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

52- Facturador electrónico

55- Informante de Beneficiarios Finales

Obligados aduaneros

Expertadores

54. Código23

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Medio

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. Fecha2022-08-12/00:27:17

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. NombreACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA




985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 08-12-2023 07:59:11AM




495

 POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA		Formulario del Registro Único Tributario		001	
Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario		Página 2 de 5 Hoja 2 14847694484	
				(415)7707212489984(8020) 000001484769448 4	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 6 0 5 0 1 5 9 5		0	Impuestos de Bogotá		3 2
Características y formas de las organizaciones					
62. Naturaleza		2	63. Formas asociativas		1 0
65. Fondos			66. Cooperativas		
68. Sin personería jurídica			69. Otras organizaciones no clasificadas		
			64. Entidades e institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados		
			67. Sociedades y organismos extranjeros		
			7. Beneficio		1
Constitución, Registro y Última Reforma			Composición del Capital		
Documento		1. Constitución		2. Reforma	
71. Clase		0 5		0 5	
72. Número		8 2 1		3 1 9	
73. Fecha		1 9 8 1 0 4 2 7		1 9 9 6 0 2 1 6	
74. Número de notaría		1 3		4 9	
75. Entidad de registro		0 3		0 3	
76. Fecha de registro		1 9 8 1 0 7 0 8		1 9 9 6 0 3 0 1	
77. No. Matricula mercantil		1 5 4 8 3 3		1 5 4 8 3 3	
78. Departamento		1 1		1 1	
79. Ciudad/Municipio		0 0 1		0 0 1	
Vigencia					
80. Desde		1 9 8 1 0 4 2 7		82. Nacional	
81. Hasta		2 0 3 0 0 2 0 2		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 %	
Entidad de vigilancia y control					
88. Entidad de vigilancia y control					
Estado y Beneficio					
Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV	
1	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1			
2					
3					
4					
5					
6					
Vinculación económica					
93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial			95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	
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					




496

 POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA		Formulario del Registro Representación		001	
Espacio reservado para la DIAN		Página 3 de 5 Hoja 3			
		4. Número de formulario		14847694484	
				 (415)7707212489984(8020) 000001484769448 4	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 6 0 5 0 1 5 9 5		0	Impuestos de Bogotá		3 2
Representación					
93. Representación REPRS LEGAL PRIN		1 8		99. Fecha inicio ejercicio representación 1 9 8 1 0 6 2 0	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan		101. Número de identificación 1 7 1 9 8 9 9 0		102. DV 103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido GONZALEZ		105. Segundo apellido MARTINEZ		106. Primer nombre RABLO	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal	
93. Representación REPRS LEGAL SUPL		1 9		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 0 6 0 7 0 7	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan		101. Número de identificación 1 0 1 5 4 0 2 7 7 1		102. DV 103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido GONZALEZ		105. Segundo apellido CALDERON		106. Primer nombre LORENA	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal	
93. Representación REPRS LEGAL SUPL		1 9		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 0 6 0 7 0 7	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan		101. Número de identificación 1 0 1 5 3 9 8 9 3 7		102. DV 103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido GONZALEZ		105. Segundo apellido MONCADA		106. Primer nombre ANA	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal	
93. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación		102. DV 103. Número de tarjeta profesional	
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		107. Otros nombres	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal	
93. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación		102. DV 103. Número de tarjeta profesional	
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		107. Otros nombres	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal	
93. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación		102. DV 103. Número de tarjeta profesional	
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		107. Otros nombres	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal	

497


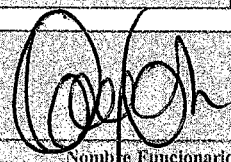
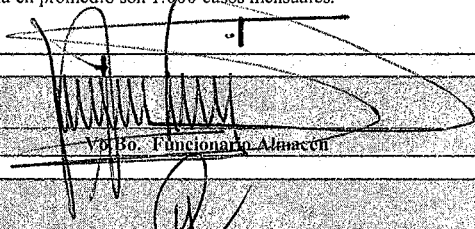
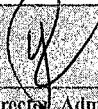
 DIAN POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA		Formulario del Registro Único Tributario Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones		001	
Espacio reservado para la DIAN			Página 4 de 5 Hoja 4		
			4. Número de formulario 14847694484		
			 (415)7707212489984(8020) 000001484769448 4		
5. Número de identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 6 0 5 0 1 5 9 5 0		0	Impuestos de Bogotá		
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones temporales					
111. Tipo de documento		112. Número de identificación		113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadana 1 3		1 7 1 9 8 9 9 0			COLOMBIA
115. Primer apellido		116. Segundo apellido		117. Primer nombre	
GONZALEZ		MARTINEZ		PABLO	
119. Razón social					
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
47,500,000				9 5 2 0 2 0 0 9 1 4	
111. Tipo de documento		112. Número de identificación		113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadana 1 3		1 0 1 5 4 0 2 7 7 1			COLOMBIA
115. Primer apellido		116. Segundo apellido		117. Primer nombre	
GONZALEZ		CALDERON		LORENA	
119. Razón social					
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
2,500,000				5 2 0 2 0 0 9 1 4	
111. Tipo de documento		112. Número de identificación		113. DV	114. Nacionalidad
115. Primer apellido		116. Segundo apellido		117. Primer nombre	
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
115. Primer apellido		116. Segundo apellido		117. Primer nombre	
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
115. Primer apellido		116. Segundo apellido		117. Primer nombre	
119. Razón social					
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

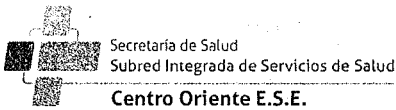
498

 POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA		Formulario del Registro Único Tributario Revisor Fiscal y Contador		001	
Espacio reservado para la DIAN			Páginas 5 de 5 Hoja 5		
			4. Número de formulario 14847694484		
			 (415)7707212489984(8020) 000001484769448 4		
5. Número de identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 6 0 5 0 1 5 9 5		0	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	7 9 2 8 8 2 1 9			7 2 0 5 7
	128. Primer apellido	129. Segundo apellido		130. Primer nombre	131. Otros nombres
	MUÑOZ	MARTINEZ		RODRIGO	
	132. Número de identificación Tributaria (NIT)		133. DV	134. Sociedad o firma designada	
	2 0 1 2 1 0 0 8				
Revisor fiscal suplente	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				

Proquilab SAS
\$1'306.620
N.N.O.

499

 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 09 de mayo de 2024				
NOMBRE FUNCIONARIO	Catherine Lugo Cristiano				
ÁREA / DEPENDENCIA	Servicios Complementarios - Laboratorio de Patología				
CENTRO DE COSTO	ISCD01 734 201 0002				
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	Hospital Santa Clara				
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR					
COMPRAR LOS INSUMOS NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PATOLOGÍA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E" CASSETTE PARA INCLUSION CON TAPA PARA PROCESO DE TEJIDOS CON PORO RECTANGULAR".					
Item	Código	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Especificación Técnica
1	131LT024902	CASSETTE PARA INCLUSION CON TAPA PARA PROCESO DE TEJIDOS CON PORO RECTANGULAR	10	CAJA X 300 UNIDADES	TAPA PARA PROCESO DE TEJIDOS CON PORO RECTANGULAR
3. JUSTIFICACIÓN					
Para la prestación de los servicios que brindan el servicio de Laboratorio de Patología ubicado en el Hospital Santa Clara, se requiere contar con el suministro del insumo Cassette para inclusión con tapa para proceso de tejidos con poro rectangular, con el cual se realiza proceso tanto técnico como manual y es de gran importancia para llevar a cabo el proceso histotecnológico de cada uno de los casos recibidos, que para patología en promedio son 1.000-casos mensuales.					
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:					
La presente solicitud se realiza puesto que todavía no ha sido posible la consecución de la contrato del insumo para el servicio de patología; el insumo solicitado es de vital importancia para la continuidad en la prestación del servicio en mención.					



COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000076433

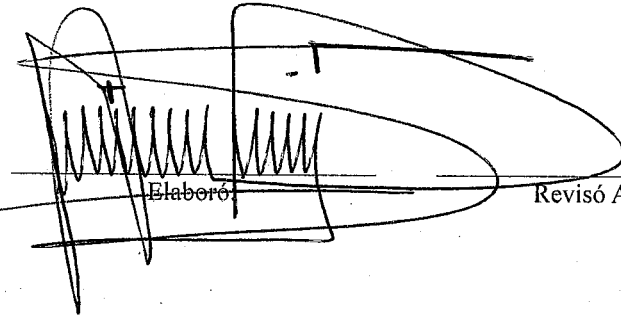
PROVEEDOR: PROQUILAB LTDA NIT: 800224359 FECHA: 17/05/2024 02:21 p. m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CL 45 C 21 A 19 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 3202551 TASA CAM: 0,00
N° FACTURA: FV8948 % ICA: 11,0400 PLAZO: 30 FECHA FAC: 16/05/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
131LT024902	CASSETTE PARA INCLUSION CON TAPA PARA PROCESO DE TEJIDOS CAJA X 500 UNIDADES CON PORO RECTANGULAR COLOR ROSADO VERDE AMARILLO Y BLANCO	CAJA	10,00	\$ 109.800,00	\$ 1.098.000,00	0,00	19,00

DETALLE
CAJA MENOR, PATOLOGIA UNIDAD SANTA CLARA, DIGTA LUDY TORRES

SUBTOTAL: \$ 1.098.000,00
DESCUENTO: \$ 0,00
IMPUESTO: \$ 208.620,00
FLETES: \$ 0,00
IMP FLETES: \$ 0,00
RETE IVA: \$ 31.293,00
RETE ICA: \$ 12.122,00
RETE FUENTE: \$ 27.450,00
OTRAS RETE: \$ 0,00
OTRAS DEDUC: \$ 0,00
IMP DISTRI: \$ 0,00
AJUSTE RED: \$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00
TOTAL COMPR: \$ 1.235.755,00

TOTAL COMPROBANTE:
UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró: 
Revisó Almacen

Adriana M. Lugo
Cuentas por pagar
Revisado Impuestos:

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	823
----------------	-----

FECHA	22/05/2024
-------	------------

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

BANCO:	DAVIVIENDA
--------	------------

VALOR:	2.880.000
--------	-----------

PAGADO CHEQUE N°	92957-2
------------------	---------

LA SUMA DE:	DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M.CTE.
-------------	---

CONCEPTO:	FACTURA No. FE6612 EMERGENCIAS CLÍNICA SAS NIT 800.105.155-7 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (CATÉTER TEMPORAL RECTO D/LUMEN ADULTO 14FR-20 CM, CATÉTER DOBLE LUMEN HEMODIÁLISIS 14 FR X 20 CM), NECESARIOS DE MANERA URGENTE PARA ATENCIÓN DE PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN LA UCI POR ENFERMEDADES RENALES AGUDAS, AUTORIZADO POR ANIS CRISTINA GONZÁLEZ ROMERO, DIRECTORA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS/UNIDAD RENAL. R.FTE 2.5%.....\$ 72.000,00 R.ICA 4.14 POR MIL.....11.923,00
-----------	---

Vó.Bó. ORDENADOR DEL GASTO

Vó.Bó. CUENTADANTE



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

LUIS YABNOI YABNOI 78057
502



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	6.894
Correo	maryolirui@hotmail.com			Numero	
Order Reference Prefijo					

FACTURA ELECTRONICA DE VE	
FE 6612	
Fecha y Hora de Factura	
Generación	2024-05-17 15:35:28
Expedición	2024-05-17 15:35:57
Vencimiento	2024-05-17

Descripción	UN	Cantida	% IVA	INVIMA	MARCA	CUM	Valor Unitario	Valor Total
CATETER TEMPORAL RECTO D/LUMEN ADUL 14FR-20CM INS 22010*G CATETER TEMPORAL RECTO D/LUMEN ADUL 14FR	UN	3.00	0,00	2019DM-0020562	BIOMEDICAL PHARMA	NA	560,000.00	1,680,000.00
F.V : 2025-09-30 3.00								
CATETER HEMODIAL TEMP 2LUMEN 14 FR X 20 CM UND T231125 KIT CATETER HEMODIAL TEMP 2LUMEN 14 FR X	UN	3.00	0,00	2023DM-0026943	EASYCATH	NA	400,000.00	1,200,000.00
F.V : 2026-11-24 3.00								

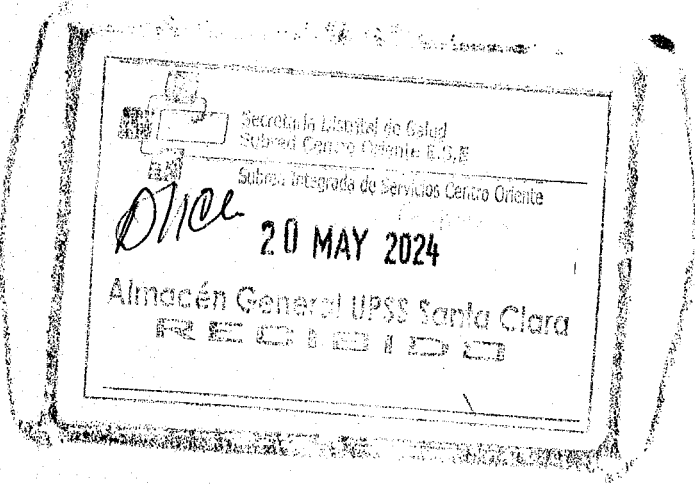
Total Bruto	2,880,000.00
RTE-FTE 2.5%	72,000.00
Retenc. ICA	11,923.20
Total a Pagar	\$ 2.796.076,80

CONDICION DE PAGO
Credito Clientes Efectivo 2.796.076,80 Cuota 1 Vence el 2024-05-17

VALOR EN LETRAS
Dos Millones Setecientos Noventa Y Seis Mil Setenta Y Seis Pesos M/Cte Con 80/100

OBSERVACIONES

RTE 2.5% \$ 72.000
RICA 9.14% 11.923
A pagar \$ 2.796.077



Firma Elaborado por : MAGALLI GOMEZ
Firma Recibido
90957-2 Cheque de pago \$ 2.796.077.
Alejandra García

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 :ba89a5671e76c8da6851387a0f423c40eb7c0d01bdbdfdc315247005105dbaa8dd130571d06c449600a8f253f322e26

503



DAVIVIENDA

CHEQUERA 930068596764

Cheque No. **92957-2** 51

DOSNUEVECINCOSETEDOS

AÑO MES DÍA
2023 04 26

\$ 2.000.000,00

Dispapeles S.A.

10-2021 pagado el impuesto de timbre

Páguese a la orden de: *Emergenias Clinicas SAS*

La suma de: *Dos Millones Setecientos Noventa y Seis mil Pesos M/L*

pesos M/L

92957-2 - 2023/04/26

dispapeles

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza
donde DAVIVIENDA tenga oficina.

92957-2

Firma(s) Autorizada(s)

711 000000051930068596764 929572

Cheque No. **92957-2**

DOSNUEVECINCOSETEDOS

COMPROBANTE

EMERCLINICAS S.A.S
NIT 800.105.155-7

ELABORADO POR

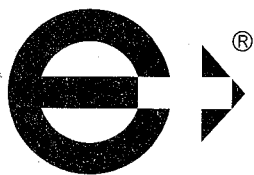
REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBE

C.C. O NIT.

Juliana Caraca
1034307350



Emerclínicas

504
Emergencias Clínicas S.A.S.
Servicio de esterilización alta y baja temperatura
Hemodiálisis - Productos Médicos

Bogotá D.C., 29 de mayo de 2024

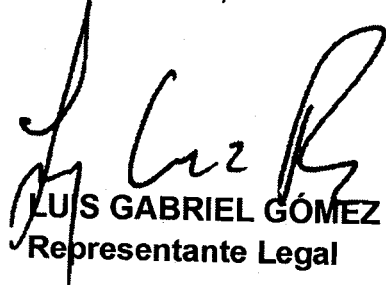
EMERGENCIAS CLÍNICAS S.A.S – EMERCLÍNICAS S.A.S
NIT. 800.105.155-7

Autorización:

Luis Gabriel Gomez identificado con C.C **86.048.505** de Villavicencio actuando en representación legal de **Emergencias Clínicas 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,



EMERCLINICAS S.A.S
NIT. 800.105.155-7

LUIS GABRIEL GÓMEZ REINA
Representante Legal

NIT. 800.105.155-7

Carrera 103B No. 23G-45 • Teléfonos: 415 3037 - 300 3986 • E-mail: emerclinicassas@gmail.com
www.emerclinicas.com • Bogotá, D.C. • Colombia

505

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANIA


NÚMERO: 1-034 307.353

GARCIA GALAVIS


APELLIDOS

ZULMIG CAROLINA

NOMBRES




BRMIA




P-1513900-00841660-F-1034307353-20160728

00505326326 1

45996088



INDICE DERECHO



FECHA DE NACIMIENTO 24-NOV-1983

TACHIRA-SAN CRISTOBAL

VENEZUELA

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53

ESTATURA

Q+

G.S. RH

SEXO

F

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

22-DIC-2015 LA CALERA

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO YAGHA

506

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIA Y/O CONTRATO

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

Jue 16/05/2024 3:57 PM

Para:compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>;Unidad Renal <unidadrenal@subredcentrooriente.gov.co>;Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>;Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>
CC:Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo

Me permito informar que revisado el aplicativo Dinámica Gerencial - módulo de inventarios con corte al día de hoy 16 de mayo 2024, **NO** se cuenta con existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente, del insumo que se relaciona a continuación:

El dispositivo 121QQ035732 - CATETER DOBLE LUMEN HEMODIALISIS 14 FR X 20 CM (UR) **No** se encuentra contratado

AGREGARGRABARGRABAR-CERRARDESHACERCERRAR

Producto

Código:121QQ035732Código Alterno:121QQ035732Código Agrupamiento:Descripción de Agrupamiento:Bloqueado:

General : Agrupamiento : Valores : Existencias : Códigos de Barra : Proveedores : Indicaciones y Autorizaciones : Vías de Administración : Dispensación Terceros : Unidades de Medida Mymed

Descripción Corta:CATETER DOBLE LUMEN HEMOD...Descripción Larga:CATETER DOBLE LUMEN HEMODIALISIS 14 FR X 20 CM (UR) Lmite aquí para agrupar por dicha columna

Código CUM:Clase:Tipo:Tipo Distribución:Sin definirGrupo:121MEDICO QUIRURGICOSSubgrupos:DISPOSITIVO MEDICOSIVA:EXENTOIVA Fact:Unidad de Medida:74UNIDADFracción:1Unidad de Consumo:UNIDAD

LOTEFECHA VENCIMIENTO DISPONIBLECOMPROMETIDAEXISTENCIA

INCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA : 202304530/09/20260,000,000,00

ALMACÉN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA : MQWNA2017/05/20280,000,000,00

ALMACÉN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA : 202301361/07/20260,000,000,00

ALMACÉN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA : 2201030/09/20250,000,000,00

Existencia Total: 0,00Record 0 of 4

ALMACÉN Comienza por: almCantidad Total en Préstamos de Salida: 0,00

Activar Windows

Me permito informar que revisado el aplicativo Dinámica Gerencial - módulo de inventarios con corte al día de hoy 16 de mayo 2024, **NO** se cuenta con existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente, del insumo que se relaciona a continuación:

El dispositivo 121QQ035731 - CATETER DOBLE LUMEN HEMODIALISIS 14 FR X 17 CM (UR) **No** se encuentra contratado

307

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIA Y/O CONTRATO

compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>

Jue 16/05/2024 15:35

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 la fecha no se cuenta con contrato de los siguientes insumos:

Catéter temporal recto D/Lumen Adulto 14 FR-20 CM

Catéter Hemodialis TEMP 2Lumen 14 FR-20 CM

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: jueves, 16 de mayo de 2024 3:20 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
1	Catéter temporal recto D/Lumen Adulto 14 FR-20 CM	UNIDAD	3	560.000
2	Catéter Hemodialis TEMP 2Lumen 14 FR-20 CM	UNIDAD	3	400.000
TOTAL				

Estamos atentos a su respuesta para continuar el proceso para Unidad Renal

Cordialmente,

Jun 16/05/2024 3:57 PM

Cordial saludo

El dispositivo 121QQ035732 - CATETER DOBLE LUMEN HEMODIALISIS 14 FR X 20 CM (UR) **No** se encuentra contratado

Me permito informar que revisado el aplicativo Dinámica Gerencial - módulo de inventarios con corte al día de hoy 16 de mayo 2024, **NO** se cuenta con existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente, del insumo que se relaciona a continuación:

El dispositivo 121QQ035731 - CATETER DOBLE LUMEN HEMODIALISIS 14 FR X 17 CM (UR) **No** se encuentra contratado

Cordialmente,

509

De: Unidad Renal <unidadrenal@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: jueves, 16 de mayo de 2024 3:20 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 14 FR-20 CM	UNIDAD	3	560.000	1.680.000
2	Catéter Hemodialis TEMP 2Lumen 14 FR-20 CM	UNIDAD	3	400.000	1.200.000
TOTAL					2.880.000

Estamos atentos a su respuesta para continuar el proceso para Unidad Renal

Cordialmente,



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.



BOGOTÁ

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

510

393

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 1 3 Actualización de oficio		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		6. DV 7	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 EMERGENCIAS CLINICAS SAS	
36. Nombre comercial EMERGENCIAS CLINICAS SAS		37. Sigla EMERCLINICAS S A S		38. País COLOMBIA	
39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		41. Dirección principal CR 103 B 23 G 45	
42. Correo electrónico emerclinicassas@gmail.com		43. Código postal 1 1 0 9 1 1		44. Teléfono 4 1 5 3 0 3 7	
45. Teléfono 2 3 2 1 2 0 3 9 7 1 1		46. Clasificación		47. Clasificación	
Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimientos	
48. Código 4 6 4 5		49. Fecha inicio actividad 1 9 9 0 0 8 2 8		50. Código 8 6 9 9 3 3 1 2	
51. Código		52. Fecha inicio actividad 3 2 6 0 2 0 1 8 0 3 3 0		53. Código 5 7 9 1 0 1 4 4 8 5 2 5 5	
54. Informante de Beneficiarios Finales		55. Informante de exoneración		56. Informante de exoneración	
57. Retención en la fuente a título de renta		58. Retención en la fuente en el impuesto		59. Obligado aduanero	
60. Informante de exoneración		61. Impuesto sobre las ventas - IVA		62. Facturador electrónico	
Usuarios aduaneros		Exportadores		55. Forma	
56. Código 2 3		57. Tipo		58. Servicio	
59. Modo		60. CPC		61. 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					
63. Anexo SI NO X		64. No. de folios 0		65. Fecha 2022-08-03/19:35:57	
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.		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:		Firma autorizada:			
984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA		985. Cargo			

51

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	Bogotá, 16 de mayo de 2024.
NOMBRE FUNCIONARIO	Alejandra 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

3 Catéter temporal recto D/Lumen adulto 14FR - 20CM
3 Catéter Hemodial temp 2 lumen 14FR x 20CM

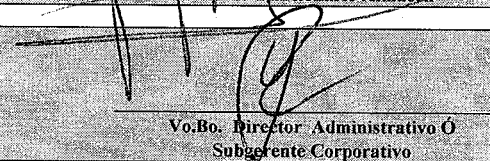
3. JUSTIFICACIÓN

Requerido de manera urgente para atención de pacientes que se encuentran en la UCI por enfermedades renales agudas.

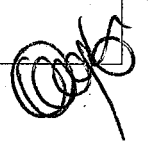
4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO


Vo.Bo. Funcionario Almacén

Alejandra García.
Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:



COMPROBANTE ENTRADA

Nº000000000/6457

PROVEEDOR: CLINICAS CLINICAS

NTT: 900103155

FECHA: 20/05/2024 09:44 a.m.

CUIDAD: BOGOTA (BOGOTA DC)

ESTADO: Continuada

DIRECCION: CR 105 B N 23 G - 43

MONEDA: Pesos

TELEFONO: 311 910037

TASA CAM: 0.00

Nº FACTURA: 17012

% ICA: 4.1400

PLAZO: 0

FECHA FAC: 17/05/2024 12:00 a.m.

CODIGO	DESCRIPCION	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DPTO	%IVA
1210000001	CONEXION DOBLE LUMEN HEMODIALISIS 14 FT X 17 CM (UR)	UNIDAD	3.00	1.400.000,00	1.200.000,00	0.00	0.00
1210000002	CONEXION DOBLE LUMEN HEMODIALISIS 14 FT X 17 CM (UR)	UNIDAD	3.00	1.500.000,00	1.500.000,00	0.00	0.00

DETALLE

CAJA MENOR, CENTRO SANTA CLARA-UNIDAD RENAL, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL: 12.200.000,00

DESCUENTO: 10,00

IMPUESTO: 10,00

FLETES: 10,00

IMP FLETES: 10,00

RETEIVA: 10,00

RETEICA: 11.922,00

RETE FUENTE: 17.100,00

OTRAS RETE: 10,00

OTRAS DEDUC: 10,00

IMP INSTAL: 10,00

AJUSTE RED: 10,00

AJUSTE AL TOTAL: 10,00

TOTAL COMPR: 12.796.077,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL SETENTA Y SIETE PESOS CON CERO

CINTE MIL.

Adriana M. Lugo

CUENTAS POR PAGAR

Revisado Impuestos:

Revisado Abrecon

SB

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	824
----------------	-----

FECHA	27/05/2024
-------	------------

RUBRO PRESUPUESTAL:	GASTOS EFECTIVO
---------------------	-----------------

BANCO:	DAVIVIENDA
--------	------------

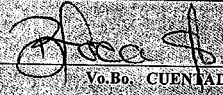
VALOR:	5.000.000
--------	-----------

PAGADO CHEQUE N°	92958-6
------------------	---------

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

54



DAVIVIENDA

CHEQUERA 930068596764

Cheque No. 92958-6 51

AÑO MES DÍA
2024 05 27

DISNUEVECINCOCHOCOSIS

Páguese a la orden de:

La suma de:

pesos M/L

92958-6 - 2025/04/03

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza
donde DAVIVIENDA tenga oficina.

Firma(s) Autorizada(s)

92958-6

Cheque No. 92958-6

DISNUEVECINCOCHOCOSIS

COMPROBANTE

ELABORADO POR

REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBE

C.C. O NIT.



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

2024-05-31


Doctor
SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO
Director Financiero
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente ESE
Bogotá, D.C.

Asunto: Entrega de Movimiento Fondo Caja Menor Mes Mayo de 2024

Respetado doctor Arias:

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 Mayo de 2024, igualmente anexo comprobante efectivo del No. 6184 al 6232 y bancos No. 818 a 824 e impuestos generados en este periodo.

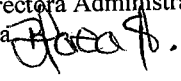
Atentamente,


YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN
Directora Administrativa

Copia: Cuentas Por Pagar
Presupuesto
Costos

* Martha Contreras
31-05-2024
* Donato J. Páez
04-06-2024

Anexo: Quinientos Catorce folios (514) folios

Aprobó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Revisó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Elaboró: Blanca Paulina Suárez Rosas, Secretaria 

Diagonal 34 No. 5 - 43
Conmutador: 3444484
www.subredcentroorientel.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

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

DEBE A:

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

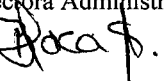
POR CONCEPTO: Reembolso de Caja Menor de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., Cuenta Corriente No. 008469999208, Banco Davivienda, correspondiente al mes de Mayo de 2024, la suma de Veintiséis Millones Cuatrocientos Ochenta y Tres Mil Ochocientos Seis Pesos M.cte. (\$26.483.806,00).

VALOR TOTAL (\$26.483.806,00)

Dada en Bogotá D.C., el 31 de Mayo de 2024

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 



2024-05-31

BALANCE CAJA MENOR
MES MAYO DE 2024

Valor girado del Banco Davivienda	37.916.000,00
Comprobante Efectivo 6184 a 6232	17.702.221, 00
Saldo efectivo	2.254.286,00
Comprobante Bancos Proveedores	
8820-821-822-823	8.746.666,00
Saldo banco	9.850.911,00
Impuestos retenciones -abril - 2024	(638.084,00)
TOTAL	\$37.916.000,00

SUMAS IGUALES	37.916.000,00	\$37.916.000,00
---------------	---------------	-----------------

Atentamente.


YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN
Directora Administrativa

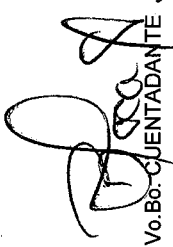
Aprobó: Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Revisó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Elaboró: Blanca Paulina Suárez Rosas, Secretaria

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
CHEQUES GIRADOS MAYO -2024-


CUENTA CORRIENTE No 00846999208 BANCO DAVIVIENDA
PROVEEDORES

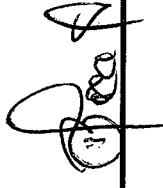
FECHA	DETALLE	VALOR	RETENCIONES	VALOR NETO
17/05/2024	Comprobante -820- cheque 92954-1 Medcore SAS Fra. FEMD 26996	1.356.348,00	39.524,00	1.316.824,00
20/05/2024	Comprobante -821- cheque 92955-5 Polimedic's Farmacéuticas SAS, Fra. FE12733	3.500.000,00	101.990,00	3.398.010,00
21/05/2024	Comprobante -822-cheque 92956-9 Proquilab SAS, Fra. FV8948	1.306.620,00	70.865,00	1.235.755,00
23/05/2024	Comprobante -823- cheque 92957-2 Emergencias Clínicas, Fra. FE6612	2.880.000	83.923,00	2.796.077,00
	TOTAL	9.042.968	296.302,00	8.746.666,00


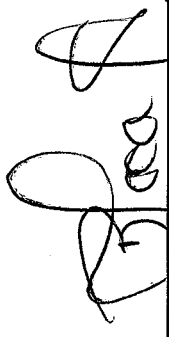

Vo.Bo. ORDENADOR GASTO


Vo.Bo. CUENTADANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE					
MOVIMIENTOS DE FONDOS DE CAJA MENOR					
MES MAYO DE 2024					
ENTIDAD	SALDO ANTERIOR	INGRESOS	EGRESOS	SALDO ACTUAL	
BANCO DAVIVIENDA	\$ 11.351.345,00	22.246.232,00	23.746.666,00	\$	9.850.911,00
EFFECTIVO	\$ 4.956.407,00	\$ 15.000.100,00	\$ 17.702.221,00	\$	2.254.286,00
TOTAL	\$ 16.307.752,00	\$ 37.246.332,00	\$ 41.448.887,00	\$	12.105.197,00


YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN
Ordenadora Gasto


Elaboro: Blanca Paulina Suárez Rosas

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE				
VALOR DE CAJA MENOR MÁS REPRESENTANTIVO MES MAYO DE 2024				
FECHA	CONCEPTO	VALOR	BANCO	VALOR
05/05/2024	Abono por transferencia reembolso mes Abril de 2024		DAVIVIENDA	22.246.232,00
<div><div> Vo.Bo. ORDENADORA GASTO</div><div> Vo.Bo. CUENTADANTE</div></div>				

SOLICITUD REEMBOLSO DE CAJA MENOR 2024

VR/JESTAB: CAJA MEI 37.916.000
VR/J SOLIC. REEMBOL 28.483.808
VR/JESTAB: CAJA MEI 37.916.000
VR/J SOLIC. REEMBOL 28.483.808
VR/JESTAB: CAJA MEI 37.916.000
VR/J SOLIC. REEMBOL 28.483.808

MES:		MAYO-24		RETENCIONES PRACTICADAS EN EL MES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
No. COMP	FECHA	BENEFICIARIO	No. Nit	CONCEPTO	Mater. Y Suminist	Gto Computador	Gto Transporte y Comunicación	Impresos y Publicaciones	Mto ESE	Impresos, Tasas, Contribuciones, Derechos y Multas	Bienes e Incentivos	Medicamentos	Adquisiciones de Bienes PIC	Material Médico Quirúrgico	Mto Equipo Hospitalario	GASTOS DE OPERACIÓN										Total Retenciones	Vr. Neto																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
																Valor Bruto	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie			Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie

[Handwritten signature]

No. COMP	FECHA	BENEFICIARIO	No. Nit	CONCEPTO	Mater. Y Suminist	Gto Computador	Gto Transporte y Comunicación	Impresos y Publicaciones	Mto ESE	Impagos, Tasas, Contribucios, Derechos y Multas	Bienes E Incentivos	Medicamentos	Adquisiciones de Bienes PIC	Material Médico Quirúrgico	Mto Equipo Hospitalario	Valor Bruto	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Iva	Total Retenciones	Vr. Neto
																	2,5%	4%	6%	4,14%	6,3%	9,68%	11,04%	0,015%		
6197	14/05/2024	Jimedical Suministros SAS	900.340.351-3	Tanques de reserva de agua para unidades odontológicas requeridos para reemplazo de tanques actuales en la USS Cárcel Oriental.	41302010000	41302010000	41302020000	41302030000	41302030000	478940701	41302030000	414434010000	424010300	424010300	424020000	171.360	171.360							0	171.360,00	
6198	15/05/2024	Juan Carlos Medaglia Castaño	79.400.392-6	Carcasas de 10' transparente necesarios para cambio periódico de filtros y carcasa para filtrar agua autoclave hospital Santa Clara											324.000	324.000							0	324.000,00		
6199	15/05/2024	Julian Andrey Alarcon Viquez	79.834.318-3	Cambio de regulador segunda etapa, arreglo fuga en centro de medición con cambio válvula, arreglo en ten de válvulas cocina y accesorios, en el hospital La Victoria					1.031.881							1.031.881		61.913		7.120				69.033	962.948,00	
6200	15/05/2024	Distribuidora Colombiana de Medicamentos SAS Dicoimedicas SAS	828.002.423-5	Medicamentos (Fibrinogeno Polvo Liofilizado + Solventes (elantes de fibrina) 2 ml (Tisseal Kit 4 Viales), necesarios para el paciente Eder Rafael Romero C.C. 7.911.532, quien se le realizara una Laminectomia, especialidad de neurocirugia en el hospital Santa Clara								926.297				926.297	23.157			3.835			26.992	899.305,00		
6201	15/05/2024	Alexander Rodriguez	80.240.526	Transporte taller Autos Mogul para retirar gabinetes de acrílico gasolina y diesel y trasladarlos al hospital Santa Clara			16.950									16.950								0	16.950,00	
6202	15/05/2024	Fabian Guzmán	7.954.015	Transporte traslado taller Autos Mogul para retirar gabinetes de acrílico gasolina y diesel y trasladarlos al hospital Santa Clara			33.900									33.900								0	33.900,00	
6203	15/05/2024	Diana Carolina Sandoval	1.030.638.907	Transporte al realizar tramites administrativos relacionados con el parque automotor de la Subred Centro Oriente E.S.E., radicación de documentos proceso de contratación, traslado de computas facturadas mes abril de 2024.			38.650									38.650								0	38.650,00	
6204	15/05/2024	Juan Carlos Perilla Morroy	79.645.078	Transporte tramites administrativos, relacionados con conciliación facturación taller Autos Mogul			12.000									12.000								0	12.000,00	
6205	15/05/2024	Servientega S.A.	860.512.330-3	Envío por correo de comunicaciones oficiales, facturas fuera de Bogotá.			947.580									947.580								0	947.580,00	
6206	15/05/2024	Bdaz Hermanos SAS	900.282.592-9	Acople L-125 para bombas de vacío del Hospital Santa Clara				178.500								178.500								0	178.500,00	
6207	17/05/2024	Julian Alexander Urrego Velásquez	80.845.602-1	Ofrendas florales para realizar entrega por fallecimiento del funcionario y/o perdida del familiar de la Subred Centro Oriente E.S.E.							250.000					250.000		15.000			2.415		17.415	232.585,00		
6208	20/05/2024	Superintendencia de Notariado y Registro	899.999.007-0	Expedición de certificado de Libertad y Tránsito solicitado por Planesodon						22.100						22.100								0	22.100,00	
6209	20/05/2024	Zuly Andrea Largo Velandía	52.487.431-0	Deposición de libreta trasera izquierda del vehículo móvil 5291 de placa OLN 313 perteneciente a la Subred Centro Oriente E.S.E.					20.000							20.000								0	20.000,00	
6210	21/05/2024	Comercializado Café Botero SAS	900.334.037-0	Artículo Para Incentivos Programa De Vacunación (Botillo, Tulán, Esfero) Requerido Para Dar Cumplimiento De Actividades De Atención Al Usuario Gestión Técnica Y Estratégica PIC								2.798.880				2.798.880							67.032	67.032	2.731.048,00	

Handwritten signature and initials.

No. COMP	FECHA	BENEFICIARIO	No. Nit	CONCEPTO	Matr. Y Suminist	Gto Computador	Gto Transporte y Comunicación	Impresos y Publicaciones	Mto ESE	Impios, Tasas, Contribuc, Derechos y Multas	Bienestar E Incentivos	Medicamentos	Adquisiciones de Bienes PIC	Material Médico Quirúrgico	Mto Equipo Hospitalario	Valor Bruto	Rte Pte	Rte Pte	Rte Pte	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Iva	Total Retenciones	Vr. Neto
																	2,5%	4%	6%	4,14%	6,5%	9,85%	11,04%	0,015%		
6211	21/05/2024	Yidis Zuleyka Rojas Muñoz	37.440.429-8	Telas necesarias para dar Cumplimiento De Acciones Realizadas Por Entorno Educación PIC	41300010309	41300010401	41300020001	41300030001	41300030003	413040701	41300020009	41404001001	415010305	415010401	415020001		85.690								0	85.690,00
6212	21/05/2024	Adomos Rematez SAS	900.562.488-6	Ojos móviles necesarios para dar Cumplimiento De Acciones Realizadas Por Entorno Educación PIC									114.000			114.000								0	114.000,00	
6213	21/05/2024	Eduardo Duran Gómez	13.834.363-5	Autenticación de poderes de porcosas de Cuentas Médica y Cartera de la Subred Centro Oriente E.S.E.						53.788						53.788								0	53.788,00	
6214	21/05/2024	Jesús Andrés Vargas	80.279.953-8	Despiche más parche de rueda trasera derecha para el vehículo administrativo asignado a la Subgerencia de Servicios de Salud con placa OJX989					20.000							20.000								0	20.000,00	
6215	22/05/2024	Wilson Arley Franco	1.023.938.283	Transporte actividades de Gestión de la Tecnología Biomédica			88.500									88.500								0	88.500,00	
6216	23/05/2024	Marcela Morales Joya	1.018.461.633	Transporte actividades de Gestión de la Tecnología Biomédica			97.350									97.350								0	97.350,00	
6217	23/05/2024	Miguel Francisco Lustre Cárdenas	9.141.154	Transporte actividades de Gestión de la Tecnología Biomédica			118.000									118.000								0	118.000,00	
6218	23/05/2024	Fredy Enrique Aguilar	1.090.424	Transporte actividades de gestión ambiente físico			156.100									156.100								0	156.100,00	
6219	23/05/2024	Juan Felipe Fuentes Samiento	1.019.077.311	Transporte actividades de gestión ambiente físico			179.000									179.000								0	179.000,00	
6220	23/05/2024	Adriana Marcela Verrano	1.026.556.096	Transporte actividades de Gestión de la Tecnología Biomédica			150.000									150.000								0	150.000,00	
6221	24/05/2024	Ardes Servicio de Certificación Digital S.A.	900.210.800-1	Firma digital del Agente Especial Interventor para reportes a diferentes Entes.		176.715,00										176.715				1.435			4.232	5.667	171.048,00	
6222	24/05/2024	Pedro P Munevar	79.261.047	Transporte actividades de mantenimiento en unidades de la Subred Centro Oriente E.S.E.			59.000									59.000								0	59.000,00	
6223	27/05/2024	Fanny Constanza Cárdenas García	40.381.815-5	Mantenimiento (cable, lavado de válvulas AGR, limpieza de catalizador, flotante de combustible) para vehículo móvil 6877 de placas JCV 144					1.046.670							1.046.670		36.680						19.751	65.269	993.381,00
6224	27/05/2024	Nelly Camila López Mendoza	1.090.506.604	Transporte actividades de Activos Fijos			121.150									121.150								0	121.150,00	

R. Oford

No. COMP	FECHA	BENEFICIARIO	No. Nit	CONCEPTO	Mater. Y Suminis	Gto Computador	Gto Transporte y Comunicación	Impresos y Publicaciones	Mto ESE	Impos, Tasas, Contribuc, Derechos y Multas	Bienestar E Incentivos	Medicamentos	Adquisiciones de Bienes PIC	Material Médico Quirúrgico	Mto Equipo Hospitalario	Valor Bruto	Rte Fte	Rte Fte	Rte Fte	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Iva	Total Retenciones	Vr. Neto
																	2,5%	4%	6%	4,14%	6,9%	9,85%	11,04%	0,015%		
6225	27/05/2024	Medipro SAS	901.575.074-0	Medicamentos (Sodio Cloruro 20 MEO/10ML solución inyectable), requerida para la totalidad de las unidades de terapia intensiva y unidades de cuidados intensivos para atención a usuarios que acuden a los servicios								1.200.000				1.200.000								0	1.200.000,00	
6226	29/05/2024	ARC Analisis SAS	800.224.033-2	Dispositivos médicos quirúrgicos hospitalarios (frascos de Heteromixglutina M y Medio de Cultivo Líquido Para El Procesamiento De Cariotipos RPMI 1640), necesarios en el Laboratorio de Genética del Hospital La Victoria para el procesamiento de cariotipos										940.100		940.100								0	940.100,00	
6227	29/05/2024	Distribuidora Colombiana de Medicamentos Discolmedeas SAS	828.002.423-5	Medicamentos (vacuna contra hepatitis B adulto Mono dosis 1 ml), requerida para atención de paciente renal crónico que requiere diálisis								241.180				241.180	6.030				998			7.028	234.152,00	
6228	30/04/2024	Carlos Alberto Rodríguez	80.116.493	Sexada de tornillo del soporte del motor del vehículo administrativo de placa OBG 356 perteneciente a la Subred Centro Oriente E.S.E.					70.000							70.000								0	70.000,00	
6229	30/04/2024	Victor Julio Torres Vilches	79.284.394	Revisión y producción de frenos para los vehículos administrativos de p placas OBG 356 y OBG 071 pertenecientes a la Subred Centro Oriente					12.000							12.000								0	12.000,00	
6230	30/04/2024	Elizabet Medina R	41.528.841-6	Tomillos necesarios para revisión y graduación de frenos para los vehículos administrativos de p placas OBG 356 y OBG 071 pertenecientes a la Subred Centro Oriente					5.400							5.400								0	5.400,00	
6231	30/04/2024	Medicox Ltda.	830.142.923-0	Dispositivos médicos quirúrgicos hospitalarios (epiladores con punta de metal) necesarios para el servicio de salud a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.										475.610		475.610	11.850			1.959				13.859	461.751,00	
6232	31/05/2024	Medicox Ltda.	830.142.923-0	Dispositivos médicos quirúrgicos hospitalarios (catéter neonatal intravenoso 28G 1FR 0,17X0,35 mm Pelo de Ángel), necesario para la prestación del servicio de salud a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.										888.284		888.284	22.207			3.678				25.885	862.409,00	
																0								0	-	
																0								0	-	
8208	17/05/2024	Medcore SAS	900.680.489-9	Dispositivos médicos quirúrgicos hospitalarios (sistema de drenaje líquido celiorraquideo o molletero Becker externo), necesario para la prestación del servicio de salud a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.										1.356.348		1.356.348	33.909			5.615				39.524	1.316.824,00	
8219	20/05/2024	Polimed's Farmaceutica SAS	800.151.064-0	Dispositivos médicos quirúrgicos hospitalarios (equipo de neorregulador para el control de la presión arterial en forma intravenosa), requerido de forma inmediata para la paciente Sara Sofía Robles Rojas) quien se encuentra en UCI Pedilítica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.										3.500.000		3.500.000	87.500			14.490				101.990	3.398.010,00	
8228	21/05/2024	Proquilab SAS	800.224.359-2	Dispositivos médicos quirúrgicos hospitalarios (cassete para inclusión con tapa para proceso de tejidos con poco rectangular), necesario para la prestación del servicio de salud en la Subred Centro Oriente E.S.E.										1.306.620		1.306.620	27.450				12.122	31.293		70.665	1.235.755,00	

R. P. P. P. P.

No. COMP	FECHA	BENEFICIARIO	No. NI	CONCEPTO	Mater. Y Suminist	Gto Computador	Gto Transporte y Comunicación	Impresos y Publicaciones	Mto ESE	Impios, Tasas, Contribuc, Derechos y Multas	Bienestar E Incentivos	Medicamentos	Adquisiciones de Bienes PIC	Material Médico Quirúrgico	Mto Equipo Hospitalario	Valor Bruto	Rte Fie	Rte Fie	Rte Fie	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Iva	Total Retenciones	Vr. Neto
																	2,5%	4%	6%	4,14%	6,9%	9,66%	11,04%		
823B	23/05/2024	Emergencias Clínicas SAS	800.105.155-7	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (Cáter temporal recto D/Lumen Adulto 14FR-20 CM, Cáter doble lumen hemoclisis 14 FR X 20 cm), necesarios de manera urgente para atención de pacientes que se encuentran en lista de UCI por enfermedades raras agudas	47132020000001	47132020000001	47132020000001	47132020000001	47132020000001	471840070	47132020000001	47132020000001	47132020000001	47132020000001	47132020000001	2.880.000	72.000			11.923				83.923	2.796.077,00
																</									

YANET SOJA RODRIGUEZ LEGUZAMÓN
Ordinador Gasto - Caja Menor

BLANCA PAULINA SUÁREZ ROSAS
Contable - Caja Menor

COMP.	FECHA	NOMBRE DE PROVEEDOR	NIT	CONCEPTO	No. FACTURA	VALOR	No. ENTRADA ALMACÉN
6187	07/05/2024	Plastic Store SAS	900.924.811-7	Cajas plásticas tapa/bisagrada necesarias para la Farmacia Central del Hospital Santa Clara, para insumos de la Unidad Renal.	FEPS 611	1.317.668,00	76291
6188	08/05/2024	C&B Papeles de Colombia SAS	900.024.204-4	Rollos termicos para el manejo de filas en la administración de turnos en atención al usuario	H 55224	452.200,00	76305
6190	09/05/2024	LM Instruments S.A.	800.077.635-1	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (cánula de traqueotomía pediátrica no fenestrada sin balón No. 3.5), requerido de forma inmediata para la paciente Sara Sofia Robles Rojas) quien se encuentra en UCI Pediátrica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	LM362456	604.222,00	76276
6196	10/05/2024	Jimedical Suministros SAS	900.340.351-3	Válvulas reguladoras para funcionamiento de unidades de odontología y compresores de la USS Candelaria.	JMD3922	653.310,00	76343
6197	10/05/2024	Jimedical Suministros SAS	900.340.351-3	Tanques de reserva de agua para unidades odontológicas requeridos para reemplazo de tanques actuales en la USS Cárcel Distrital.	JMD3921	171.360,00	76369
6198	15/05/2024	Juan Carlos Medaglia Castaño	79.400.392-6	Carcasas de 10" transparente necesarios para cambio periodico de filtros y carcasa para filtrar agua autoclave hospital Santa Clara	FEV2646	324.000,00	76397




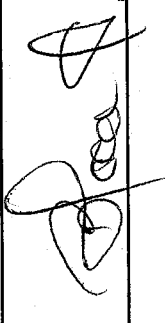

6200	15/05/2024	Distribuidora Colombiana Medicamentos Discolmedicas SAS	828.002.423-5	Medicamentos (Fibrinogeno Polvo Liofilizado + Solventes (sellantes de fibrina) 2 ml (Tisseel Kit 4 Viales), necesarios para el paciente Eber Rafael Romero C.C. 7.911.552 quien se le realizara una Laminectomia, especialidad de neurocirugia en el hospital Santa Clara	FEBT122435	899.305,00	76344
6206	16/05/2024	Bdiaz Hermanos SAS	900.282.582-9	Acople L-125 para bombas de vacio del Hospital Santa Clara	FE-7715	178.500,00	76370
820B	16/05/2024	Medcore SAS	41.528.841-6	Tornillos necesarios para revision y graduación de frenos para los vehiculos administrativos de p lacas OBG 356 y OBG 071 pertenecientes a la Subred Centro Oriente	FEMD 26996	1.316.824,00	76361
822B	17/05/2024	Proquilab SAS	800.224.359-2	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (cassette para inclusión con tapa para proceso de tejidos con poro rectangular.), necesario para la prestación del servicio de salud en la Subred Centro Oriente E.S.E, en el servicio de Patología, solicitado por Catherine Lugo Cristiano Servicios Complementarios	FV8948	1.235.755,00	76433
821B	20/05/2024	Polifarma Polimedic's FarmaceuticaSAS	830.142.523-0	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (aplicadores con punta de nitrato), necesario para la prestación del servicio de salud a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	FE 12733	3.398.010,00	76371

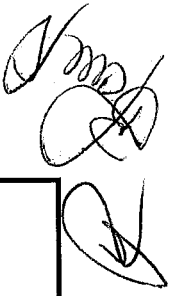
823B	20/05/2024	Emergencias Clínicas SAS	800.105.155-7	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (Catéter temporal recto D/Lumen Adulto 14FR-20 CM, Catéter doble lumen hemodilálisis 14 FR X 20 cm), necesarios de manera urgente para atención de pacientes que se encuentran en la UCI por enfermedades renales agudas	FE-6612	2.796.077,00	76457
6210	21/05/2024	Comercializadora Café Botero SAS	900.334.037-0	Artículo Para Incentivos Programa De Vacunación (Botilto, Tulas, Esfero) Requerido Para Dar Cumplimiento De Acciones Realizadas Por Entorno Gestión Táctica Y Estratégica PIC	FE6612	2.731.848,00	76584
6211	21/05/2024	Yidys Zuleyka Rojas Muñoz	37.440.429-8	Artículo Para Incentivos Programa De Vacunación (Botilto, Tulas, Esfero) Requerido Para Dar Cumplimiento De Acciones Realizadas Por Entorno Gestión Táctica Y Estratégica PIC	FEVA 954	85.680,00	76605
6212	21/05/2024	Adornos Rematex SAS	80.279.993-8	Ojos móviles necesarios para dar Cumplimiento De Acciones Realizadas Por Entorno Eduación PIC	FERE 2204	114.000,00	76606
6225	27/05/2024	Medispro SAS	901.575.074-0	Medicamentos (Sodio Cloruro 20 MEQ/10ML solución inyectable), requerida para la totalidad de las unidades para atención a usuarios que acuden a los servicios	FE136	1.200.000,00	76558
6226	29/05/2024	ARC Análisis SAS	800.224.833-2	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (medio de cultivo líquido para el procesamiento de cariotipos RPMI 1640), necesarios en el Laboratorio de Genética del Hospital La Victoria para el procesamiento de cariotipos	FE-5403	523.600,00	76608

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

6226	29/05/2024	ARC Analisis SAS	800.224.833-2	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (frascos de Fitoheamaglutinina M), necesarios en el Laboratorio de Genética del Hospital La Victoria para el procesamiento de cariotipos, solicitado por Ana del Pilar	FE-5402	416.500,00	76607
6227	29/05/2024	Distribuidora Colombiana de Medicamentos Discolmedicas SAS	828.002.423-5	Medicamentos (vacuna contra hepatitis B adulto Mono dosis 1 ml), requerida para atención de paciente renal crónico que requiere diálisis	FEBT123505	234.152,00	76591
6231	30/05/2024	Medicox Ltda.	830.142.523-0	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (aplicadores con punta de nitrato), necesario para la prestación del servicio de salud a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	FVEC69363	461.751,00	76696
6232	31/05/2024	Medicox Ltda.	830.142.523-0	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (catéter neonatal intravenoso 28G 1FR 0,17X0,35 mm Pelo de Ángel), necesario para la prestación del servicio de salud a los usuarios de la Subred Integrada de	FVEC68657	862.409,00	76702
						19.977.171,00	

	
Vo.Bo. ORDENADOR GASTO	Vo.Bo. CUENTADANTE



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
GASTOS EFECTUADOS POR CAJA MENOR VIGENCIA 2024 RESOLUCION No.040 ENERO 19 DE 2024

CODIGO CCPEI	RUBRO	VALOR ANUAL 2024	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	SALDO
421202010001	GASTOS	454.592.000	0	287.596.60	261.013.6	222.462.32	26.483.806	0	0	0	0	0	0	0	103.599.834	351.392.166
421202010002	Funcionamiento	154.936.000	0	73037.75	7.594.859	46167.68	7.997.139	0	0	0	0	0	0	0	27.512.541	126.843.459
421202010003	Adquisición de bienes y servicios	147.360.000	0	0	715.294.0	43.986.14	37.594.096	0	0	0	0	0	0	0	25.886.987	121.473.013
421202010004	Adquisiciones diferentes de activos	47.360.000	0	67.413.37	87.152.940	43.986.14	7.594.096	0	0	0	0	0	0	0	25.886.987	121.473.013
421202010005	Materiales y suministros	42.516.000	0	25.197.22	12.672.00	106.476.4	1.978.915	0	0	0	0	0	0	0	6.830.601	35.685.399
421202010006	Otros bienes transportables (excepto productos metálicos, maquinaria y equipo)	31.500.000	0	168.361.0	512.200	813.000	1.802.200	0	0	0	0	0	0	0	4.811.010	26.688.990
421202010007	Materiales y Suministros	31.500.000	0	168.361.0	512.200.00	813.000	1802200	0	0	0	0	0	0	0	4.811.010	26.688.990
421202010008	Productos metálicos y paquetes de software	11.016.000	0	836.112	755.000.00	251.764	176.715	0	0	0	0	0	0	0	2.019.591	8.996.409
421202010009	Gastos de Computador	11.016.000	0	836.112	755.000.00	251.764	176.715	0	0	0	0	0	0	0	2.019.591	8.996.409
421202020001	Adquisición de servicios	104.844.000	0	422.161.5	158.574.0	333.385.0	5.615.181	0	0	0	0	0	0	0	19.056.386	85.787.614
421202020002	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	261.461.5	241.595.0	169.163.0	2.501.980	0	0	0	0	0	0	0	9.224.175	29.775.825
421202020003	Gastos de Transporte y Comunicación	39.000.000	0	261.461.5	2.415.950.00	169.163.0	2.501.980	0	0	0	0	0	0	0	9.224.175	29.775.825
421202020004	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción	62.844.000	0	1357.000	321.979.0	139.222.0	2.863.201	0	0	0	0	0	0	0	8.832.211	54.011.789
421202020005	Impresos y Publicaciones	21.600.000	0	357.000	0.00	358.750	386.750	0	0	0	0	0	0	0	1.102.500	20.497.500
421202020006	Mantenimiento ESE	41.244.000	0	100.000.00	3.219.790.00	103.347.0	2.476.451	0	0	0	0	0	0	0	7.729.711	33.514.289
421202020007	Servicios para la comunidad, sociales y personales	3.000.000	0	25.000.00	25.000.00	25.000.00	250.000	0	0	0	0	0	0	0	1.000.000	2.000.000
421202020008	Bienestar e Incentivos	3.000.000	0	25.000.00	25.000.00	25.000.00	250.000	0	0	0	0	0	0	0	1.000.000	2.000.000
421202020009	Gastos por tributos, tasas, contribuciones, multas, sanción	6.996.000	0	562.438	441.919	218.154	403.043	0	0	0	0	0	0	0	1.625.554	5.370.446
4218010001	Impuestos	6.996.000	0	562.438	441.919	218.154	403.043	0	0	0	0	0	0	0	1.625.554	5.370.446
4218040701	Contribución de vigilancia - Superintendencia Nacional de Impuestos y Contribuciones	6.996.000	0	562.438	441.919	218.154	403.043	0	0	0	0	0	0	0	1.625.554	5.370.446
4245010001	Gastos de comercialización y producción	300.636.000	0	214.558.85	185.152.77	176.794.64	18.486.667	0	0	0	0	0	0	0	76.087.293	224.548.707
4245010002	Materiales y suministros	266.724.000	0	192.598.36	174.170.82	176.794.64	17.337.397	0	0	0	0	0	0	0	71.639.379	195.084.621
4245010003	Otros bienes transportables (excepto productos metálicos, maquinaria y equipo)	91.128.000	0	483.162.0	511.300.00	446.175.0	5.366.037	0	0	0	0	0	0	0	19.772.407	71.355.593
4245010301	Medicamentos	54.000.000	0	17.686.20	2.102.500.00	146.175.0	2.367.477	0	0	0	0	0	0	0	7.700.347	46.299.653
4245010305	Adquisición de bienes PIC	37.128.000	0	306.300.00	3.010.500.00	300.000.00	2.998.560	0	0	0	0	0	0	0	12.072.060	25.055.940
4245010401	Productos metálicos, maquinaria y equipo	175.596.000	0	144.282.16	122.99.082	131.677.14	11.971.960	0	0	0	0	0	0	0	51.866.972	123.729.028
4245010402	Material Médico-Quirúrgicos	175.596.000	0	144.282.16	12.299.082.00	131.677.14	11.971.960	0	0	0	0	0	0	0	51.866.972	123.729.028
4245020001	Adquisición de servicios	33.912.000	0	21.960.49	11.03.195	11.03.195	1.148.670	0	0	0	0	0	0	0	4.447.914	29.464.086
4245020002	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
4245020801	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción	28.116.000	0	21.960.49	11.03.195	0	1.148.670	0	0	0	0	0	0	0	4.447.914	23.668.086
4245020802	Mantenimiento Equipos Hospitalarios	28.116.000	0	21.960.49	1.103.195.00	0	1.148.670	0	0	0	0	0	0	0	4.447.914	23.668.086
4245020901	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]

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	516332	Factura:	3105CJM2024	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:	viernes 31 de mayo de 2024 11:32 a. m.	Fecha Vencimiento:	31/05/2024	Plazo:	0 Días
Cuenta:	240101003 - CAJA MENOR				
Cuenta NIIF:	240101003 - CAJA MENOR				
				Valor:	\$ 5.833.632,00
Valor: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.					
Observaciones: REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES MAYO L 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6184 A 6232 Y BANCOS 818 A 824 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS					

CONCEPTOS						
Concepto		Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
116	GASTOS LEGALES	899999061	511164001	7ADM07	Debito	\$ 43.700,00
		Cuenta NIIF: 511164001				
	Porcentaje	Valor Base				
652	MANTENIMIENTO - AMBULANCIA	901515457	738602005	9CVG40	Debito	\$ 283.455,00
		Cuenta NIIF: 738602005				
	Porcentaje	Valor Base				
264	MANTENIMIENTO - SERV AMBU- PROMOCION Y PREVENCION	51639182	731302005	3BLY04	Debito	\$ 90.000,00
		Cuenta NIIF: 731302005				
	Porcentaje	Valor Base				
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	79905787	511123001	7ADM03	Debito	\$ 123.900,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje	Valor Base				
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	19340564	511123001	7ADM04	Debito	\$ 132.750,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje	Valor Base				
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	79988749	511123001	7ADM03	Debito	\$ 79.650,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje	Valor Base				
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1108457098	511123001	7ADM03	Debito	\$ 147.500,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje	Valor Base				
673	IMPRE, PUBLI, SUSCRIP Y AFILI- OTROS SERV CONEXOS A LA SALUD	52362259	738702009	9CVV01-03	Debito	\$ 386.750,00
		Cuenta NIIF: 738702009				
	Porcentaje	Valor Base				

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
900959051

Fecha Actual : miércoles, 05 junio 2024
Página 2/7

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	516332	Factura:	3105CJM2024	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:	viernes 31 de mayo de 2024 11:32 a. m.	Fecha Vencimiento:	31/05/2024	Plazo:	0 Días
Cuenta:	240101003 - CAJA MENOR				
Cuenta NIIF:	240101003 - CAJA MENOR				

Valor: \$ 5.833.632,00
Valor: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.
Observaciones: REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES MAYO L 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6184 A 6232 Y BANCOS 818 A 824 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS

CONCEPTOS						
Concepto	Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor	
669	MANTENIMIENTO-OTROS SERV CONEXOS A LA SALUD	79834318	738702005	2LVT04	Debito	\$ 1.031.881,00
		Cuenta NIIF: 738702005				
	Porcentaje	Valor Base				
44	RETEFUENTE RTEFTE SERVICIOS 4%	52362259	243605005		Credito	\$ 13.000,00
		Cuenta NIIF: 243605005				
04	SERVICIOS GENERALES DECLARANTES	Porcentaje 4,00	Valor Base 325.000,00			
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS	52362259	243627002		Credito	\$ 3.140,00
		Cuenta NIIF: 243627002				
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS	Porcentaje 9,66	Valor Base 325.000,00			
61	RETENCION IVA POR SERVICIOS	52362259	243625002		Credito	\$ 9.263,00
		Cuenta NIIF: 243625002				
21	RETENCION IVA REGIMEN COMUN	Porcentaje 15,00	Valor Base 61.750,00			
43	RETEFUENTE SERVICIOS GENERALES 6%	79834318	243605004		Credito	\$ 61.913,00
		Cuenta NIIF: 243605004				
05	SERVICIOS GENERALES NO DECLARANTES	Porcentaje 6,00	Valor Base 1.031.881,00			
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS	79834318	243627002		Credito	\$ 7.120,00
		Cuenta NIIF: 243627002				
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS	Porcentaje 6,90	Valor Base 1.031.881,00			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	80240526	511123001	7ADM07	Debito	\$ 16.950,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje	Valor Base				

Nombre reporte : PGRPCxP
LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]
Usuario: 38233377

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	516332	Factura:	3105CJM2024	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:	viernes 31 de mayo de 2024 11:32 a. m.	Fecha Vencimiento:	31/05/2024	Plazo:	0 Días
Cuenta:	240101003 - CAJA MENOR				
Cuenta NIIF:	240101003 - CAJA MENOR				

Valor: \$ 5.833.632,00

Valor: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Observaciones: REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES MAYO L 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6184 A 6232 Y BANCOS 818 A 824 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS

CONCEPTOS						
Concepto		Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	79511015	511123001	7ADM07	Debito	\$ 33.900,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje	Valor Base				
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1030638907	511123001	7ADM02	Debito	\$ 38.650,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje	Valor Base				
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	79645078	511123001	7ADM02	Debito	\$ 12.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje	Valor Base				
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	860512330	511123001	7ADM09	Debito	\$ 947.580,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje	Valor Base				
120	VARIOS - GASTOS	80845602	511190002	7ADM02	Debito	\$ 250.000,00
		Cuenta NIIF: 511190002				
	Porcentaje	Valor Base				
116	GASTOS LEGALES	899999007	511164001	7ADM12	Debito	\$ 22.100,00
		Cuenta NIIF: 511164001				
	Porcentaje	Valor Base				
652	MANTENIMIENTO - AMBULANCIA	52487431	738602005	9CVG26	Debito	\$ 20.000,00
		Cuenta NIIF: 738602005				
	Porcentaje	Valor Base				
116	GASTOS LEGALES	13834363	511164001	7ADA01	Debito	\$ 53.788,00
		Cuenta NIIF: 511164001				
	Porcentaje	Valor Base				

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	516332	Factura:	3105CJM2024	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:	viernes 31 de mayo de 2024 11:32 a. m.	Fecha Vencimiento:	31/05/2024	Plazo:	0 Días
Cuenta:	240101003 - CAJA MENOR				
Cuenta NIIF:	240101003 - CAJA MENOR				

Valor: \$ 5.833.632,00

Valor: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Observaciones: REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES MAYO L 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6184 A 6232 Y BANCOS 818 A 824 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS

CONCEPTOS						
Concepto		Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
94	GASTOS MANTENIMIENTO	80279993	511115001	7ADM07	Debito	\$ 20.000,00
		Cuenta NIIF: 511115001				
	Porcentaje	Valor Base				
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1023938283	511123001	7ADM02	Debito	\$ 88.500,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje	Valor Base				
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1018461633	511123001	7ADM02	Debito	\$ 97.350,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje	Valor Base				
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	9141154	511123001	7ADM02	Debito	\$ 118.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje	Valor Base				
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1090423751	511123001	7ADM03	Debito	\$ 156.100,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje	Valor Base				
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1019077311	511123001	7ADM03	Debito	\$ 179.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje	Valor Base				
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1026555096	511123001	7ADM02	Debito	\$ 150.000,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje	Valor Base				
120	VARIOS - GASTOS	900210800	511190002	7ADA08	Debito	\$ 176.715,00
		Cuenta NIIF: 511190002				
	Porcentaje	Valor Base				

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	516332	Factura:	3105CJM2024	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:	viernes 31 de mayo de 2024 11:32 a. m.	Fecha Vencimiento:	31/05/2024	Plazo:	0 Días
Cuenta:	240101003 - CAJA MENOR				
Cuenta NIIF:	240101003 - CAJA MENOR				
				Valor:	\$ 5.833.632,00
Valor: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.					
Observaciones: REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES MAYO L 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6184 A 6232 Y BANCOS 818 A 824 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			
652	MANTENIMIENTO - AMBULANCIA	40381815	738602005	9CVG34	Debito	\$ 1.048.670,00
		Cuenta NIIF: 738602005				
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1090506604	511123001	7ADA12	Debito	\$ 121.150,00
		Cuenta NIIF: 511123001				
	Porcentaje		Valor Base			
94	GASTOS MANTENIMIENTO	80116493	511115001	7ADM07	Debito	\$ 70.000,00
		Cuenta NIIF: 511115001				
	Porcentaje		Valor Base			
94	GASTOS MANTENIMIENTO	79284394	511115001	7ADM07	Debito	\$ 12.000,00
		Cuenta NIIF: 511115001				
	Porcentaje		Valor Base			
94	GASTOS MANTENIMIENTO	41528484	511115001	7ADM07	Debito	\$ 5.400,00
		Cuenta NIIF: 511115001				
	Porcentaje		Valor Base			
43	RETEFUENTE SERVICIOS GENERALES 6%	80845602	243605004		Credito	\$ 15.000,00
		Cuenta NIIF: 243605004				
05	SERVICIOS GENERALES NO DECLARANTES	6,00	Valor Base	250.000,00		
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS	80845602	243627002		Credito	\$ 2.415,00

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	516332	Factura:	3105CJM2024	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:	viernes 31 de mayo de 2024 11:32 a. m.	Fecha Vencimiento:	31/05/2024	Plazo:	0 Días
Cuenta:	240101003 - CAJA MENOR				
Cuenta NIIF:	240101003 - CAJA MENOR				
				Valor:	\$ 5.833.632,00

Valor: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Observaciones: REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES MAYO L 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6184 A 6232 Y BANCOS 818 A 824 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS

CONCEPTOS							
Concepto			Tercero Cuenta NIIF: 243627002	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS	Porcentaje	9,66	Valor Base	250.000,00		
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS	900210800		243627002		Credito	\$ 1.435,00
			Cuenta NIIF: 243627002				
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS	Porcentaje	9,66	Valor Base	148.500,00		
61	RETENCION IVA POR SERVICIOS	900210800		243625002		Credito	\$ 4.232,00
			Cuenta NIIF: 243625002				
21	RETENCION IVA REGIMEN COMUN	Porcentaje	15,00	Valor Base	28.215,00		
44	RETEFUENTE RTEFTE SERVICIOS 4%	40381815		243605005		Credito	\$ 36.680,00
			Cuenta NIIF: 243605005				
04	SERVICIOS GENERALES DECLARANTES	Porcentaje	4,00	Valor Base	917.000,00		
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS	40381815		243627002		Credito	\$ 8.858,00
			Cuenta NIIF: 243627002				
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS	Porcentaje	9,66	Valor Base	917.000,00		
61	RETENCION IVA POR SERVICIOS	40381815		243625002		Credito	\$ 19.751,00
			Cuenta NIIF: 243625002				
21	RETENCION IVA REGIMEN COMUN	Porcentaje	15,00	Valor Base	131.670,00		
CUOTAS							
No. Cuota	Fecha Vencimiento					Valor	
1	31/05/2024					\$ 5.833.632,00	
Total Cuotas:					\$ 5.833.632,00		

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

900959051

Fecha Actual : miércoles, 05 junio 2024
Página 7/7

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	516332	Factura:	3105CJM2024	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:	viernes 31 de mayo de 2024 11:32 a. m.	Fecha Vencimiento:	31/05/2024	Plazo:	0 Días
Cuenta:	240101003 - CAJA MENOR				
Cuenta NIIF:	240101003 - CAJA MENOR				

Valor: \$ 5.833.632,00
Valor: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.
Observaciones: REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES MAYO L 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6184 A 6232 Y BANCOS 818 A 824 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS

CUOTAS		
No. Cuota	Fecha Vencimiento	Valor
ELABORO		REVISO

LISTADO AUXILIAR GENERAL

DESDE EL 01/05/2024 AL 31/05/2024 DESDE LA CUENTA 240101003 HASTA LA CUENTA 240101003 DESDE EL TERCERO 00000000000000000000 HASTA EL TERCERO 99999999999999999999

CUENTA CONTABLE			TERCERO	CENTRO COSTO				
CODIGO CONSEC.	FECHA	DETALLE	NO. DOC	ESTADO	VALOR DEBITO	VALOR CREDITO	SALDO	
240101003		CAJA MENOR						
NT 900959051		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					Saldo Inicial:	21.608.248,00
EGB	497616	03/05/2024	Tesoreria Comprobante de Egreso N° 000000000521451	000000000521	Confirmado	22.246.232,00	0,00	-637.984,00
REC	493498	08/05/2024	Tesoreria Recibo de Caja N° 000000000524744	000000000524	Confirmado	0,00	638.084,00	100,00
NDP	7695	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12811	12811	Confirmado	0,00	824.670,00	824.770,00
NDP	7700	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12816	12816	Confirmado	0,00	1.200.000,00	2.024.770,00
NDP	7701	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12817	12817	Confirmado	0,00	940.100,00	2.964.870,00
NDP	7694	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12810	12810	Confirmado	0,00	604.222,00	3.569.092,00
NDP	7696	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12812	12812	Confirmado	0,00	324.000,00	3.893.092,00
NDP	7697	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12813	12813	Confirmado	0,00	2.731.848,00	6.624.940,00
NDP	7698	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12814	12814	Confirmado	0,00	85.680,00	6.710.620,00
NDP	7699	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12815	12815	Confirmado	0,00	114.000,00	6.824.620,00
NDP	7702	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12818	12818	Confirmado	0,00	234.152,00	7.058.772,00
NDP	7703	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12819	12819	Confirmado	0,00	1.324.160,00	8.382.932,00
NDP	7704	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12820	12820	Confirmado	0,00	899.305,00	9.282.237,00
NDP	7705	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12821	12821	Confirmado	0,00	178.500,00	9.460.737,00
NDP	7707	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12823	12823	Confirmado	0,00	1.316.824,00	10.777.561,00
NDP	7708	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12824	12824	Confirmado	0,00	3.398.010,00	14.175.571,00
NDP	7709	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12825	12825	Confirmado	0,00	1.235.755,00	15.411.326,00
NDP	7710	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12826	12826	Confirmado	0,00	2.796.077,00	18.207.403,00
DCXP	416538	31/05/2024	REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES MAYO L 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6184 A 6232 Y BANCOS 818 A 824 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS (Cuenta por Pagar Factura 3105CJM2024)	CxP 516332	Confirmado	0,00	5.833.632,00	24.041.035,00
NDP	7687	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12801	12801	Confirmado	0,00	1.317.668,00	25.358.703,00
NDP	7690	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12806	12806	Confirmado	0,00	452.200,00	25.810.903,00
NDP	7712	31/05/2024	Confirmación de la Nota de Pagos 12828	12828	Confirmado	5.833.632,00	0,00	19.977.271,00
NDP	7712	31/05/2024	Confirmación de la Nota 12828	12828	Confirmado	0,00	5.833.632,00	25.810.903,00
TOTAL DE LA CUENTA :						28.079.864,00	32.282.519,00	
GRAN TOTAL :						28.079.864,00	32.282.519,00	



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

Bogotá, 04 de junio 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 Mayo de 2024

Respetado doctor Parrado:

Cordial saludo, la presente tiene como finalidad remitirle Conciliación correspondiente al mes de Mayo 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.

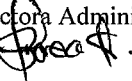

YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN

Directora Administrativa

Anexo: Tres (3) folios

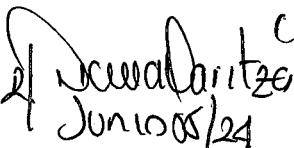

Aprobó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa

Revisó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa

Elaboró: Blanca Paulina Suárez Rosas, Secretaria 

Diagonal 34 No. 5 - 43
Conmutador: 3444484
www.subredcentrooriental.gov.co
Código Postal: 110311



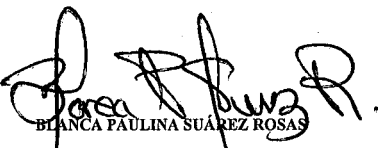

21 de Junio 2024
4:10 pm
copia

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
CONCILIACION BANCARIA BANCO DAVIVIENDA CAJA MENOR SUBRED CENTRO ORIENTE
CUENTA CORRIENTE N. 008469999208
MES MAYO DE 2024

			EXTRACTO	LIBRO
MAS		SALDO A COMPARAR	9.850.911,00	9.850.911,00
	A	Consignaciones No Registradas		
	B	Notas Crédito		
	C	Ajustes		
SUMAS			9.850.911,00	9.850.911,00
MENOS		Cheques En Mano		
	D	Notas Débito		
	E			
	F	Ajustes		
M			9.850.911,00	9.850.911,00

		EXPLICACION	
MAS		TOTAL	0,00
C. AJUSTES			
MAS EN LIBROS			
FECHA	CONCEPTO	VALOR	
MENOS		TOTAL C	0,00
D. CHEQUES EN MANO			
FECHA	No. CHQ	BENEFICIARIO	VALOR
		TOTAL D	
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: MAYO /2024

Apreciado Cliente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
gerencia@subredcentrooriente.gov.co

Saldo Anterior	\$18,418,462.00	Días Sobregiro	0
Más: Créditos	\$22,246,232.00	Interés de Sobregiro	\$0.00
Menos: Débitos	\$30,813,783.00	Tasa Sobregiro	31.53% E.A
Nuevo Saldo	\$9,850,911.00	Tasa Mora	31.53% E.A

Fecha Día Mes	Clase de Movimiento	Oficina	Doc.	Valor	Saldo
06 05	Abono Transferencia 0550008400747591 9009590517 TRANSFERENCIA TERCEROS	PORTAL-EMPRESARIAL	9334	\$22,246,232.00+	\$40,664,694.00+
06 05	Cheque Pagado por Proceso de Canje	BTA CENTRO CANJE	9507	\$2,717,664.00-	\$37,947,030.00+
07 05	Cheque Pagado por Ventanilla	BTA SANTA ISABEL	9524	\$5,000,000.00-	\$32,947,030.00+
15 05	Cheque Pagado por Ventanilla	BTA SANTA ISABEL	9538	\$5,000,000.00-	\$27,947,030.00+
22 05	Cheque Pagado por Proceso de Canje	BTA CENTRO CANJE	9555	\$3,398,010.00-	\$24,549,020.00+
23 05	Cheque Pagado por Proceso de Canje	BTA CENTRO CANJE	9569	\$1,235,755.00-	\$23,313,265.00+
27 05	Cheque Pagado por Ventanilla	BTA SANTA ISABEL	9586	\$5,000,000.00-	\$18,313,265.00+
28 05	Cheque Pagado por Proceso de Canje	BTA CENTRO CANJE	9541	\$1,316,824.00-	\$16,996,441.00+
30 05	Cheque Pagado por Proceso de Canje	BTA CENTRO CANJE	9572	\$2,796,077.00-	\$14,200,364.00+
30 05	Cheque Pagado por Proceso de Canje	BTA CENTRO CANJE	9498	\$4,349,453.00-	\$9,850,911.00+



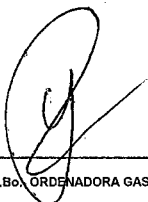
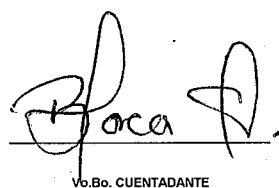
LA IMPORTANCIA DEL AHORRO
SE VE EN UN FUTURO MÁS FELIZ,
CONSTRÚYALO CON SUS CUENTAS DE AHORRO
Y CORRIENTE DAVIVIENDA.

Interés de Sobregiro: 2.31 % M.V. 31.53 % 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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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	11.351.345,00		11.351.345,00
07/05/2024	Comprobante -818- cheque 92952-4 Gastos Efectivo		5.000.000,00	6.351.345,00
08/05/2024	Abono por transferencia reembolso mes Abril de 2024	22.246.232,00		28.597.577,00
15/05/2024	Comprpbante -819- cheque 92953-8 Gastos Efectivo		-5.000.000,00	23.597.577,00
17/05/2024	Comprobante -820- cheque 92954-1 Medcore SAS Fra. FEMD 26996		1.316.824,00	22.280.753,00
20/05/2024	Comprobante -821- cheque 92955-5 Polimedic's Farmacéuticas SAS, Fra. FE12733		3.398.010,00	18.882.743,00
21/05/2024	Comprobante -822- cheque 92956-9 Proquilab SAS, Fra. FV8948		1.235.755,00	17.646.988,00
23/05/2024	Comprobante -823- cheque 92957-2 Emergencias Clinicas, Fra. FE6612		2.796.077,00	14.850.911,00
27/05/2024	Comprobante -824- cheque 92958-6 Gastos Efectivo		5.000.000,00	9.850.911,00
	Cierre Mayo de 2024	33.597.577,00	23.746.666,00	
	Saldo que pasa		9.850.911,00	
	Sumas Iguales	33.597.577,00	33.597.577,00	
	Saldo que pasa	9.850.911,00		9.850.911,00
<div><div> Vo.Bo. ORDENADORA GASTO</div><div> Vo.Bo. CUENTADANTE</div></div>				