1

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°:	6233	**FECHA**	05/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	IMPUESTOS TASAS DERECHOS CONTRIBUCIONES Y MULTAS		
VALOR:	$673.003,00		
LA SUMA DE:	SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRES 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 MAYO DE 2024 EN LA CAJA MENOR DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

30 06 JUN 2024

2

DAVIVIENDA

(92)02500588468542

FORMATO DE CONVENIOS EMPRESARIALES

DATOS DEL CONVENIO

Nombre del convenio: Subred Centro Oriente ESE

Código convenio (no cuenta): 0084 0074591

Referencia 1: 900.959.051-7

Referencia 2:

No. factura	Valor	No. factura	Valor

Sello del cajero

FORMA DE PAGO RECAUDO / PLANILLA

○ Efectivo ○ Cheque

CARGO A CUENTA O TARJETA DE CRÉDITO

○ Cuenta de Ahorro ○ Cuenta Corriente ○ Tarjeta de Crédito*

No. cuenta / tarjeta (origen fondos)

No. de cuotas

RELACIÓN DE CHEQUES LOCALES

Código banco	No. Cheque	No. cuenta del cheque	Valor

Total efectivo / Cargo a cuenta o Tarjeta $ 673.003

○ No. cheques Total cheque $

Total $ 673.003

COBRO POR VENTANILLA

Nombre del beneficiario:

Identificación del beneficiario:

Valor a cobrar $

PAGO DE PLANILLA

○ Planilla asistida ○ Pin único

Número planilla / Pin único

Periodo liquidado (AAAA/MM)

DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCIÓN

Nombre y apellidos: Sara Sanchez

Teléfono: 3282828 Ciudad: Bogotá

Documento identidad: ○ CC ○ CE ○ TI ☒ NIT No. documento: 900.959.051-7

Firma de quien realiza la transacción

Huella

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

- BANCO -

Banco Davivienda S.A.

VERIFICAR información impresa en el cheque

BANCO DAVIVIENDA
Recaudo Empresarial
Fecha: 05/06/2024 Hora: 15:33:17
Jornada: Normal
Oficina: 0070
Terminal: CJ0070W103
Usuario: I5M
DATOS DEL CONVENIO
Nombre del Convenio:
SUBRED INTE DE SERV DE SALUD CEN
Cuenta Convenio:**********7591
Código Convenio: 01154954
No. Referencia 1: 9009590517
No. Referencia 2:

Forma de Pago: Efectivo
Vr. Total: $673,003.00
Costo transacción: $0.00
No. Transacción: 383294
Quien realiza la transacción
Tipo Id: CC
Número Id: 9009590517
Transacción exitosa en línea
Por favor verifique que la
información impresa es correcta.

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

CENTRO ORIENTE E.S.E.
900959051

3

Fecha Actual : miércoles, 12 junio 2
Página 1/1

RECIBO DE CAJA

SANDRA MARINA MORENO JIMENEZ

Número : 000000000533123

CONSECUTIVO 000000000533123 **ESTADO** Confirmado
FECHA DEL RECIBO 6/06/2024 11:11:51 a. m. **VALOR** $ 673.003,00
TERCERO 900959051 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
CENTRO DE COSTO
DETALLE REINTEGRO DE IMPUESTOS MES DE MAYO 2024 - IMPUESTOS GENERADOS EN EL MES DE MAYO 2024 EN LA CAJA MENOR DE LA SUBRED INTEGRADADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE - CONSIGNACION REALIZADA EL 05 DE JUNIO DE 2024
VALOR EN LETRAS SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.
RECAUDO NRO
USUARIO CREA SANDRA MARINA MORENO JIMENEZ

FORMAS DE PAGO

vr Efectivo :	$ 673.003,00	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 Nº 008400747591	900959051		111006001	$ 673.003,00	$ 0,00
88	REINTEGRO CAJA MENOR - COMPRAS	900959051		240101003	$ 0,00	$ 673.003,00

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]

4

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6234	**FECHA**	06/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	**MANTENIMIENTO ESE**		
VALOR:	**$237.000,00**		
LA SUMA DE:	**DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS M.CTE.**		
CONCEPTO:	**FACTURA FELE-131071 LUBRICANTES ESCAMILLA LTDA. NIT 901.087.925-1 SUMINISTRO DE ACEITE Y FILTROS PARA EL VEHÍCULO DE PLACA OBG336 ASIGNADO PARA SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE LA SEDE ADMINISTRATIVA CALLE 34 (GERENCIA), SDLICITADO POR DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE, LIDER TRANSPSORTE.**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

ok 12856

5

LUBRICANTES ESCAMILLA 51 AÑOS

NIT: 901087925-1
CARRERA 23A# 1-19 - BOGOTA
601 2468290

FACTURA DE VENTA: ELECTRONICA **FELE- 131071**

FECHA: JUNIO 05 DE 2024 11:35:32
CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
NIT: 900959051-7
DIR: DIAG 34 NO15-43

PLACA: OBG336 OPERARIO: 4
KM: 403906 PROX: 408906

COD.	CANT.	%IVA		VR UNIT.	VR TOTAL
UNIDAD	1.00		FILTRO ACEITE NISSAN/ CHEVROLET		
3PF049		19%		19,327	22,999
UNIDAD	1.00		FILTRO AIRE TOYOTA RAV 2006 FELPA BYD S6		
5PF704		19%		41,176	48,999
GRANEL	5.00		MOBIL SUPER 1000 20W50 API SN GRANEL		
1MO20W5		0%		33,000	165,000

SUBTOTAL	225,504
IVA	11,495
TOTAL	237,000

Cant Items: 3

T. CRED.:	0
T. DEB.:	0
TRANSF.:	0
EFEC.:	0

RECIBIDO: 237,000
DEVUELTO: 0

IVA REGIMEN COMUN
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
ACTIVIDAD ECONOMICA 4711 TARIFA 11.04 X 1000
RES DIAN Nº 18764063284571 DE 2024/01/04
AUTORIZACION DESDE EL FELE -1 HASTA FELE-5.000.000
ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS
SUS EFECTOS LEGALES A LA LETRA DE CAMBIO ART.774 CC
Factura electronica o por computador generada por
Mersoft S.A.S NIT 901.190.597-7
www.merlin.com.co
Proveedor tecnológico The factory HKA Colombia SAS
NIT 900390126-6

LUBRICANTES ESCAMILLA 51 AÑOS

NIT: 901087925-1
CARRERA 23A# 1-19 - BOGOTA
601 2468290

FACTURA DE VENTA: ELECTRONICA **FELE- 131071**

FECHA: JUNIO 05 DE 2024 11:35:32
CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
NIT: 900959051-7
DIR: DIAG 34 NO15-43

PLACA: OBG336 OPERARIO: 4
KM: 403906 PROX: 408906

COD.	CANT.	%IVA		VR UNIT.	VR TOTAL
UNIDAD	1.00		FILTRO ACEITE NISSAN/ CHEVROLET		
3PF049		19%		19,327	22,999
UNIDAD	1.00		FILTRO AIRE TOYOTA RAV 2006 FELPA BYD S6		
5PF704		19%		41,176	48,999
GRANEL	5.00		MOBIL SUPER 1000 20W50 API SN GRANEL		
1MO20W5		0%		33,000	165,000

SUBTOTAL	225,504
IVA	11,495
TOTAL	237,000

Cant Items: 3

T. CRED.:	0
T. DEB.:	0
TRANSF.:	0
EFEC.:	0

RECIBIDO: 237,000
DEVUELTO: 0

IVA REGIMEN COMUN
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
ACTIVIDAD ECONOMICA 4711 TARIFA 11.04 X 1000
RES DIAN Nº 18764063284571 DE 2024/01/04
AUTORIZACION DESDE EL FELE -1 HASTA FELE-5.000.000
ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS
SUS EFECTOS LEGALES A LA LETRA DE CAMBIO ART.774 CC
Factura electronica o por computador generada por
Mersoft S.A.S NIT 901.190.597-7
www.merlin.com.co
Proveedor tecnológico The factory HKA Colombia SAS
NIT 900390126-6

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

6 JUN 2024

Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO

6

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141004113381

(415)7707212489984(8020)000014100411338 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 1 0 8 7 9 2 5 — 6. DV 1 — 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 3 2 — 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: LUBRICANTES ESCAMILLA LTDA

36. Nombre comercial: "LUBRICANTES ESCAMILLA". — 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 23 A 1 19

42. Correo electrónico: lubriescamilla72@gmail.com

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

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
4 7 3 2	2 0 1 7 0 6 0 1	4 5 2 0	2 0 1 7 0 6 0 1	6 5 1 1			2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 7 9 1 4 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios 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 ☒ — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2024 - 04 - 04 / 10 : 54 : 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. Nombre: ESCAMILLA HERNANDEZ CLAUDIA LILIANA
985. Cargo: Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF 04-04-2024 10:55:57AM

AUTOS MONGUI SAS

NIT. 830.006.596-6

MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHÍCULOS

Bogotá D.C., 28 de mayo de 2024

Señores:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Atn. GERENTE
JUAN CARLOS PERILLA MONROY - SUPERVISOR

REF: SUSPENSIÓN MANTENIMIENTOS DE VEHICULOS POR INCUMPLIMIENTOS DE PAGO DEL CONTRATO Y SOLICITUD DE PAGO DE LOS COMPROMISOS VENCIDOS CON INTERESES DE MORA

Por medio de la presente, estando dentro de la ejecución del contrato de prestación de servicios No. 02-BS-013-2021 celebrado entre la Subred y Autos Mongui SAS, cuyo objeto consiste en "La prestación del servicio de mantenimiento integral preventivo y correctivo para los vehículos que conforman el parque automotor de propiedad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. y de los que llegare a ser legalmente responsable", el cual tuvo como fecha de inicio el día 01 de Julio de 2021 y de acuerdo a los siguientes ANTECEDENTES:

1. Que a la fecha la entidad presenta una deuda total de facturas vencidas por **$127.940.257,47=**
2. Que teniendo en cuenta que el régimen jurídico del contrato es un contrato de derecho privado, que el plazo máximo de pago de las facturas es de 90 días y que, dentro de las obligaciones contractuales por parte de la entidad, se encuentra la de cancelar el valor del contrato de acuerdo al plazo pactado, se configura UN INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO POR PARTE DE LA ENTIDAD.
3. Solicitamos que la entidad aclarare la fecha próxima de pago y que dentro del mismo pago se contemplen los intereses moratorios que contempla la ley por no pago de las obligaciones pactadas.

Por todo lo anterior, sin que a la fecha exista respuesta de pago alguno, y teniendo en cuenta que existe un incumplimiento de pago por parte de la entidad, nuestra empresa como contratista suspenderá los mantenimientos de los vehículos de la entidad, hasta tanto no se realice el pago de las facturas vencidas a más de 90 días.

Finalmente solicitamos a la entidad, poder realizar una mesa de trabajo con el fin de llegar a un acuerdo de pago de las facturas vencidas en el menor tiempo posible. Y de igual manera

NIT. 830.006.596-6

MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHÍCULOS

se concrete una mesa de trabajo con el nuevo equipo liquidador que tiene la entidad, con el fin de no suspender los servicios.

Quedamos atentos a su cordial respuesta. Atentamente,

MANUEL EDUARDO MONGUI ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 9.531.645
AUTOS MONGUI SAS
NIT. 830.006.596-6

www.autosmongui.com

Carrera 23 No. 8-62/66 Tels. 247 7870 - 2476477 – 321 2199708

Bogotá D.C., Colombia

9

NIT. 830.006.596-6

MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHÍCULOS

Bogotá D.C., 02 de abril de 2024

Señores:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Atn. GERENTE
JUAN CARLOS PERILLA MONROY - SUPERVISOR

REF: SUSPENSIÓN MANTENIMIENTOS DE VEHICULOS POR INCUMPLIMIENTOS DE PAGO DEL CONTRATO.

Por medio de la presente, estando dentro de la ejecución del contrato de prestación de servicios No. 02-BS-013-2021 celebrado entre la Subred y Autos Mongui SAS, cuyo objeto consiste en "La prestación del servicio de mantenimiento integral preventivo y correctivo para los vehículos que conforman el parque automotor de propiedad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. y de los que llegare a ser legalmente responsable", el cual tuvo como fecha de inicio el día 01 de Julio de 2021 y de acuerdo a los siguientes ANTECEDENTES:

1. Que a la fecha la entidad presenta una deuda total de facturas vencidas por **$73.208.155,59=**

2. Que teniendo en cuenta que el régimen jurídico del contrato es un contrato de derecho privado, que el plazo máximo de pago de las facturas es de 90 días y que, dentro de las obligaciones contractuales por parte de la entidad, se encuentra la de cancelar el valor del contrato de acuerdo al plazo pactado, se configura UN INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO POR PARTE DE LA ENTIDAD.

Por todo lo anterior, sin que a la fecha exista respuesta de pago alguno, y teniendo en cuenta que existe un incumplimiento de pago por parte de la entidad, nuestra empresa como contratista suspenderá los mantenimientos de los vehículos de la entidad, hasta tanto no se realice el pago de las facturas vencidas a más de 90 días.

Finalmente solicitamos a la entidad, poder realizar una mesa de trabajo con el fin de llegar a un acuerdo de pago de las facturas vencidas en el menor tiempo posible.

10

NIT. 830.006.596-6

MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHÍCULOS

Quedamos atentos a su cordial respuesta. Atentamente,

MANUEL EDUARDO MONGUI ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 9.531.645
AUTOS MONGUI SAS
NIT. 830.006.596-6

11

CENTRO DE LUBRICACIÓN AUTOMOTRIZ
NIT: 4046234-1

LUBRY-MAK

AV CARRRERA 50 # 4B-29
Tel: 8 02 45 20
Cel: 317 679 01 81
administracion@lubrimak.com

Cliente	SUB RED CENTRO ORIENTE	Orden de servicio	31334	Estado orden	COTIZACIóN
Identificación	NIT900959051	Fecha emisión	2024-06-04	Fecha vencimiento	
Correo					

Dirección	Ciudad	Teléfono

Vehículo	TOYOTA RAV 4			Kilometraje	0
Placa	000	Cantidad de aceite (1/4)	5	Próximo cambio	6000
Lubricador					

#	Producto - Descripción	U. Medida	Cantidad	Valor Unitario	Impuesto / IVA	Total
1	MOBIL 20W50 GL - Aceite	GLL	1	$ 130.000,00	$ 0,00	$ 130.000,00
2	MOBIL 20W50 1/4 SELLADO - Aceite	QT	1	$ 35.000,00	$ 0,00	$ 35.000,00
3	HCX 7 FRANIG - Filtro Aceite	94	1	$ 13.445,00	$ 2.555,00	$ 16.000,00
4	AIP 704 - Filtro Aire	94	1	$ 29.412,00	$ 5.588,00	$ 35.000,00

Pasados treinta (30) días, no damos garantía por trabajos realizados.
Después de retirada la mercancía del centro de lubricación no se responde por ningún reclamo.

Recibido por: _____

FORMA DE PAGO	
Efectivo	$ 0,00
Tarjeta D/C	$ 0,00
Saldo	$ 216.000,00
PAGADO	$ 0,00

TOTALES	
Subtotal	$ 207.857,00
Impuestos / IVA	$ 8.143,00
Descuentos	$ 0,00
TOTAL NETO	$ 216.000,00

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 / 05 DE JUNIO DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE
ÁREA / DEPENDENCIA	TRANSPORTE
CENTRO DE COSTO	511115001 7ADM07
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	HOSPITAL SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

SUMINISTRO DE ACEITE Y FILTROS PARA EL VEHICULO DE PLACA OBG336 ASIGNADO PARA LA GERENCIA

3. JUSTIFICACIÓN

SUMINISTRO DE ACEITE Y FILTROS PARA EL VEHICULO DE PLACA OBG336 ASIGNADO PARA SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE LA SEDE ADMINISTRATIVA DE LA SEDE DE LA CALLE 34

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Diana Sandoval
Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo Ó Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

EL INSUMO SOLICITADO SE ENCUENTRA CONTEMPLADO EN EL CONTRATO DE MANTENIMIENTO DE PARQUE AUTOMOTOR, EL CUAL A LA FECHA SE ENCUENTRA SUSPENDIDO, POR LO TANTO, SE SOLICITA REALIZAR ESTE REQUERIMIENTO CON RECURSOS DE CAJA MENOR

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

Fecha Actual : martes, 11 junio 2024

13

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000076725

PROVEEDOR:	LUBRICANTES ESCAMILLA LTDA	**NIT:** 901087925		**FECHA:**	11/06/2024 10:42 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 23 A N 1 - 39			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3022042918			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FELE131071	**% ICA:** 0,0000	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	06/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
152RM015094	FILTRO DE ACEITE VEHICULO	UNIDAD	1,00	$19.327,00	$19.327,00	0,00	19,00
152RM013493	FILTRO AIRE	UNIDAD	1,00	$41.177,00	$41.177,00	0,00	19,00
152RM015095	ACEITE DE MOTOR 20 W 50 API	FRASCO	5,00	$33.000,00	$165.000,00	0,00	0,00

DETALLE

FACTURA FELE - 131071 CAJA MENOR

TOTAL COMPROBANTE:

DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

SUBTOTAL:	$225.504,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$11.496,00
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:	$237.000,00

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Elaboró: | Revisó Almacen | Revisado Impuestos:

6234

14

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	6235	**FECHA**	06/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MEDICAMENTOS		
VALOR:	$732.050,00		
LA SUMA DE:	SETECIENTOS TREINTA Y DOS MIL CINCUENTA PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA BS 4227 BONNE SANTÉ GROUP SAS NIT 901.256.347-8 MEDICAMENTOS (LUGOL, SUFATO FÉRRICO, ÁCIDO 3% Y 85%), NECESARIOS PARA PREPARACIONES MAGISTRALES PARA LA REALIZACIÓN DE COLPOSCOPIAS EN EL HOSPITAL LA VICTORIA., SOLICITADO POR ALEXIS ORJUELA ANGULO, SERVICIOS FARMACÉUTICO HOSPITAL SANTA CLARA.		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

BONNE SANTE GROUP SAS
NIT 901,256,347-8

Bonne Santé GROUP

RESPONSABLE DE IVA
ACTIVIDAD ECONÓMICA 4645 - 8621
AV 19 152 A 14 Tel: 3134985698
E-mail: g.financiero.bsgs@gmail.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

BS 4227

RESOLUCION DIAN No.18764054187522 FECHA: 22/08/2023
NUMERACIÓN DE AUTORIZADA DEL No. BS 2501 AL BS 4999 VIGENCIA 12 MESES.

FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO	Señor (ES):
04 | 06 | 2024	04 | 07 | 2024	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

NIT O C.C.	Dirección:	Ciudad:	Tel:	Forma de Pago:
900959051-7	DG 34 5 43	BOGOTÁ	3444484	CREDITO 30 O MENO

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION	IVA %	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
LGL	1	LUGOL SOLUCIÓN FCO*250 ML	0 %	$243,000	$243,000
ACTC	1	ACIDO ACETICO AL 3% FCO*500 ML	0 %	$42,000	$42,000
ACTC250	1	ACIDO ACETICO 85% FCO*250 ML	0 %	$49,950	$49,950
SM250	2	SOLUCIÒN MONSELL FCO*250 ML	0 %	$198,550	$397,100

Cancelado en efectivo
19/06/24
Andres ordón se A.
1075812269

SON
SETECIENTOS TREINTA Y DOS MIL CINCUENTA PESOS MCTE

NOTA: Esta Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a la Letra de Cambio según Artículo 774 del Código de Comercio.
REM:2024657

SUB-TOTAL $	$732,050
I.V.A $	$0
RETEFUENTE	$0
RETEICA	$0
TOTAL $	**$732,050**

BONNE SANTE GROUP SAS

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
4 JUN 2024
FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE

FECHA DE RECIBIDO

Fecha G. 4/06/2024 12:54:49 p. m.
Fecha Ex. 4/06/2024 12:54:49 p. m.
Email maryoliruiz@hotmail.com
CUFE 21cce05375f74122658f147954487a32351ec212e2da3a084a5a3256b71c1898703d4c24a13d205ad8a6b36629e9953a

Impresa por Digital Sigma ERP - 830.106.032-3
Factura Emitida por Factura 1 sas Nit 900.875.062-6

16

Bonne Santé GROUP

Bogotá D.C, 19 de junio de 2024

Señores:
SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Aten.: Blanca Suarez
Dirección Administrativa

Asunto: Autorización de Pago

Yo, **IVONNE ANDREA GALLO POSADA**, identificada con cédula de ciudadanía 52.421.379, en calidad de representante legal de la empresa **BONNE SANTÉ GROUP SAS** con Nit. 901256347-8, domiciliada en la AV CRA 19 152 A 14, Bogotá- Colombia, autorizo mediante el presente documento que le sea entregado el valor correspondiente al pago de la Factura #4227 al señor ANDRÉS ORDOÑEZ ALDANA, identificado con cédula N. 1.071.581.269, titulo valor emitido a nuestro favor, el cual será pagado en efectivo.

Sin más particulares,

Agradecemos su atención y colaboración

Cordialmente,

Andrea Gallo

ANDREA GALLO POSADA
GERENTE GENERAL
Correo: ggeneral@bonnesante.com.co
Teléfono: +57 313 4985698
Dirección: Avenida Carrera 19 #152ª-14, Bogotá, Colombia

19

Bonne Santé GROUP

Remisión

Número #: **2024657**

Bonne Santé Group S.A.S.
NIT: 901.256.347-8
Dirección: Av. Cra. 19 #152A-14
Ciudad: Bogotá
Teléfono: +57 322 4433902
Correo: g.financiero.bsgs@gmail.com
Forma de pago: Contado

Razón Social: SEBRED CENTRO ORIENTE
NIT: HOSPITAL SANTA CLARA

Fecha: 04/06/2024

MARCA	PRODUCTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	LOTE
OCA	ÁCIDO ACETICO AL 85% F.V.12-2027	FCO*250 ML	1	230524
OCA	ÁCIDO ACETICO AL 3% F.V.12-2027	FCO*500 ML	1	230524
OCA	LUGOL COLCOPIAS F.V.12/2027	FCO*250 ML	1	230524
FAGRON	SOLUCIÓN MONSELL F.V.05-2025	FCO*250 ML	2	24E27-CO11

Por políticas de la compañía y en la búsqueda de mejorar la calidad de nuestro servicio, solicitamos a nuestros clientes verificar la mercancía una vez sea entregada, ya que luego de ser recibida a satisfacción no se admiten devoluciones. Confirma que conoce la información técnica del producto y coincide con su necesidad. Si presenta alguna novedad con su producto en el momento de la entrega, por favor notificarlo al siguiente correo: ggeneral.bsgs@gmail.com. Esto, con el fin de atender a su solicitud de inmediato. De lo contrario, se dará por entendido que el producto fue recibido a satisfacción.
Nota: La factura se enviará al correo suministrado para recepción de facturas electrónicas.

O.C 00000000103012

ENTREGAR ALMACEN HOSPITAL SANTA CLARA

Entrega: **Recibe:**

Escuchamos tu corazón

FAGRON COLOMBIA S.A.S NIT, 830,107,903-8 IVA REGIMEN COMUN
CALLE 163A 19A 88 PBX 7435939 BOGOTA - COLOMBIA
CALLE 95 # 47 A-28 PBX 7435939 BOGOTA - COLOMBIA
CRA 46 # 53-35 AV. ORIENTAL TEL 5127051 MEDELLIN - COLOMBIA
ICA 5x1000 MDE Y 6,6 x1000

20

SEÑORES : Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
DIRECCION :Diagonal 34 N° 5-43
NIT: 900959051

FACTURA PROFORMA No.
FECHA DE FACTURA: 21-05-2024
ANTICIPADO

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	IVA	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
704007	Solucion de Lugol Frasco x 250ml	1	0%	$ 150.500,00	$ 150.500,00
703461	Solucion de Monsell Frasco x 500ml	1	0%	$ 361.000,00	$ 361.000,00
703461	Acido Acetico 3% Frasco x 500ml	1	0%	$ 89.000,00	$ 89.000,00
703461	Acido Acetico 85% Frasco x 250ml	1	0%	$ 113.600,00	$ 113.600,00

OBSERVACION:

SON: SETECIENTOS CATORCE MIL CIEN PESOS

CTA DAVIVIENDA: 006270557199
CTA BANCOLOMBIA: 22912399201

SUBTOTAL	**$ 714.100**
IVA	
RTE-FTE	$ -
RTE ICA	$ -
OTROS	$ -
TOTAL	**$ 714.100**

POR FAVOR PARA DARLE TRAMITE A LA SOLICITUD DE PEDIDO ADJUNTAR EN UN SOLO CORREO: ORDEN DE COMPRA, PROFORMA, FORMULA MEDICA Y SOPORTE DE PAGO GRACIAS

anny castellanos

FAGRON COLOMBIA S.A.S

CLIENTE

21

Bonne Santé GROUP

Cotización

Número #: 33

Bonne Santé Group S.A.S.
NIT: 901256357-8
Dirección: Av. Cra. 19 #152A-14
Ciudad: Bogotá
Teléfono: +57 322 4433902
Correo: g.financiero.bsgs@gmail.com
Forma de pago: Contado

Señores: Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

Fecha 22/05/2024
Fecha validez 22/05/2024

MARCA	DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	CANTIDAD	VALOR	IVA	TOTAL
FORMULAS MAGISTRALES	Lugol colposcopias	Fco*250 ml	1	243.000	0%	243.000
FORMULAS MAGISTRALES	Ácido acético 3%	Fco*500 ml	1	42.000	0%	42.000
FORMULAS MAGISTRALES	Ácido acético 85%	Fco*250 ml	1	49.950	0%	49.950
FORMULAS MAGISTRALES	Solución Monsell	Fco*500 ml	1	397.100	0%	397.100
					Total	$732.050
					IVA	
					Rte. Fte.	
					Rte. ICA	
					Total	$732.050

Observaciones: Por favor validar que los productos cotizados sean los requeridos antes del envío de la orden de compa y la vigencia de esta cotización.

Escuchamos tu corazón

23

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

SOLICITUD
Nº00000000107160

Fecha : 09/05/2024 08:49 a. m. **Estado :** Confirmado
Dependencia: 2LVC45 LA VICTORIA CONSULTA EXT Y PROCEDIMIENTOS OTRAS CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS
Observaciones: SE ANEXA SOLICITUD MANUAL DEL SERVICIO DE COLPOSCOPIAS MAYO/2024 ACIDO ACETICO85% 250ML

Producto - Servicio - Activo		Cantidad	Cant Pendiente
122MV043173	LUGOL SOLUCION FRASCO 500 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU	1.00	1.00
122MV043165	ACIDO ACETICO 3% SOLUCION TOPICA FRASCO 500 ML	1.00	1.00
122MV043174	ACIDO ACETICO 85% SOLUCION TOPICA FRASCO SDMDU	1.00	1.00
122MV043172	SULFATO FERRICO O SOLUCION MONSEL FRASCO 500 ML SOLUCION TOPICA PREPARACION MAGISTRAL SDMDU	1.00	1.00

26

RE: SOLICITUD DE EXISTENCIAS Y CONTRATOS PARA COMPRAS DE CAJA MENOR

Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>
Mar 21/05/2024 7:26
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>

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

27

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>

28

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

Bonne Sante Group SAS 29
$732050
Med.

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

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTA DC, MAYO 20 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	ALEXIS ORJUELA ANGULO
ÁREA / DEPENDENCIA	SERVICIO FARMACEUTICO
CENTRO DE COSTO	15CT05 735201001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

122MV043261 LUGOL SOLUCION FRASCO 250 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU: 1 Unidad
122MV043172 SULFATO FERRICO O SOLUCION MONSEL FRASCO 500 ML SOLUCION TOPICA PREPARACION MAGISTRAL SDMDU: 1 Unidad
122MV043165 ACIDO ACETICO 3% SOLUCIÓN TOPICA FRASCO 500 ML 1 Unidad
122MV043174 ACIDO ACETICO 85% SOLUCION TOPICA FRASCO SDMDU 250ML: 1 Unidad

3. JUSTIFICACIÓN

SE REQUIERE LA ADQUISICIÓN DE PREPARACIONES MAGISTRALES PARA LA REALIZACIÓN DE COLPOSCOPIAS EN LA SEDE VICTORIA

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN

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

30

Fecha Actual : miércoles, 05 junio 202

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000076703

PROVEEDOR:	BONNE SANTE GROUP SAS	**NIT:** 901256347		**FECHA:**	05/06/2024 07:40 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	AV 19 N 152 A - 14 BRR CEDRITOS			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:				**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	BS4227	**% ICA:** 0,0000	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	04/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
122MV043174	ACIDO ACETICO 85% SOLUCION TOPICA FRASCO PREPARACION MAGISTRAL SDMDU	FRASCO	1,00	$49.950,00	$49.950,00	0,00	0,00
122MV043165	ACIDO ACETICO 3% SOLUCION TOPICA FRASCO 500 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU	FRASCO	1,00	$42.000,00	$42.000,00	0,00	0,00
122MV043261	LUGOL SOLUCION FRASCO 250 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU	FRASCO	1,00	$243.000,00	$243.000,00	0,00	0,00
122MV043185	SULFATO FERRICO O SOLUCION MONSEL FRASCO 250 ML SOLUCION TOPICA PREPARACION MAGISTRAL SDMDU	FRASCO	2,00	$198.550,00	$397.100,00	0,00	0,00

DETALLE

COMPRA CAJA MENOR

SUBTOTAL:	$732.050,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$0,00
RETE FUENTE:	$0,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$732.050,00

TOTAL COMPROBANTE:

SETECIENTOS TREINTA Y DOS MIL CINCUENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró: Revisó Almacen Revisado Impuestos:

CUENTAS POR PAGAR

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

31

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	6236	FECHA	06/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	$123.900,00		
LA SUMA DE:	CIENTO VEINTRÉS 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 E.S.E. PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO, AUTORIZADO POR JUAN FELIPE FUENTES LIDER GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO.		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

32

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	370524	San Sorge	Diana	Tomar lectura contador			X			2950
2	370524	Diana	chiroles	Tomar lectura contador			X			2950
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
									TOTAL	723.900

Resivo la suma de 723 900 San Isidro gordillo
c79905787

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

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

Recibo suma $123900 Carlos Mendoza

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

Juan F. Fuentes
7ADM03
511230001

33

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	24-05-24	chircales	Diana	Revision motobombas			X			2950
2	24-05-24	Diana	chircales	Tomar consumo agua			X			2950
3	24-05-24	chircales	San Sorge	Tomar consumo agua			X			2950
4	27-05-24	chircales	Diana	Revision lavamanos			X			2950
5	27-05-24	Diana	chircales	instalar estructura Techo			X			2950
6	28-05-24	chircales	San Sorge	Revision lavamanos			X			2950
7	28-05-24	San Sorge	chircales	instalar lamina			X			2950
8	30-05-24	Diana	San Sorge	revision silla-Tonde			X			2950
9	30-05-24	San Sorge	chircales	empostar Techo			X			2950
10	31-05-24	San Sose	San Sorge	Tomar lectura agua			X			2950
									TOTAL	29500

San Isidro gordillo
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 79.905.787

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

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

Antonio F. Fuentes

37

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	160524	San Sose	olaya	embaquillar Baños			X			2950
2	160524	olaya	San Sose	dejar erramientos			X			2950
3	170324	San Sose	Diana	Tomar consumo agua			X			2950
4	170324	Diana	chircales	Tomar consumo agua			X			2950
5	170324	chircales	San Sorge	Tomar consumo agua			X			2950
6	200324	chircales	Diana	instalar cartelera			X			2950
7	200324	Diana	chircales	areglo silla			X			2950
8	270324	Diana	chircales	Revision sifon.			X			2950
9	270324	chircales	peseverancia	revision lamparas			X			2950
10	270324	peseverancia	chircales	dejar erramientos			X			2950
									TOTAL	29500

San Isidro gordillo
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 F. Fuentes

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	7005 24	chircales	San Sorge	Tomar consumo agua			X			2950
2	7005 24	San Sorge	oloya	Tapar caja agua negros.			X			2950
3	7005 24	oloya	San Sose	arreglo sistema			X			2950
4	7 05 24	chircales	Diana	cambio oxigeno			X			2950
5	7 05 24	Diana	chircales	Revision lampara			X			2950
6	7 05 24	chircales	Diana	Revision humedad Techo			X			2950
7	7 05 24	chircales	Diana	Revision silla de ruedas			X			2950
8	7 05 24	Diana	chircales	Revision lampara			X			2950
9	7 05 24	chircales	oloya	Destapar caja			X			2950
10	7 05 24	oloya	San Sose	recoger herramientas.			X			2950
									TOTAL	29500

Elcon Isidro Jordillo
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 79 905 787

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

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

Juan F. Fuentes

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	030524	San Sose	Diana	Revision planta			X			2950
2	030524	Diana	chircales	cambio oxigeno			X			2950
3	030524	chircales	San Sorge	Revision consumo			X			2950
4	080524	San Sorge	chircales	Destapar cajas agua Negras.			X			2950
5	080524	chircales	Diana	cambio oxigeno			X			2950
6	080524	Diana	chircales	Tapar caja agua Negras			X			2950
7	090524	chircales	Diana	cambio Vabs led.			X			2950
8	090524	Diana	chircales	Revision lavamanos.			X			2950
9	100524	San Sose	Diana	Tomar consumos. agua			X			2950
10	100524	Diana	chircales	Tomar consumo agua			X			2950
									TOTAL	29.500

San Isidro gordillo
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)

37

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: Diana

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
revision planta	Se revisa planta electrica
	queda funcionando

J. Natalia Acosta Q.
C.C. 1.022.963.387
Ingeniera - FUCS

Fecha de solicitud	03 05 2024	Fecha de mantenimiento	03 05 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	9HT
		Nombre del tecnico	Sion Isidro
Fecha de recibido	03 05 2024	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	—		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	—		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	/		

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio: oxigeno | Unidad: Chircales

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
cambio oxigeno	Se cambia Valos de
	oxigeno

Néstor Moreno Garcia
C.C. 79.766.478
Aux. Enfermeria

Fecha de solicitud	03 05 2024	Fecha de mantenimiento	03-05 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	7HT
		Nombre del tecnico	Sion Isidro
Fecha de recibido	03 05 2024	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	—		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	—		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	—		

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	caja agua negras	Unidad	chircales

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Destapar caja de agua negras	se levanta tapa de caja de agua negras y se lava
Fecha de solicitud 08 05 2024	Fecha de mantenimiento 08 05 2024
Nombre de quien solicita	Tiempo empleado 7:47
	Nombre del tecnico San Isidro
Fecha de recibido 08 05 2024	Materiales utilizados
Nombre de quien recibe	

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	✓		

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	oxigeno	Unidad	Diana

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
cambio oxigeno	se cambia valvula de oxigeno queda funcionando
Fecha de solicitud 08 05 2024	Fecha de mantenimiento 08 05 2024
Nombre de quien solicita	Tiempo empleado 7:47
	Nombre del tecnico San Isidro
Fecha de recibido 08 05 2024	Materiales utilizados
Nombre de quien recibe	

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	✓		

J. Natalia Jaramillo O.
C.C. 1.022.963.987
Enfermera - FUCS

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	Caja agua Negros	Unidad	Chircales

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Tapar caja agua Negros	se Tapa caja de agua Negros

Fecha de solicitud	08 05 2024	Fecha de mantenimiento	08 05 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	1:43
		Nombre del tecnico	Juan Isidro
Fecha de recibido	08 05 2024	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿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	Diana urgencias	Unidad	Diana

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
areg Q Volos led	se cambian volos led en areas de urgencias y Sotano

Natalia Andrade
C.C. 1.022.963.387
Ingeniera RFCS

Fecha de solicitud	09 05 2024	Fecha de mantenimiento	09 05 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	9:47
		Nombre del tecnico	Juan Isidro
Fecha de recibido	09 05 2024	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si ✓	No	

40

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	urgencias	Unidad	chircales

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
revision lavamanos	se revisa lavamanos se cambia acople.
Fecha de solicitud 09 05 2024	Fecha de mantenimiento 09 05 2024
Nombre de quien solicita	Tiempo empleado 3 H 5
	Nombre del tecnico Sion Isidro
Fecha de recibido 09 05 2024	Materiales utilizados
Nombre de quien recibe	

Nestor Moreno Garcia 79.566.918 Mat. Enfermera

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	contador de agua	Unidad	Diana

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
tomar consumo de agua	Se toma consumo de agua o lectura contador

Fecha de solicitud	10 05 2024	Fecha de mantenimiento	10 05 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	8:49
		Nombre del tecnico	Juan Isidro
Fecha de recibido	10 05 2024	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	✓		

J. Natalia Jaramillo C.C. 1.022.963.387 Enfermera - FUCS

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	contador de agua	Unidad	chircales

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
tomar consumos	Se toma consumo de agua o lectura contador

Fecha de solicitud	10 05 2024	Fecha de mantenimiento	10 05 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	9:10
		Nombre del tecnico	Juan Isidro
Fecha de recibido	10 05 2024	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	✓		

Nésly Moreno Garcia C.C. 79.966.[illegible] Enfermera

41

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	contador de agua	Unidad	San Sorge

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Tomar consumo agua	se Toma consumo de agua alectura contador

Fecha de solicitud	10 05 2024	Fecha de mantenimiento	10 05 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	10 A 11
		Nombre del tecnico	Juan Isidro
Fecha de recibido	10 05 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	
	✓		

42

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	Caja agua Negros	Unidad	Olaya

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Tapar caja agua Negras	se tapa con concreto Caja de agua Negras

Fecha de solicitud	10 05 2024	Fecha de mantenimiento	10 05 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	1H3
		Nombre del tecnico	
Fecha de recibido	10 05 2024	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	✓		

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 2 piso	Unidad	San Jose

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
arreglo sistema	se cambio tornillo de sistema Baño 2 piso queda funcionando

Fecha de solicitud	10 05 2024	Fecha de mantenimiento	10 05 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	3H5
		Nombre del tecnico	San Isidro
Fecha de recibido	10 05 2024	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	✓		

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	Contado de agua	Unidad	San Sorge

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Revisión consumo de agua	Se Toma consumo de agua
Fecha de solicitud 03 05 2024	Fecha de mantenimiento 03 05 2024
Nombre de quien solicita	Tiempo empleado 3 HS
	Nombre del tecnico San Isidro
Fecha de recibido 03 05 2024	Materiales utilizados
Nombre de quien recibe	
Niveles de satisfaccion	Observaciones

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

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

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

			go teando se sierra registro y se reporta a oficina
Fecha de solicitud	74 05 2024		Fecha de mantenimiento 74 05 2024
Nombre de quien solicita			Tiempo emplendo 1 HY
			Nombre del tecnico San Isidro
Fecha de recibido	74 05 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	urgencias	Unidad	Diana

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad			Descripcion del mantenimiento
revision silla de ruedas			se instalan soporte para pies y se ajusta frenos
Fecha de solicitud	15 05 2024		Fecha de mantenimiento: 15 05 2024
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado: 8 Hto
			Nombre del tecnico: Juan Isidro
Fecha de recibido	15 05 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	

Dr. Nolasco Acosta
C.C. 022.963.387
Enfermera - RUCS

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	chircales urgencias	Unidad	chircales

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.

Descripcion de necesidad			Descripcion del mantenimiento
revision lampara			se revisa lampara y se cambian tubos
Fecha de solicitud	15 05 2024		Fecha de mantenimiento: 15 05 2024
Nombre de quien solicita			Tiempo empleado: 3 H 5
			Nombre del tecnico: Juan Isidro
Fecha de recibido	15 05 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	

Néstor Moreno Garcia
C.C. 79.966.478
Aux. enfermería

45

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: caja aguas negras | Unidad: olaya

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Destapar caja	Se levanta tapa de caja de agua negras urgencias

Fecha de solicitud	16 05 2024	Fecha de mantenimiento	16 05 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	8A70
		Nombre del tecnico	Juan Isidro
Fecha de recibido	16 05 2024	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	✓		

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio: Mantenimiento | Unidad: San Jose

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
recoger escombros	Se recoge escombros para envoquillar Baño olaya

Fecha de solicitud	16 05 2024	Fecha de mantenimiento	16 05 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	7A77
		Nombre del tecnico	Juan Isidro
Fecha de recibido	16 05 2024	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	✓		

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	Baños usuarios	Unidad	olaya

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
embaquillar Baños	Se embaquillo Baños de consulta externo
Fecha de solicitud: 76 05 2024	Fecha de mantenimiento: 76 05 2024
Nombre de quien solicita	Tiempo empleado: 77 AS
	Nombre del tecnico: San Isidro
Fecha de recibido: 76 05 2024	Materiales utilizados
Nombre de quien recibe	

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	✓		

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	Mantenimiento	Unidad	San Jose

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Dejar erramientas	Se dejar erramientas en cuarto de Mantenimiento
Fecha de solicitud: 76 05 2024	Fecha de mantenimiento: 76 05 2024
Nombre de quien solicita	Tiempo empleado: 3 H S
	Nombre del tecnico: San Isidro
Fecha de recibido: 76 05 2024	Materiales utilizados
Nombre de quien recibe	

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	✓		

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	odontologia	Unidad	chircales

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
revision sifon.	se revisa sifon de lavaplatos se repara se instala y queda funsionando
Fecha de solicitud: 27 05 2024	Fecha de mantenimiento: 27 05 2024
Nombre de quien solicita	Tiempo empleado: 9H 77
	Nombre del tecnico: S con Isidro
Fecha de recibido: 27 05 2024	Materiales utilizados
Nombre de quien recibe	

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

Observaciones

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	oficinas 3 piso	Unidad	parseveranci a

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
revision lamparas	se revisa sircuitos electricos para poner a funsionar lamparas de la oficina
Fecha de solicitud: 27 05 2024	Fecha de mantenimiento: 27 05 2024
Nombre de quien solicita	Tiempo empleado: 72 H 5
	Nombre del tecnico: S con Isidro
Fecha de recibido: 27 05 2024	Materiales utilizados
Nombre de quien recibe	

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

Observaciones

48

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	consulta externa	Unidad	Diana

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Revision motobombas	Se Revisa motobombas estan funcionando y se deja abierto Rejistro de la calle.
Fecha de solicitud: 24 05 2024	Fecha de mantenimiento: 24 05 2024
Nombre de quien solicita: Ruth Martinez	Tiempo empleado: 7H8
	Nombre del tecnico: Juan Isidro
Fecha de recibido: 24 05 2024	Materiales utilizados
Nombre de quien recibe: Ruth Martinez	

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	✓		

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	consulta externa	Unidad	chircales

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Tomar consumo agua	Se toma consumo de contador de agua o lectura
Fecha de solicitud: 24 05 2024	Fecha de mantenimiento: 24 05 2024
Nombre de quien solicita	Tiempo empleado: 7 A 72
	Nombre del tecnico: Juan Isidro
Fecha de recibido: 24 05 2024	Materiales utilizados
Nombre de quien recibe	

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	✓		

49

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	Cuarto aislados	Unidad	chircales

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
instalasion techo estructura	se instala estructura para Techo queda lista para instalar lamina
Fecha de solicitud 27 05 2024	Fecha de mantenimiento 27 05 2024
Nombre de quien solicita	Tiempo empleado 7H 45
	Nombre del tecnico Scan Isidro
Fecha de recibido 27 05 2024	Materiales utilizados
Nombre de quien recibe	
Niveles de satisfaccion	Observaciones

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

Néstor Moreno García
C.C. 79.756.478
Aux. Ingeniería

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	urgencias	Unidad	Diana

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
revision lavamanos	se revisa lavamanos esta dañado sensor se Bloquea lavamos y se deja funsionando Sanitario
Fecha de solicitud 27 05 2024	Fecha de mantenimiento 27 05 2024
Nombre de quien solicita	Tiempo empleado 2H 70
	Nombre del tecnico Scan Isidro
Fecha de recibido 27 05 2024	Materiales utilizados
Nombre de quien recibe	
Niveles de satisfaccion	Observaciones

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

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	contador de agua	Unidad	Diana

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Tomar consumo agua	Se toma consumo de agua a lectura contador
Fecha de solicitud 07 05 2024	Fecha de mantenimiento 07 05 2024
Nombre de quien solicita	Tiempo empleado 9470
	Nombre del tecnico Juan Isidro
Fecha de recibido 07 05 2024	Materiales utilizados
Nombre de quien recibe	

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

Observaciones

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	contador agua	Unidad	chircales

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Tomar consumos agua	Se toma lectura de contador de agua
Fecha de solicitud 07 05 2024	Fecha de mantenimiento 07 05 2024
Nombre de quien solicita	Tiempo empleado 742
	Nombre del tecnico Juan Isidro
Fecha de recibido 07 05 2024	Materiales utilizados
Nombre de quien recibe	

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

Observaciones

Nestor Moreno Garcia
C.C. 79.666.424
Auxiliar Enfermeria

51

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 Funcionarios	Unidad	San Sorge

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Revision Baño lavamanos	Se desmonta lavamanos
	Se ajusta tubos y se instala griferia y se instala queda funcionando
Fecha de solicitud: 28 05 2024	Fecha de mantenimiento: 28 05 2024
Nombre de quien solicita	Tiempo empleado: 8 A 70
	Nombre del tecnico: Juan Isidro
Fecha de recibido: 28 05 2024	Materiales utilizados
Nombre de quien recibe	

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	✓		

Powered by CamScanner

¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	✓		

¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	✓		

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	✓		

52

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: 2019-02-11

Servicio	cosina contador agua	Unidad	San Sorge

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Tomar lectura agua	se toma lectura de contador de agua
Fecha de solicitud: 31 05 2024	Fecha de mantenimiento: 31 05 2024
Nombre de quien solicita:	Tiempo empleado: 7A9
Fecha de recibido: 31 05 2024	Nombre del tecnico: San Isidro
Nombre de quien recibe:	Materiales utilizados

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	—		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	—		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	—		

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	—		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	—		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	—		

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	—		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	—		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	—		

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	—		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	—		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	—		

53

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6237	**FECHA**	06/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	$100.300,00		
LA SUMA DE:	CIEN MIL TRESCIENTOS PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A MIGUEL CORTES NIT 19.340.564 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO, AUTORIZADO POR JUAN FELIPE FUENTES LIDER GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO.		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

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

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

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

54

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	2-5-24	Primero mayo	Bello Horizonte	Revision Equipos	X					2950
2	2-5-24	Bello Horizonte	Primero mayo	Retorno Sede	X					2950
3	6-5-24	Primero mayo	Alpes	Sanitaria Tapas	X					2950
4	6-5-24	Alpes	Primero mayo	Retorno Sede	X					2950
5	8-5-24	Primero mayo	Bello Horizonte	Revision Equipos	X					2950
6	8-5-24	Bello Horizonte	Primero mayo	Retorno Sede	X					2950
7	9-5-24	Primero mayo	Bello Horizonte	Sifon cocina Tapa	X					2950
8	9-5-24	Bello Horizonte	Primero mayo	Retorno Sede	X					2950
9	14-5-24	Primero mayo	Altamira	Abni - Oficina	X					2950
10	14-5-24	Altamira	Primero mayo	Retorno Sede	X					2950

$29500

$100.300=

Miguel Cortes
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 19240.564.

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

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

Recibi $100.300.=
Miguel Cortes

7ADH03
51123001

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	15-5-24	Primero mayo	Bello Horizonte	Revision equipo	X					2950
2	15-5-24	Bello Horizonte	Primero mayo	Retorno sede	X					2950
3	16-5-24	Primero mayo	Bello Horizonte	arreglos chapas consultorio 6.	X					2950
4	16-5-24	Bello Horizonte	Primero mayo	Retorno sede	X					2950
5	17-5-24	Primero mayo	Olaya	llevar soldadura	X					2950
6	17-5-24	Olaya	Primero mayo	Retorno sede	X					2950
7	20-5-24	Primero mayo	Libertadores	Revisar nivel tanque	X					2950
8	20-5-24	Libertadores	Primero mayo	Retorno sede	X					2950
9	22-5-24	Primero mayo	Bello Horizonte	Revision equipo	X					2950
10	22-5-24	Bello Horizonte	Primero mayo	Retorno sede	X					2950
										$29500

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

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

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

Juan F. Fuentes

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	23-5-24	primero mayo	Bello Horizonte	Revision Equipo	X					2950
2	23-5-24	Bello Horizonte	primero mayo	Reforma Rebo	X					2950
3	24-5-24	primero mayo	Bello Horizonte	acompañar visita Super intendencia	X					2950
4	24-5-24	Bello Horizonte	primero mayo	Reforma Cela	X					2950
5	27-5-24	primero mayo	Antonio Nariño	llevar mayp diariowoll	X					2950
6	27-5-24	Antonio Nariño	primero mayo	Reforma Sede	X					2950
7	28-5-24	primero mayo	Alpez	Retirar Escombro	X					2950
8	28-5-24	Alpez	primero mayo	Reforma Sede	X					2950
9	29-5-24	primero mayo	Bello Horizonte	Revision equipos	X					2950
10	29-5-24	Bello Horizonte	primero mayo	Reforma Sede	X					2950

$ 29500

Miguel Cabra
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 18340564

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

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

Juan F. Fuentes

57

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	30-5-24	primero mayo	Bello Horizonte	Socio escolar	4					2850
2	30-5-24	Bello Horizonte	primero mayo	Retornar sede	4					2850
3	31-5-24	primero mayo	Olaya	Cambiar luminaria	4					2850
4	31-5-24	Olaya	primero mayo	Retorno sede.	4					2850
5										
6										
7										
8										
9										
10										

$11800

Miguel Cortes
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 19340 564

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

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

Juan F. Fuentes.

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 Contrasena: 123456

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Revisar Equipos Industriales	Se Revisaron planta electrica y up funcionando bien

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	2-5-24
Nombre de quien solicita	Luis Prieto	**Tiempo empleado**	
		Nombre del tecnico	Miguel Cortes
Fecha de recibido	2-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
	Si	**No**	OK
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	x		
	Si	**No**	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	x		
	Si	**No**	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	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**	Primero mayo

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Reforma sede	Se Reforma sede

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	2-5-24
Nombre de quien solicita	Luis Prieto	**Tiempo empleado**	
		Nombre del tecnico	Miguel Cortes
Fecha de recibido	2-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
	Si	**No**	OK
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	x		
	Si	**No**	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	x		
	Si	**No**	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	x		

69

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**	Alpes

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reportes **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Destapar sanitario funcionario	de destapar sanitario

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	6-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
Luis Prieto		**Nombre del tecnico**	miguel conde
Fecha de recibido	6-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
	Si	**No**	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	x		OK
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	x		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	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**	primero mayo

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Retornar sede	de retorno sede

Servicio	06-5-24	**Fecha de mantenimiento**	6-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
Luis Prieto		**Nombre del tecnico**	miguel conde
Fecha de recibido		**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
	Si	**No**	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	x		OK
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	x		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	x		

60

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

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Revisar Equipos Industriales	Se Revisan Equipos Todo Bien

Servicio		Fecha de mantenimiento	8-5-24
Nombre de quien solicita	Luis Prieto	Tiempo empleado	
		Nombre del tecnico	miguel coy
Fecha de recibido	8-5-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

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

Observaciones: OK

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

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Reformar Sede	Se Reforma Sede

Servicio		Fecha de mantenimiento	08-5-24
Nombre de quien solicita	Luis Prieto	Tiempo empleado	
		Nombre del tecnico	miguel coy
Fecha de recibido	08-5-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

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

Observaciones: OK

61

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

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Destapar sifon Cocina	de destapar sifon

Servicio		Fecha de mantenimiento	09-5-24
Nombre de quien solicita	Luis Prieto	Tiempo empleado	
		Nombre del tecnico	miguel cortes
Fecha de recibido	09-5-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

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

Observaciones: OK

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

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Reforma sede	de Reforma sede

Servicio		Fecha de mantenimiento	09-5-24
Nombre de quien solicita	Luis Prieto	Tiempo empleado	
		Nombre del tecnico	miguel cortes
Fecha de recibido	09-5-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

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

Observaciones: OK

62

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**	altamira

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reportes **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
abrir oficina que se quedaron las llaves	se abre oficina

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	14-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
Luis prieto		**Nombre del tecnico**	miguel cadis
Fecha de recibido	14-5-24.	**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**	primero mayo

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Reformas Rede	se Reforma Rede

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	14-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
Luis prieto		**Nombre del tecnico**	miguel cadis
Fecha de recibido	14-5-24	**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**	Bello Horizonte

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reportes **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Revisar Equipos Inductables	Se Revisaron Equipos Todo Bien

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	15-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
		Nombre del tecnico	miguel cortes
Fecha de recibido	15-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			
Luis Pinedo			

Niveles de satisfaccion	**Si**	**No**
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	x	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	x	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	x	

Observaciones

OK

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

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Reformar sede	Se Reforma Sede

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	15-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
Luis Pinedo		**Nombre del tecnico**	miguel cortes
Fecha de recibido	15-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion	**Si**	**No**
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	x	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	x	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	x	

Observaciones

OK

64

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 Contrasena: 123456

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
arreglar chapas consultorio 6	Se arreglo chapas quedo funcionando

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	16-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
Luis Prieto		**Nombre del tecnico**	miguel Cortes
Fecha de recibido	16-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
	Si	**No**	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	x		OK
	Si	**No**	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	x		
	Si	**No**	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	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**	Primero mayo

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Reforma de de	de Reforma de de

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	16-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
luis Prieto		**Nombre del tecnico**	miguel Cortes
Fecha de recibido	16-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
	Si	**No**	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	x		OK
	Si	**No**	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	x		
	Si	**No**	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	x		

65

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**	Olaya

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reportes **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
llevar soldadura	se llevo soldadura

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	17-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
luis Prieto		**Nombre del tecnico**	miguel cortes
Fecha de recibido	17-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	**Si**	**No**	OK
	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**	primero mayo

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Reforma sede	se Reforma sede

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	17-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
luis Prieto		**Nombre del tecnico**	miguel cortes
Fecha de recibido	17-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	**Si**	**No**	OK
	x		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	**Si**	**No**	
	x		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	**Si**	**No**	
	x		

66

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

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Revisar nivel de Tanques	Revisar Tanques Full llenos

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	20-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
Luis Prieto		**Nombre del tecnico**	miguel cortes
Fecha de recibido	20-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
	Si	**No**	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	x		OK
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	x		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	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**	Primero mayo

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Reforma sede	Reforma sede

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	20-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
Luis Prieto		**Nombre del tecnico**	miguel cortes
Fecha de recibido	20-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
	Si	**No**	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	x		OK
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	x		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	x		

67

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

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Revisar Equipos	Se Revisa Equipos todo Bien

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	22-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
Luis Prado		**Nombre del tecnico**	Miguel Castro
Fecha de recibido	22-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	**Si**	**No**	OK
	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**	Primero mayo

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Reformar Sede	Se Reforma Sede

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	22-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
Luis Prado		**Nombre del tecnico**	Miguel Castro
Fecha de recibido	22-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	**Si**	**No**	OK
	x		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	**Si**	**No**	
	x		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	**Si**	**No**	
	x		

68

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

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Acompañar visita de Super Intendencia de Salud	Se hace acompañamiento

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	23-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
Luis Prieto		**Nombre del tecnico**	miguel cortes
Fecha de recibido	23-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
	Si	**No**	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	x		
	Si	**No**	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	x		
	Si	**No**	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	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**	Primero mayo

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Reforma sede	de Reforma sede

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	23-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
Luis Prieto		**Nombre del tecnico**	miguel cortes
Fecha de recibido	23-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
	Si	**No**	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	x		
	Si	**No**	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	x		
	Si	**No**	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	x		

170

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**	Antonio Nariño

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reportes **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
llevar materiales para Drainol	Se llevo malla y tornillos para Drainol.

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	27-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
Luis Prieto		**Nombre del tecnico**	Miguel Cades
Fecha de recibido	27-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
	Si	**No**	OK
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	x		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	x		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	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 ayuda

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	27-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
Luis Prieto		**Nombre del tecnico**	Miguel Cades
Fecha de recibido	27-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
	Si	**No**	OK
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	x		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	x		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	x		

71

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**	Alpez

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reportes **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Retirar escombros	Se Retiro escombro

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	28-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
luis prieto		**Nombre del tecnico**	miguel cortes
Fecha de recibido	28-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	**Si**	**No**	OK
	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**	primero mayo

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Retirar sede	Se Retiro sede.

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	28-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
luis prieto		**Nombre del tecnico**	miguel cortes
Fecha de recibido	28-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	**Si**	**No**	OK
	x		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	**Si**	**No**	
	x		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	**Si**	**No**	
	x		

72

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

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Reparar equipos Indefinidos	Se Reparan equipos todo Bien

Servicio		Fecha de mantenimiento	29-5-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
luis Prieto		Nombre del tecnico	miguel Cortes
Fecha de recibido	29-5-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

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

Observaciones

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

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Reformar sede	Se Reforma sede

Servicio		Fecha de mantenimiento	29-5-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	
luis Prieto		Nombre del tecnico	miguel Cortes
Fecha de recibido	29-5-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

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

Observaciones

73

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

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Sacar Escombros para el frente de la UTAC	Se sacan Escombros

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	30-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
Luis Prieto		**Nombre del tecnico**	miguel cortes
Fecha de recibido	30-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	**Si**	**No**	OK
	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

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Retornar sede	Se Retorna sede

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	30-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
Luis Prieto		**Nombre del tecnico**	miguel cortes
Fecha de recibido	30-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	**Si**	**No**	OK
	x		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	**Si**	**No**	
	x		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	**Si**	**No**	
	x		

74

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**	Olaya

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reportes **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Cambiar luminarias oficina lider	Se cambia luminarias

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	31-5-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
luis Prieto		**Nombre del tecnico**	miguel cortes
Fecha de recibido	31-5-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
	Si	**No**	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	x		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	x		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	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**	primero mayo

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
Reforzar fede	se Reforzo fede

Servicio		**Fecha de mantenimiento**	31-05-24
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	
luis Prieto		**Nombre del tecnico**	miguel cortes
Fecha de recibido	31-05-24	**Materiales utilizados**	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			**Observaciones**
	Si	**No**	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	x		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	x		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	x		

75

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	**6238**	**FECHA**	**06/06/2024**
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 E.S.E. PARA REALIZAR VISITAS DE INSPECCIÓN DE TRABAJOS REALIZADOS POR MANTENIMIENTO, AUTORIZADO POR JUAN FELIPE FUENTES LIDER GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO.**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

76

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	01-05-24	Santa Clara	Chircales	Revisión cordagua			X			2.950
2	01-05-24	Chircales	Diana T.	Visita cotera			X			2.950
3	01-05-24	Diana T.	San José	Revisión humedad			X			2.950
4	01-05-24	San José	Santa Clara	Retorno oficina			X			2.950
5	02-05-24	Santa Clara	Olaya	Seguridad del paciente			X			2.950
6	02-05-24	Olaya	Chircales	Seguridad del paciente			X			2.950
7	02-05-24	Chircales	Santa clara	Retorno oficina			X			2.950
8	03-05-24	Santa clara	Diana T.	Seguridad del paciente			X			2.950
9	03-05-24	Diana T.	1ra mayo	Seguridad del paciente			X			2.950
10	03-05-24	1ra Mayo	Santa clara	Retorno oficina			X			2.950
								TOTAL		29.500

$147.500

Luis Pinto G.
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 1108457098

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

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

Jan F. Fuentes
7ADM03
51112300

LUIS ENRIQUE PINTO G.
CEL: 3009801980
$147.500

77

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	06-05-24	Santa Clara	1ra Mayo	Visita inspección		X				2.950
2	06-05-24	1ra mayo	Bello Horizonte	Visita inspección		X				2.950
3	06-05-24	Bello Horizonte	Santa Clara	Retorno oficina		X				2.950
4	07-05-24	Santa Clara	Alpes	Visita inspección		X				2.950
5	07-05-24	Alpes	Altamira	Visita inspección		X				2.950
6	07-05-24	Altamira	Santa clara	Retorno oficina		X				2.950
7	08-05-24	Santa Clara	Antonio N.	Visita inspección		X				2.950
8	08-05-24	Antonio N.	Olaya	Visita inspección		X				2.950
9	08-05-24	Olaya	San José	Visita inspección		X				2.950
10	08-05-24	San José	Santa Clara	Retorno oficina		X				2.950
								TOTAL		29.500

Luis Pulido G.
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 1108457098

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

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

Juan F. Fuentes.

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	09-05-24	Santa Clara	Diana T.	Visita inspección		X				2.950
2	09-05-24	Diana T.	Chircales	Visita inspección		X				2.950
3	09-05-24	Chircales	San Jorge	Visita inspección		X				2.950
4	09-05-24	San Jorge	Santa clara	Retorno oficina		X				2.950
5	14-05-24	Santa Clara	Olaya	Inspección cajas		X				2.950
6	14-05-24	Olaya	San Jose	Inspección Cajas		X				2.950
7	14-05-24	San José	Santa clara	Retorno oficina		X				2.950
8	15-05-24	Santa clara	Chircales	Inspección cajas		X				2.950
9	15-05-24	Chirales	Diana T.	Inspección cajas		X				2.950
10	15-05-24	Diana T.	Santa clara	Retorno oficina		X				2.950
								TOTAL		29.500

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 1108457098

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

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

Juan F. Fuentes

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	17-05-24	Santa clara	1ra mayo	Visita Super		X				2.950
2	17-05-24	1ra mayo	Bello Horizonte	Visita Super		X				2.950
3	17-05-24	Bello Horizonte	Alpes	Visita Super		X				2.950
4	17-05-24	Alpes	Altamira	Visita Super		X				2.950
5	17-05-24	Altamira	Santa Clara	Visita Super		X				2.950
6	21-05-24	Santa Clara	Chircales	Cambio cicloruta		X				2.950
7	21-05-24	Chircales	San José	Baños Fuerabuso		X				2.950
8	21-05-24	San José	Santa Clara	Retorno oficina		X				2.950
9	23-05-24	Santa Clara	1ra mayo	Minicentro		X				2.950
10	23-05-24	1ra Mayo	Santa Clara	Retorno oficina		X				2.950
								TOTAL		29.500

Luis Pinto G.
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 1108457098

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

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

Juan F. Fuentes

88

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	27-05-24	Santa Clara	1ra mayo	Visita Super		X				2.950
2	27-05-24	1ra mayo	Bello Horizonte	Visita Super		X				2.950
3	27-05-24	Bello Horizonte	Alpes	Visita Super		X				2.950
4	27-05-24	Alpes	Santa Clara	Visita Super		X				2.950
5	29-05-24	Santa Clara	Altamira	Visita Super		X				2.950
6	29-05-24	Altamira	Libertadores	Visita super		X				2.950
7	29-05-24	Libertadores	Santa Clara	Retorno oficina		X				2.950
8	31-05-24	Santa clara	Libertadores	Humedad vecina		X				2.950
9	31-05-24	Libertadores	1ra mayo	Superficies oficina		X				2.950
10	31-05-24	1ra Mayo	Santa clara	Retorno oficina		X				2.950
								TOTAL		29.500

NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 1108457098

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

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

Juan Diego Fuentes.

81

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	**6239**	**FECHA**	**07/06/2024**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**MANTENIMIENTO ESE**		
VALOR:	**$53.000,00**		
LA SUMA DE:	**CINCUENTA Y TRES MIL PESOS M.CTE**		
CONCEPTO:	**FACTURA No. 0918 WILLIAM DARIO CLAVIJO BENAVIDES NIT 79.976.994-1 DISCOS PARA CORTE DE PULIDORA, NECESARIOS PARA LA PULIDORA DE CORTE DE MANTENIMIENTO, SOLICITADO POR NELLY CAMILA LÓPEZ MENDOZA, LIDER ACTIVOS FIJOS.**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12939

82

Ferretería y Cacharrería

Materiales de Construcción, Eléctricos, Cerrajería
Llaves Especiales - Servicio de Electricidad, Pinturas
y Mantenimiento de Computadores

Ferrymas

BOCCHERINI PRODUCTOS DE ALTA CALIDAD · TOOLCRAFT · LOCTITE · Yale · Gerfor · Nicholson · DEWALT

NIT.: 79.976.994-1

Cra. 14B No. 3-09 Sur • Cel.: 313 367 01 74
daly221@hotmail.com • Bogotá, D.C.

FACTURA DE VENTA
Nº 0918

FECHA		
07	06	2024

Señor: Hospital santa clara
NIT.:
Dirección:
Barrio: Tel.:

CANT.	DESCRIPCIÓN	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
6	Discos corte Abracol 4"	5300	31800
4	Discos corte Abracol 4"	5300	21200
	Ferreteria y Cacharreria Ferrymas NIT. 79 976 994-1 PANELADO		
	Recibi: Maly camila López		mandado

La presente Factura de Venta se asimila a un titulo valor según lo estipulado por la superintendencia de industria y comercio articulo 617 de 2008. Después de retirada la mercancía no se aceptan cambios ni devolución de dinero.

TOTAL $ 53000

IMPRESO POR: ALVARO HENAO - TEL: 272 52 27 - 311 213 77 98

Hospital de Salud
Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
7 JUN 2024
Unidad General UPSS Santa Clara

83

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14711785378

(415)7707212489984(8020) 000001471178537 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 9 7 6 9 9 4	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 9 9 7 6 9 9 4	1 9 9 8 0 8 2 6

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CLAVIJO	BENAVIDES	WILLIAM	DARIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 14 B 3 09 SUR

42. Correo electrónico daly221@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 6 5 4 7 7 8	3 1 3 3 6 7 0 1 7 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 09 - 08 / 17 : 54: 27

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

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

984. Nombre CLAVIJO BENAVIDES WILLIAM DARIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 08-09-2022 06:25:47PM

84

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, 07. JUNIO 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	Nelly camila López mendoza
ÁREA / DEPENDENCIA	Activos fijos
CENTRO DE COSTO	7ADM12 511150001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	Santa clara

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

10 Discos corte, pulidora

3. JUSTIFICACIÓN

Se solicitan 10 discos de corte para pulidora de mantenimiento

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Nelly camila López M.
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.

Fecha Actual : martes, 11 junio 2024

85

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000076724

PROVEEDOR: WILLIAM DARIO CLAVIJO BENAVIDES **NIT:** 79976994 **FECHA:** 11/06/2024 10:30 a. m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) **ESTADO:** Confirmado
DIRECCION: CL 62S N 11 B - 67 ESTE **MONEDA:** Pesos
TELEFONO: 3654778 **TASA CAM:** 0,00
Nº FACTURA: CECO0000000188 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 0 **FECHA FAC:** 07/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
153CH013938	DISCO DE CORTE DE METAL 4	UNIDAD	10,00	$5.300,00	$53.000,00	0,00	0,00

DETALLE
FACTURA 0918 CAJA MENOR

SUBTOTAL:	$53.000,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$0,00
RETE FUENTE:	$0,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$53.000,00

TOTAL COMPROBANTE:
CINCUENTA Y TRES MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Elaboró: Revisó Almacen Revisado Impuestos:

6239

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	5-jun-24	SANTA CLARA	DIANA TURBAY	INVENTARIO					X	$ 14.800,00
2	5-jun-24	DIANA TURBAY	SANTA CLARA	INVENTARIO			X			$ 10.500,00
3	6-jun-24	SANTA CLARA	DIANA TURBAY	INVENTARIO					X	$ 15.500,00
4	6-jun-24	DIANA TURBAY	SANTA CLARA	INVENTARIO			X			$ 10.000,00
5	7-jun-24	SANTA CLARA	DIANA TURBAY	INVENTARIO					X	$ 14.800,00
6	7-jun-24	DIANA TURBAY	SANTA CLARA	INVENTARIO			X			$ 10.000,00
7	6-jun-24	MATERNO	SAN BLAS			X				$ 3.500,00
8	6-jun-24	SAN BLAS	SANTA CLARA			X				$ 3.500,00
9										
10										
									TOTAL	**$ 82.600,00**

Nally Camila Lopez Mendoza
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 1090506609

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

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

7ADM12
51123001

Recibo: 82.600

88

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	6241	**FECHA**	12/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MANTENIMIENTO ESE		
VALOR:	$155.999,00		
LA SUMA DE:	CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. FE-58315 COMERCIALIZADORA AIR FRIC SAS NIT 901.243.245-9 TARROS DE 800 GRAMOS DE GAS REFRIGERANTE R410A, NECESARIOS PARA MANTENIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DE LA PLANTA DE AÍRE MEDICINAL, UBICADA EN EL HOSPITAL SANTA CLARA.		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12900

89

ALMACEN AIR FRIC
Un Mundo en Refrigeración

COMERCIALIZADORA AIR FRIC SAS

Nit 901243245 9

Agentes Responsables de Iva
No somos Grandes Contribuyentes
Actividad CIIU 4759
Tarifa ICA11,04xMil

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764060236395 que habilita desde FE 50001 hasta FE 100000. Vence 2024-11-20

CLIENTE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CEN	VENDEDOR	ANGY LILIANA PRIETO	FECHA FAC	07-jun-24
NIT	900959051 7	TELÉFONO	3023290575	FECHA VEN	07-jun-24
DIRECCIÓN	DG 34 5 43	CIUDAD	Bogota D.C.	FORMA PAGO	Consignación
CORREO	subcentrooriente@saludcapital.gov.co				

Factura Electrónica de Venta No
FE - 58315

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	R00-381	REFRIGERANTE 410X800 CON VAL AF GENERICO	3	Und.	43.697	19%	8.303	131.092

Secretaría Distrital de Salud
7 JUN 2024

Recibi
Carlos A Ganz.
070624

OBSERVACIONES:

Valor en Letras
CIENTO CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE

SUBTOTAL	131.092
IVA	24.908
TOTAL DE LA OPERACIÓN	156.000
RETEFUENTE	0
RETEIVA	0
RETEICA	0
TOTAL MENOS RETENCION	156.000

CONSIGNAR EN DAVIVIENDA CTA CTE 006869993961 O EN BANCOLOMBIA CTA AHO 05300024183 A NOMBRE DE COMERCIALIZADORA AIR FRIC SAS

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica
Fecha y Hora de Generación: 07/06/2024 11:49:08
Medios de Pago: Efectivo

Total líneas o ítems: 1
TOTAL CANTIDADES 3

RECIBI REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS DESCRITAS EN LA PRESENTE FACTURA DE VENTA, QUE SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS LEGALES AL TITULO VALOR ART 774 DEL CODIGO DE COMERCIO Y PAGARE A LA ORDEN DE COMERCIALIZADORA AIR FRIC LOS ARTICULOS ELECTRICOS NO TIENEN CAMBIO O DEVOLUCION. LOS EQUIPOS Y ACCESORIOS ELECTRICOS QUEDAN EXCLUIDOS DE GARANTIA. GARANTIA SOLO APLICA POR DAÑOS O PROBLEMAS DE FABRICACION Y QUEDA EXCLUIDO CUANDO SE OMITA A TIERRA Y PROTECTORES DE VOLTAJE INVERTER O STANDARD SEGÚN SEA EL EQUIPO.

Firma de Recibido:_____

En caso de reclamaciones relacionadas con cuentas por cobrar o pagar, por favor informela via correo electrónico a: airfriccontabilidad@hotmail.com

Calle 19 No. 15 - 12 Teléfono 3340957 - 3133677239
EMAIL: airfric@hotmail.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 0c442e2be03ef50f0ac80a52a1151f40dd2b6c87035bbbe3638bb2d86cd524ce02a818a8568d72a876d8bf880519d674 --Fecha y Hora de Expedición : 07/06/2024 11:50:55 a. m.

90

ALMACEN AIR FRIC
Un Mundo en Refrigeración

COMERCIALIZADORA AIR FRIC SAS
NIT 901243245 9

Agentes Responsables de Iva
No somos Grandes Contribuyentes
Actividad CIIU 4759
Tarifa ICA11,04xMil

COTIZACION No
- 6222

CLIENTE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIEN	VENDEDOR	ANGY LILIANA PRIETO GOMEZ	FECHA	07-jun-24
NIT	900959051 7	TELÉFONO	3023290575	VENCE	07-jun-24
DIRECCIÓN	DG 34 5 43	CIUDAD	Bogota D.C.	FORMA PAGO	Consignación

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	R00-381	REFRIGERANTE 410X800 CON VAL AF GENERICO	3	Und.	43.697	19%	8.303	131.092

OBSERVACIONES:

SUBTOTAL	131.092
IVA	24.908
TOTAL DE LA OPERACIÓN	156.000

CONSIGNAR EN DAVIVIENDA CTA CTE 006869993961 O EN BANCOLOMBIA CTA AHO 05300024183 A NOMBRE DE COMERCIALIZADORA AIR FRIC SAS

Total líneas o ítems: 1
TOTAL CANTIDADES 3

Calle 19 No. 15 - 12 Teléfono 3340957 - 3133677239
EMAIL: airfric@hotmail.com

91

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14898583391

(415)7707212489984(8020) 000001489858339 1

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
COMERCIALIZADORA AIR FRIC S.A.S

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 19 15 12 BARRIO LOS MARTIRES

42. Correo electrónico airfric@hotmail.com

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

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
4 7 5 9	2 0 1 8 1 2 2 2						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	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 ☒ 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 02 - 24 / 10 : 04: 39

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 PRIETO GUERRA ARMANDO
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 24-02-2023 10:04:50AM

92

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, 07 DE JUNIO DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	CARLOS GÓMEZ
ÁREA / DEPENDENCIA	ELECTRICISTA
CENTRO DE COSTO	1SCL04 738702005
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

3 TARROS DE 800 GRAMOS DE GAS REFRIGERANTE R410A

3. JUSTIFICACIÓN

NECESARIO PARA MANTENIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DE LA PLANTA DE AIRE MEDICINAL, UBICADA EN EL HOSPITAL SANTA CLARA.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

Vo.Bo. Funcionario Almacen

Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo Ó Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

ACTUALMENTE NO CONTAMOS CON CONTRATO PARA EL SUMINISTRO DE ESTE INSUMO EN LA SUPERVISION REALIZADA POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA.

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

93

Fecha Actual : miércoles, 19 junio 202

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000076913

PROVEEDOR:	COMERCIALIZADORA AIR FRIC SAS	**NIT:** 901243245		**FECHA:**	19/06/2024 03:46 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CL 19 N 15 - 12 BRR LOS MARTIRES			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3112643648			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE58315	**% ICA:** 0,0000	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	07/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
152RM014802	REFRIGERANTE PARA AIRE ACONDICIONADO	UNIDAD	3,00	$43.697,00	$131.091,00	0,00	19,00

DETALLE

FACTURA FE-58315 COMPRA POR CAJA MENOR SANTA CLARA DIGITA MARLON

TOTAL COMPROBANTE:

CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

SUBTOTAL:	$131.091,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$24.907,00
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:	$1,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$155.999,00

Elaboró: | Revisó Almacen | Revisado Impuestos:

(29)

ANEXO NOTA AJUSTE 12860

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

900959051

NOTA DE PAGOS

Fecha Actual : martes, 25 junio 2024 Página 1/1

Consecutivo : 12860 **Estado :** Confirmado
Tercero: 901243245 COMERCIALIZADORA AIR FRIC SAS
Proveedor: 901243245 COMERCIALIZADORA AIR FRIC SAS
Fecha de la Nota : 25/06/2024 3:10:29 p. m. **Naturaleza de la Nota :** Credito
Valor : $ 1,00
Detalle : CAJA MENOR SE REGISTRA AJUSTE POR $1 - MENOR VALOR FACTURADO EN CBI 76913 - PARA APLICAR A LA FACTURA FE58315

Son :UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DESCRIPCIÓN DE CONCEPTOS

Concepto	Cuenta	Centro	Nombre de la cuenta	Naturaleza	Valor
729 REGISTRO AJUSTE MANTENIMIENTO	738702005	1SCL04	MANTENIMIENTO	Debito	$ 1,00
Cuenta NIIF:	738702005		MANTENIMIENTO		
	Porcentaje	Valor Base			

DESCRIPCIÓN DE FACTURAS

Factura	Fecha	Vencimiento	Cuenta	Cuenta NIIF	Valor
FE58315	7/06/2024 12:00:00 a. m.	7/06/2024 12:00:00 a. m.	240101001	240101001	$ 1,00

Adriana M. Lugo

ELABORO CUENTAS POR PAGAR **REVISO**

Nombre reporte : PGRPNota Usuario Id. :52160932

95

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	**6242**	**FECHA**	**12/06/2024**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**MANTENIMIENTO ESE**		
VALOR:	**$366.349,00**		
LA SUMA DE:	**TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M.CTE.**		
CONCEPTO:	**FACTURA No. FELE-131645 LUBRICANTES ESCAMILLA LTDA. NIT 901.087.925-1 SUMINISTRO DE ACEITE Y FILTROS (ACEITE, AÍRE, SEDIMENTADOR) SEVICIO DE LIMPIEZA FILTRO PARA EL VEHÍCULO DE PLACA OBG 274 ASIGNADO PARA SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE, SDLICITADO POR DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE, LIDER TRANSPSORTE.**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12856

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

12 JUN 2024

Almacén General UPSS Kennedy Clínica

LUBRICANTES ESCAMILLA 51 AÑOS

NIT: 901087925-1
CARRERA 23A# 1-19 - BOGOTA
601 2468290

FACTURA DE VENTA: ELECTRONICA **FELE- 131645**

FECHA: JUNIO 11 DE 2024 10:05:26
CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
NIT: 900959051-7
DIR: DIAG 34 NO15-43

PLACA: OBG274 OPERARIO: 4
KM: 319975 PROX: 324975

COD.	CANT.	%IVA		VR UNIT.	VR TOTAL
UNIDAD	1.00		FILTRO ACEITE CHEVROLET D-MAX DI		
3PF064		19%		24,369	29,000
UNIDAD	1.00		FILTRO AIRE CHEVROLET D-MAX DI		
5PF682		19%		34,453	40,999
UNIDAD	1.00		FILTRO COMBUSTIBLE NPR ISUZU		
6IZ00110		19%		40,336	47,999
UNIDAD	1.00		FILTRO SEDIMENTADOR CHEVROLET D-MAX DI		
6PF408		19%		28,571	34,000
GRANEL	6.50		MOBIL DELVAC MODERN FULL PROT 15W40		
1MOE15W		0%		29,900	194,350
UNIDAD	1.00		SERVICIO LIMPIEZA FILTRO PETER		
S10		19%		16,806	19,999

SUBTOTAL	338,887
IVA	27,462
TOTAL	**366,349**

CANCELADO

Cant Items: 6
T. CRED.: 0
T. DEB.: 0
TRANSF.: 0
EFEC.: 366,349

RECIBIDO: 370,000
DEVUELTO: 3,650

54b3a259a180d6548c61a544602192f0af0630f0c927163990f82bd109a15e7bf169aa1a625
71819e527f93f121093b41

IVA REGIMEN COMUN
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
ACTIVIDAD ECONOMICA 4711 TARIFA 11.04 X 1000
RES DIAN Nº 18764063284571 DE 2024/01/04
AUTORIZACION DESDE EL FELE -1 HASTA FELE-5.000.000
ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS
SUS EFECTOS LEGALES A LA LETRA DE CAMBIO ART.774 CC
Factura electronica o por computador generada por
Mersoft S.A.S NIT 901.190.597-7
www.merlin.com.co
Proveedor tecnológico The factory HKA Colombia SAS
NIT 900390126-6

Diana Sandoval

LUBRICANTES ESCAMILLA 51 AÑOS

NIT: 901087925-1
CARRERA 23A# 1-19 - BOGOTA
601 2468290

FACTURA DE VENTA: ELECTRONICA **FELE- 131645**

FECHA: JUNIO 11 DE 2024 10:05:26
CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
NIT: 900959051-7
DIR: DIAG 34 NO15-43

PLACA: OBG274 OPERARIO: 4
KM: 319975 PROX: 324975

COD.	CANT.	%IVA		VR UNIT.	VR TOTAL
UNIDAD	1.00		FILTRO ACEITE CHEVROLET D-MAX DI		
3PF064		19%		24,369	29,000
UNIDAD	1.00		FILTRO AIRE CHEVROLET D-MAX DI		
5PF682		19%		34,453	40,999
UNIDAD	1.00		FILTRO COMBUSTIBLE NPR ISUZU		
6IZ00110		19%		40,336	47,999
UNIDAD	1.00		FILTRO SEDIMENTADOR CHEVROLET D-MAX DI		
6PF408		19%		28,571	34,000
GRANEL	6.50		MOBIL DELVAC MODERN FULL PROT 15W40		
1MOE15W		0%		29,900	194,350
UNIDAD	1.00		SERVICIO LIMPIEZA FILTRO PETER		
S10		19%		16,806	19,999

SUBTOTAL	338,887
IVA	27,462
TOTAL	**366,349**

CANCELADO

Cant Items: 6
T. CRED.: 0
T. DEB.: 0
TRANSF.: 0
EFEC.: 366,349

RECIBIDO: 370,000
DEVUELTO: 3,650

54b3a259a180d6548c61a544602192f0af0630f0c927163990f82bd109a15e7bf169aa1a625
71819e527f93f121093b41

IVA REGIMEN COMUN
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
ACTIVIDAD ECONOMICA 4711 TARIFA 11.04 X 1000
RES DIAN Nº 18764063284571 DE 2024/01/04
AUTORIZACION DESDE EL FELE -1 HASTA FELE-5.000.000
ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS
SUS EFECTOS LEGALES A LA LETRA DE CAMBIO ART.774 CC
Factura electronica o por computador generada por
Mersoft S.A.S NIT 901.190.597-7
www.merlin.com.co
Proveedor tecnológico The factory HKA Colombia SAS
NIT 900390126-6

Diana Sandoval

97

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141004113381

(415)7707212489984(8020) 000014100411338 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 9 0 1 0 8 7 9 2 5 — 6. DV: 1

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 13. 2 — 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: LUBRICANTES ESCAMILLA LTDA

36. Nombre comercial: "LUBRICANTES ESCAMILLA".

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 23 A 1 19

42. Correo electrónico: lubriescamilla72@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 6 0 1 2 4 6 8 2 9 0

45. Teléfono 2: 3 0 2 2 0 4 2 9 1 8

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
4 7 3 2	2 0 1 7 0 6 0 1	4 5 2 0	2 0 1 7 0 6 0 1	6 5 1 1			2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 7 9 1 4 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma — 56. Tipo — Servicio 1 2 3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2024 - 04 - 04 / 10 : 54: 36

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: ESCAMILLA HERNANDEZ CLAUDIA LILIANA

985. Cargo: Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 04-04-2024 10:55:57AM

98

NIT. 830.006.596-6

MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHÍCULOS

Bogotá D.C., 28 de mayo de 2024

Señores:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Atn. GERENTE
JUAN CARLOS PERILLA MONROY - SUPERVISOR

REF: SUSPENSIÓN MANTENIMIENTOS DE VEHICULOS POR INCUMPLIMIENTOS DE PAGO DEL CONTRATO Y SOLICITUD DE PAGO DE LOS COMPROMISOS VENCIDOS CON INTERESES DE MORA

Por medio de la presente, estando dentro de la ejecución del contrato de prestación de servicios No. 02-BS-013-2021 celebrado entre la Subred y Autos Mongui SAS, cuyo objeto consiste en "La prestación del servicio de mantenimiento integral preventivo y correctivo para los vehículos que conforman el parque automotor de propiedad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. y de los que llegare a ser legalmente responsable", el cual tuvo como fecha de inicio el día 01 de Julio de 2021 y de acuerdo a los siguientes ANTECEDENTES:

1. Que a la fecha la entidad presenta una deuda total de facturas vencidas por **$127.940.257,47=**
2. Que teniendo en cuenta que el régimen jurídico del contrato es un contrato de derecho privado, que el plazo máximo de pago de las facturas es de 90 días y que, dentro de las obligaciones contractuales por parte de la entidad, se encuentra la de cancelar el valor del contrato de acuerdo al plazo pactado, se configura UN INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO POR PARTE DE LA ENTIDAD.
3. Solicitamos que la entidad aclarare la fecha próxima de pago y que dentro del mismo pago se contemplen los intereses moratorios que contempla la ley por no pago de las obligaciones pactadas.

Por todo lo anterior, sin que a la fecha exista respuesta de pago alguno, y teniendo en cuenta que existe un incumplimiento de pago por parte de la entidad, nuestra empresa como contratista suspenderá los mantenimientos de los vehículos de la entidad, hasta tanto no se realice el pago de las facturas vencidas a más de 90 días.

Finalmente solicitamos a la entidad, poder realizar una mesa de trabajo con el fin de llegar a un acuerdo de pago de las facturas vencidas en el menor tiempo posible. Y de igual manera

100

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 / 05 DE JUNIO DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE
ÁREA / DEPENDENCIA	TRANSPORTE
CENTRO DE COSTO	51115001 7ADM07
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	HOSPITAL SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

SUMINISTRO DE ACEITE Y FILTROS PARA EL VEHICULO DE PLACA OBG274 ASIGNADO PARA LA DIRECCION ADMINISTRATIVA

3. JUSTIFICACIÓN

SUMINISTRO DE ACEITE Y FILTROS PARA EL VEHICULO DE PLACA OBG274 ASIGNADO PARA SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Diana Sandoval
Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo Ó Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

EL INSUMO SOLICITADO SE ENCUENTRA CONTEMPLADO EN EL CONTRATO DE MANTENIMIENTO DE PARQUE AUTOMOTOR, EL CUAL A LA FECHA SE ENCUENTRA SUSPENDIDO, POR LO TANTO, SE SOLICITA REALIZAR ESTE REQUERIMIENTO CON RECURSOS DE CAJA MENOR

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

Fecha Actual : martes 25 junio 2024

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000076930

PROVEEDOR:	LUBRICANTES ESCAMILLA LTDA	**NIT:**	901087925	**FECHA:**	20/06/2024 10:47 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 23 A N 1 - 39			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3022042918			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FELE131645	**% ICA:** 0,0000	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	11/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
152RM013893	FILTRO DE ACEITE	UNIDAD	1,00	$ 24.369,00	$ 24.369,00	0,00	19,00
152RM013493	FILTRO AIRE	UNIDAD	1,00	$ 34.453,00	$ 34.453,00	0,00	19,00
152RM015099	FILTRO DE COMBUSTIBLE NPR ISUZU	UNIDAD	1,00	$ 40.336,00	$ 40.336,00	0,00	19,00
152RM015100	FILTRO SEDIMENTADOR PARA CHEVROLET DIMAX	UNIDAD	1,00	$ 28.571,00	$ 28.571,00	0,00	19,00
152RM014995	ACEITE MULTIGRADO 15W-40 CALIDAD C1 -4	UNIDAD	6,50	$ 29.900,00	$ 194.350,00	0,00	0,00

DETALLE

FACTURA FELE-131645 COMPRA POR CAJA MENOR SANTA CLRA DIGITA MARLON

TOTAL COMPROBANTE:

TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

SUBTOTAL:	$ 322.079,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 24.268,00
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:	$ 346.347,00

Elaboró: Revisó Almacen Revisado Impuestos:

366.349
346 347 Insumos
20.002 Neto
Ingresar Servicios
511115001
7ADN07
Se Registro Ajuste

24.369
34 453
40 336
28 571
16 806

base

144 535

Si IVA

194.352

Aceite NOEIA
27 462 = 19%

100

base 144.537 X

55

P/FYC 4% 13.555
IVA 15 4.119
ICA 1104% 3.741
21.415 = 7344.931

ADMIN
SR MOOD Montenieno 19999
2401000

19999

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

Fecha Actual : jueves, 20 junio 2024

103

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000076930

PROVEEDOR:	LUBRICANTES ESCAMILLA LTDA	**NIT:** 901087925		**FECHA:**	20/06/2024 10:47 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 23 A N 1 - 39			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3022042918			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FELE131645	**% ICA:** 0,0000	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	11/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
152RM013893	FILTRO DE ACEITE	UNIDAD	1,00	$24.369,00	$24.369,00	0,00	19,00
152RM013493	FILTRO AIRE	UNIDAD	1,00	$34.453,00	$34.453,00	0,00	19,00
152RM015099	FILTRO DE COMBUSTIBLE NPR ISUZU	UNIDAD	1,00	$40.336,00	$40.336,00	0,00	19,00
152RM015100	FILTRO SEDIMENTADOR PARA CHEVROLET DIMAX	UNIDAD	1,00	$28.571,00	$28.571,00	0,00	19,00
152RM014995	ACEITE MULTIGRADO 15W-40 CALIDAD CI -4	UNIDAD	6,50	$29.900,00	$194.350,00	0,00	0,00

DETALLE

FACTURA FELE-131645 COMPRA POR CAJA MENOR SANTA CLRA DIGITA MARLON

TOTAL COMPROBANTE:

TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

SUBTOTAL:	$322.079,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$24.268,00
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:	$346.347,00

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Elaboró: | Revisó Almacen | Revisado Impuestos:

6242

104

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	6243	**FECHA**	12/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MANTENIMIENTO ESE		
VALOR:	$169.900,00		
LA SUMA DE:	CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS PESOS M.CTE		
CONCEPTO:	FACTURA No. 1512100292660 SODIMAC COLOMBIA S.A. NIT 900.155.107-1 CARGADOR DE BATERIA DE 12 A 24 VOLTIOS, NECESARIO DE MANERA URGENTE PARA PLANTA ELÉCTRICA DEL HOSPITAL SANTA CLARA, DEBIDO A QUE EN LA ACTUALIDAD LAS BATERIAS SE DESCARGAN Y REQUIEREN ALIMENTACIÓN CONTINÚA PARA EL ENCENDIDO DE LA PLANTA Y ESTA NO CUENTA CON CARGADOR PARA ESTE FIN, SOLICITADO POR JUAN CARLOS LÓPEZ SÁNCHEZ, GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO.		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12491

HOMECENTER
SODIMAC corona

Sodimac Colombia S.A.
NIT 800242106-2

COTIZACIÓN DE MERCANCIA Nº 519266-15

Almacén:	Nqs Mallplaza Bogota	**Direccion**	AVENIDA CARRERA 27 No
Asesor:	BYRON ANDRES SANDOVAL	**Fecha:**	2024/06/07 12:16
Cliente:	Subred Integrada De	**Cedula:**	900959051
Teléfono:	3023348034	**Dirección**	DG 34 # 5 - 43
Email:	subredcentrooriente@saludc	**Ciudad:**	BOGOTA. D.C.
Observación:			

Documento NO válido para entrega de mercancía

Productos de la Cotización

Codigo	Producto	P. Unitario	Cant	Precio Total	Dcto Total	Total Neto
661232	MP CARGADOR DE BATERIA INVERTER 12V-24V	$ 179,900	1	$ 169,900	$ 10,000	$ 169,900

Detalle de IVA incluido en la Cotización

Descripción	Base IVA	Valor IVA
IVA 19%	$ 142,773	$ 27,127

Totales de la Cotización

**Los productos con Descuento NO están sujetos a congelar su valor de Descuento ni a garantizar su disponibilidad. En el momento del pago, actualizarán los precios con base en los descuentos vigentes y el medio de pago utilizado. Las promociones no son acumulables con otras promociones

Iva Total:	$ 27,127
Total:	$ 169,900

OK

106

HOMECENTER

MallPlaza NQS

SODIMAC COLOMBIA S.A.
NIT 800.242.106-2

FACTURA NO. 1512 0100292660

06/07/24 12:30 0015 012 8091

NOTA PEDIDO - 2615017073909
Prov. Alm Recoge Cliente

VALOR RECIBIDO: $ 169,900

Consulte la politica de devoluciones y garantias en www.homecenter.com.co linea nacional 3208899933 o en las tiendas.

Tirilla: 15 12 8091

1280910706241501 5000

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO COMO FACTURA
ESCANEE ESTE CODIGO QR
PARA DESCARGAR SU FACTURA.
ESTA FACTURA NO INCLUYE
EL RECAUDO DE TRANSPORTE
mifacturahomecenter.homecenter.co

CLAVE DIA ALBAÚ¤ILEARON

USO EXCLUSIVO PARQUEADERO

HOMECENTER

MallPlaza NQS

SODIMAC COLOMBIA S.A.
NIT 800.242.106-2

FACTURA NO. 1512 0100292660

06/07/24 12:30 0015 012 8091

NOTA PEDIDO - 2615017073909
Prov. Alm Recoge Cliente

VALOR RECIBIDO: $ 169,900

Consulte la politica de devoluciones y garantias en www.homecenter.com.co linea nacional 3208899933 o en las tiendas.

Tirilla: 15 12 8091

1280910706241501 5000

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO COMO FACTURA
ESCANEE ESTE CODIGO QR
PARA DESCARGAR SU FACTURA.
ESTA FACTURA NO INCLUYE
EL RECAUDO DE TRANSPORTE
mifacturahomecenter.homecenter.co

CLAVE DIA ALBAÚ¤ILEARON

USO EXCLUSIVO PARQUEADERO

107

HOMECENTER® SODIMAC corona

26 150170 73909

Sodimac Colombia S.
NIT 800242106-2
Consecutivo 1017796
Sticker 261501707390

Número para pago
4001673775

Consecutivos Relacionados: 1017797

IMPRESIÓN DE PEDIDO PARA PAGO
DOCUMENTO NO VALIDO PARA ENTREGA DE
PARA LA ENTREGA DE SU PEDIDO, RECLAMO O GARANTÍA

ESTADO: SIN PAGO REGISTRADO
ALMACÉN: NQS MALLPLAZA BOGOTA
CELULAR: 3164740670
cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co
CONTACTO: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
TIPO CLIENTE: REGULAR
ZONA: ZONA 0 BOGOTA CALIMA
RESERVA ID:
PROMESA CLIENTE:
OBSERVACIONES:

TIPO ENTREGA: PROV. ALM. RETIRO EN
NOMBRE CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
DIRECCIÓN: AVENIDA CARRERA 27 No 21-75
BARRIO: USATAMA
CIUDAD: BOGOTA. D.C.
DEPTO ENTREGA: CUNDINAMARCA

FECHA ENTREGA: 14/06/2024
FECHA CREACIÓN: 07/06/2024
NIT: 900959051
FIJO:
FLUJO NOTA PEDIDO:
NOMBRE RED:
ASESOR: Kelly Maritza Vega Garzon
AUTORIZÓ:
COD AUTORIZACIÓN:
PASARELA DE PAGO:
NÚMERO SERVICIO INSTALACIÓN:
CONTROLADO: NO

EMAIL:

Listado Nota Pedido

Barras	Cód HC	Ref. Prov.	Descripción	Ubicación	Cant	Peso Total	Precio Unit.	Precio Total	Dcto Total	Total Neto	Promesa	Fecha Entrega
779912900601	661232	BWCI12	MP CARGADOR DE BATERIA INVERTER 12V-24V		1	0,69	179,900	169,900	10,000	179,900	RECOGIDA TDA PROGRAMADO	14/06/2024

Información Flete

Descripción	Valor
Envío	0

Total Peso: 0.69

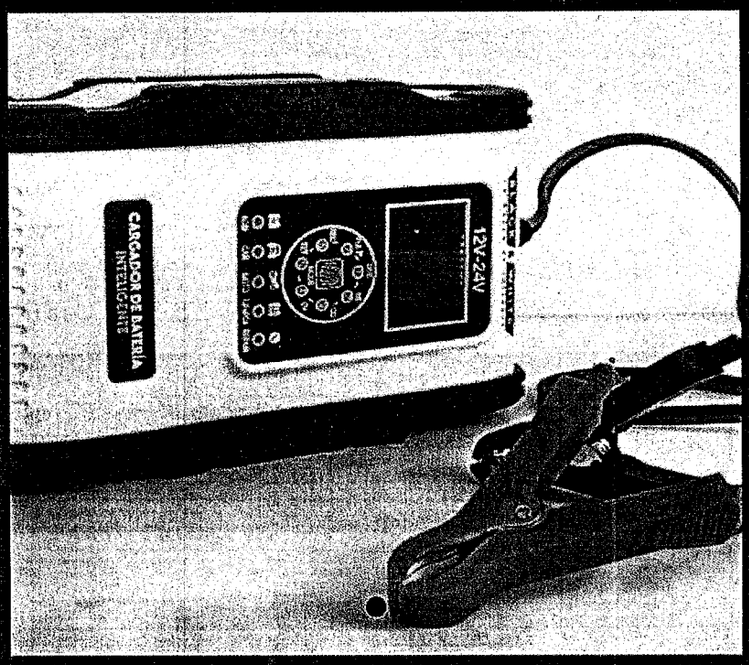
Total Bruto	169,900	**Sub Total**	179,900
Su Ahorro en Productos es	10,000	**Rte Fuente**	0
Su Ahorro en Transporte es	0	**Rte Ica**	0
Su Ahorro Total es	10,000	**TOTAL**	169,900

Detalle de IVA incluido en la Nota

Descripción	Base Iva	Valor Iva	Total
IVA 19%	142,773	27,127	169,900

109

11:52 AM 65%



Black&White

Cargador de Bateria Inverter 12v-24v

PRECIOINTERNET -6%

$ 169.900

Antes $ ~~179.900~~

Ahorras $ 10.000

Agregar a una Lista

Compartir

Cantidad — 1 +

Compra Rápida

Agregar a Carrito

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

COMPROBANTE ENTRADA

Nº0000000000076846

PROVEEDOR:	SODIMAC COLOMBIA S A	NIT: 800242106		FECHA:	18/06/2024 10:30 a. m
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C)			ESTADO:	Confirmado
DIRECCION:	CR 68 D N 80 - 70			MONEDA:	Pesos
TELEFONO:	8013904100			TASA CAM:	0,00
N° FACTURA:	131210029260	% ICA: 0,0000	PLAZO: 0	FECHA FAC:	17/06/2024 12:00 a. m

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
132RM013961	CARGADOR DE BATERIAS 24V	UNIDAD	1.00	$142.773,00	$142.773,00	0,00	19,00

DETALLE

FACTURA 131210029260 COMPRA POR CAJA MENOR. SANTA CLARA DIGITA MARLON

SUBTOTAL:	$142.773,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$27.127,00
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:	$169.900,00

TOTAL COMPROBANTE:

CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró: Revisó Almacen: Fáriana M. Lugo CUENTAS POR PAGAR Revisado Impuestos:

6293

IUD

HOMECENTER SODIMAC corona

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° 1512100292660

SODIMAC COLOMBIA S.A.
NIT 800.242.106-2
Iva Régimen Común
ICA Actividad Económica CIIU 4719
Grandes Contribuyentes Resolución 12220 26 DIC 2022
AUTORRETENEDORES Resolución DIAN 00931 de 29 ENE 2009
Agente de Retención de IVA

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social:	: subred integrada de servicios de salud centro oriente .	**Fecha de Expedición**	: 2024/06/07 12:30:43
NIT	: 900.959.051-7	**Fecha de Vencimiento**	: 2024/06/07
Dirección	: CR 68 #80-77	**Fecha de Validación**	: 2024/06/07
Teléfono	: 3904100	**Fecha de Compra**	: 2024/06/07
Correo	: profesionalsst3@subredcentrooriente.gov.co	**Remisión de Entrega**	:
Dirección de Entrega	:	**Ciudad de Entrega**	:
Forma de Pago	: Contado	**Nro O/C**	:
Plazo	: 0 Dias de Pago	**Tipo Moneda**	: COP
Nro. Interno	: 46018439	**Medio de Pago**	: EFECTIVO
CUFE	: bd94f480cf0ca1d78b77c46f8a70bb557235c72cef4467ec1f77a94fd18e51e0d6fa6fab8c70ca12b8f47c94cedee4fe		
Observaciones	: /		

CANT.	SKU	DESCRIPCION	VR. VENTA UNITARIO	VR. BRUTO SIN IVA	% DESCUENTO	VR. DESCUENTO	SUB.TOTAL	% IVA	VR. IVA	SUB. TOTAL CON IMPTO.
1	661232	MP CARGADOR DE BATER	151.176,47	151.176,47	5,55	8.403,36	142.773,11	19,00	27.126,89	169.900,00

VALOR BRUTO	$	151.176,47
DESCUENTO	$	8.403,36
SUB.TOTAL	$	142.773,11
IVA	$	27.126,89
SUB. TOTAL CON IMPTO.	$	169.900,00

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
12 JUN 2024
Almacén General UPS Santa Librada

SON: CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS PESOS MCTE — **TOTAL A PAGAR $ 169.900,00**

OBSERVACIONES: /

Autorizacion de Numeracion de Facturacion DIAN 18764046096688 del 16/03/2023, Prefijo 1512, Rango 100226362 hasta 150200000 con una vigencia desde el 16/03/2023 hasta 13/09/2024.

La presente Factura Electrónica de Venta, es un título valor de acuerdo con lo establecido en el Código de Comercio y en especial en los artículos 621,772 y 774, el Decreto 2242 del 24 de noviembre de 2015 y el Decreto Único 1074 de mayo de 2015. El presente título valor se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio Art.779 del Código de Comercio.

ADVANCE RETAIL SOLUTION NCR COLOMBIA LTDA NIT 860005074-8

eFactura cadena. NIT. 890.933.534-0

1/1

Juan Carlos. 80853434

113

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 Nº	6244	**FECHA**	13/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:			
VALOR:	$1.071.000,00		
LA SUMA DE:	UN MILLÓN SETENTA Y UN MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. FVE664 SERVICIOS ESPECIALIZADOS INTEGRADOS DE MANTENIMIENTO SAS NIT 830.053.911-3 EMPAQUE PARA AUTOCLAVE MARCA MACROINGENIO UBICADA EN EL AREA DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL JORGE ELIÉCER GAITÁN, SOLICITADO POR WILSON FRANCO, GESTIÓN DE LAA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA. R.FTE. 2.5%.....$22.500 R.ICA 9.66 POR MIL..... 8.694 R.IVA 15%..... 25.650		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12862

119

Carrera 86D No. 1-24 Sur B. Patio Bonito
Celular: 312 582 4683 / 310 245 3353
E-mail: seimsascolombia@gmail.com
Bogotá D.C. Colombia

SEIM S.A.S.

SERVICIOS ESPECIALIZADOS INTEGRADOS DE MANTENIMIENTO S.A.S.

NIT.: 830.053.911 - 3

RESPONSABLE DEL IMPUESTO A LAS VENTAS IVA
ACTIVIDAD ICA 3312 TARIFA 9.66 X 1000
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
NO SOMOS AUTORETENEDORES

Ingeniería Técnica Especializada, Mantenimiento y Reparación, Fabricación, Automatización y Venta, Equipo Médico Esterilización, Redes de Vapor.

Factura Electrónica De Venta
No FVE 664

CLIENTE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE			**NIT**	900959051 7
DIRECCIÓN	DG 34 SUR 5 43	**CIUDAD** Bogota D.C.	**TELÉFONO** 3725610	**CONDICIONES DE PAGO**	Credito
FECHA FACTURA	07 de junio de 2024	**FECHA VENCIMIENTO** 07 de junio de 2024		**MEDIO DE PAGO**	Consignación bancaria

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	SUMINISTRO DE EMPAQUES PARAAUTOCLAVE MACROINGEMNIO DE 250 L UBICADA EN EL HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN COT 288-2023	2	$ 450.000,00	19%	$ 85.500	$ 900.000,00

R-Fte 25% $ 22500
R-ICA 9,66‰ 8.694
R-IVA 15% 25.650
$ 56.844

A pagar $1014.156=

Carlos Ruiz
Representante legal SEIM SAS
cc 3'024493

VoBo
Hanelit. Escob B.
12-06-24.

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
12 JUN 2024
Almacén General

Total líneas o ítems: 1

La presente factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a la letra de cambio, Articulo 774 del Codigo de Comercio. El comprador y aceptante declara haber recibido real y materialmente las mercancias y se obliga a pagar. Vencido el plazo se cobrarán intereses a la tasa máxima legal permitida.

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764056733585 que habilita desde FVE 535 hasta FVE 1000. Vence 2024-09-25

Son:
UN MILLON SETENTA Y UN MIL PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**$ 900.000,00**
DESCUENTO	**$ 0,00**
IVA	**171.000,00**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**$ 1.071.000,00**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica
Fecha y Hora de Generación: 07/06/2024 15:58:11

Favor Consignar en la cuenta de Ahorros Bancolombia No. 08439244187 o a la Cuenta Corriente Davivienda No. 007269996596

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: ec632f38b200a7d20ac24d0c81437af58a646bd1266f0339064777697c5fc15a825c613d9167854bfe5431256e7695ab --Fecha y Hora de Expedición : 07/06/2024 04:01:02 p.m.

115

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.024.493
RUBIO PINILLA
APELLIDOS
CARLOS HUMBERTO
NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 21-MAR-1961
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

20-JUN-1979 FUNZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00007664-M-0003024493-20080509 0000279345A 1 1580003790

116

SEIM S.A.S.
SERVICIOS ESPECIALIZADOS
INTEGRADOS DE MANTENIMIENTO S.A.S.

Ingeniería Técnica Especializada, Mantenimiento y Reparación, Fabricación, Automatización y Venta, Equipo Médico. Esterilización, Redes de Vapor.
NIT: 830.053.911 – 3

Bogotá, 12 de abril de 2024

SEÑORES:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE.
HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN
Ciudad

Ref.: Cotización Nº 081-2024

Cordial saludo,

Me permito cotizar:

ITEM	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	SUMINISTRO DE EMPAQUES PARA PUERTA DE AUTOCLAVE MACROINGENIO UBICADA EN EL HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN	2	$ 450.000	$ 900.000
			SUBTOTAL	**$ 900.000**
			IVA	$ 171.000
			TOTAL	**$ 1.071.000**

CONDICIONES COMERCIALES

Tiempo entrega: 3 días
Forma de Pago: Anticipo 100%
Garantia: 90 días

Cordialmente,

CARLOS H. RUBIO P.
Gerente.

Carrera 86D No 1 – 24 Sur Telefax: 365 4606 * Celular 310 245 3353
E-mail:– seimsascolombia@gmail.com * Bogotá - Colombia

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141023129487

(415)7707212489984(8020) 000014102312948 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 3 0 0 5 3 9 1 1 | 6. DV: 3 | 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá | 14. Buzón electrónico: 3 2

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: SERVICIOS ESPECIALIZADOS INTEGRADOS DE MANTENIMIENTO SAS

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

Dirección principal: 86 D 1 24 SUR

42. Correo electrónico: seimsascolombia@gmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 6 0 1 3 8 3 7 0 0 6 | 45. Teléfono 2: 3 1 2 5 8 2 4 6 8 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
3 3 1 2	1 9 9 9 0 1 1 4	4 6 5 9	2 0 0 8 0 8 2 6	4 6 5 2	3 3 1 3		1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

54. Código: 2 2 | 2 3

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
3	3	57. Modo	1		
		58. CPC	8 2		

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 - 22 / 12 : 24: 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 1.6.1.2.6 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: RUBIO PINILLA CARLOS HUMBERTO
985. Cargo: Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 22-04-2024 12:25:10PM

118

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, 5 DE JUNIO 2024.
NOMBRE FUNCIONARIO	WILSON FANCO
ÁREA / DEPENDENCIA	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA
CENTRO DE COSTO	ESTERILIZACION 4E6405 738702005
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	JORGE ELIECER GAITAN

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

EMPAQUE PARA PUERTA AUTOCLAVE MARCA MACROINGENIO

3. JUSTIFICACIÓN

SE REQUIERE REMPLAZO DE EMPAQUE AUTOCLAVE MACROINGENIO CENTRAL DE ESTERILIZACION HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

Vo.Bo. Funcionario Almacen

Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo Ó Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

COTIZACION No 081-2024. EMPRESA SEIM SAS POR VALOR $ 1,071,000 (UN MILLON SETENTA Y UN MIL PESOS PESOS MCTE)

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

Fecha Actual : miércoles, 19 junio 202

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000076909

PROVEEDOR:	SERVICIOS ESPECIALIZADOS INTEGRADOS DE MANTENIMIENTO SAS	**NIT:** 830053911		**FECHA:**	19/06/2024 03:28 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 86 D N 1 - 24 SUR			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	6013837006			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FVE664	**% ICA:** 9,6600	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	07/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
152RM14865	EMPAQUE PARA PUERTA AUTOCLARVE DE 250 LITROS	UNIDAD	2,00	$450.000,00	$900.000,00	0,00	19,00

DETALLE

FACTURA FVE 664 CAJA MENOR CENTRO DE SALUD JORGE ELIECER GAITAN DIGITA MARLON

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON CATORCE MIL CIENTO CINCUENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

SUBTOTAL:	$900.000,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$171.000,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$25.650,00
RETE ICA:	$8.694,00
RETE FUENTE:	$22.500,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$1.014.156,00

Elaboró:

Revisó Almacen

Tatiana Del Lugo
CUENTAS POR PAGAR
Revisado Impuestos:

120

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6245	**FECHA**	13/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:			
VALOR:	$17.612,00		
LA SUMA DE:	DIECISIETE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A EDUARDO DURAN GÓMEZ NIT 13.834.363-5 POR AUTENTICACIÓN FIRMA DEL AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE, DE CUATRO (4) PODERES; TRES (3) DEL PROCESO DE CUENTAS MÉDICS Y UNO (1) DEL PROCESO DE CARTERA, SOLICITADO POR LUIS OSCAR GALVES MATEUS, GERENCIA		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

NOTARIA 38 DEL CIRCULO DE BOGOTA

Eduardo Durán Gómez
13834363 -5
Cra 7 # 33-13
PBX (1)7421560
RESPONSABLE DE IVA

FACTURA DE VENTA FVE-162454
FECHA 05/Jun/2024 3:36 pm

CONCEPTO FACTURACION	CANT	VALOR
Autenticacion Firma	4	$ 10,400
Autenticacion Biome	1	$ 4,400
Subtotal:		$ 14,000
IVA:		$ 2,812
TOTAL:		$ 17,612

FORMA DE PAGO:Efectivo

C.C. 71663944
LUIS OSCAR GALVES MATEUS
Recibido: $ 20.000
Cambio: $ 2,388

Claudia Patricia Saldarriaga

Recibido a Conformidad:_____
Hora:_____

Resolucion I.C.A 304
Resolución 18764070605667 del 14/05/2
3 desde FVE 159723 AL FVE 200000 Vence
14/11/24

Impresor: Corporación Avance
NIT. 804010424-9
SIGNO MR! Resol. SIC 18886 2017-04-19

NOTARIA 38 DEL CIRCULO DE BOGOTA

Eduardo Durán Gómez
13834363 -5
Cra 7 # 33-13
PBX (1)7421560
RESPONSABLE DE IVA

FACTURA DE VENTA FVE-162454
FECHA 05/Jun/2024 3:36 pm

CONCEPTO FACTURACION	CANT	VALOR
Autenticacion Firma	4	$ 10,400
Autenticacion Biome	1	$ 4,400
Subtotal:		$ 14,800
IVA:		$ 2,812
TOTAL:		$ 17,612

FORMA DE PAGO:Efectivo

C.C. 71663944
LUIS OSCAR GALVES MATEUS
Recibido: $ 20,000
Cambio: $ 2,388

Claudia Patricia Saldarriaga

Recibido a Conformidad:_____
Hora:_____

Resolucion I.C.A 304
Resolución 18764070605667 del 14/05/2
3 desde FVE 159723 AL FVE 200000 Vence
14/11/24

Impresor: Corporación Avance
NIT. 804010424-9
SIGNO MR! Resol. SIC 18886 2017-04-19

122

Secretaria 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	5/06/2024
NOMBRE FUNCIONARIO	LUIS OSCAR GALVES MATEUS
ÁREA / DEPENDENCIA	GERENCIA
CENTRO DE COSTO	7ADA01 511164001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SEDE CALLE 34

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

CUATRO (4) AUTENTICACIÓN DE PODERES - DEL PROCESO DE CUENTAS MÉDICAS (3) Y DEL PROCESO DE CARTERA (1)

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 CUATRO (4) 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 Ó Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

123

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	6246	FECHA	14/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	IMPUESTOS TASAS DERECHOS CONTRIBUCIONES Y MULTAS		
VALOR:	$299.503,00		
LA SUMA DE:	DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS TRES PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. FEB7124 CDA ECOTEC SAS, NIT 900.364.255-8 REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA PARA EL VEHÍCULO ADMINISTRATIVO DE PLACA OBG356 PERTENECIENTE A LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE, ASIGNADO PARA SERVICIOS DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA, SOLICITADO POR DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE, LIDER TRANSPORTE.		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

128

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	**6247**	**FECHA**	**14/06/2024**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**IMPRESOS Y PUBLICACIONES**		
VALOR:	**$59.990,00**		
LA SUMA DE:	**CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS M.CTE.**		
CONCEPTO:	**FACTURA No. 0482 JOSÉ AURELIANO ÁVILA MUÑOZ, NIT 11.373.707-9 FOTOCOPIADO DE FORMATOS PARA EL PROYECTO DE IVESTIGACIÓN "BIOMONITOREO DE METALES Y FUNCIÓN COGNITIVA EN ESCOLARES DE BOGOTÁ 2023", SOLICITADO POR MARTHA SABOGAL GARCÍA, LIDER GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

129

Compu printers
CENTRO DE IMPRESION

FACTURA #. 0482

COMPUPRINTERS
Rut. 11373707-9

Información Cliente

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD CI

TELEFONO:

NIT: 900.959.051-7

FECHA: 16 DE JUNIO DE 2024 CIUDAD: BOGOTA

DESCRIPCION DE PRODUCTO	CANT	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
IMPRESION CARTA NEGRO	857	70	59.990

Recibido: Nohora R Lagos S
Proceso gestión
Conocimiento
Investigación Metales

Recibido. Jefe compuprinters

METODO DE PAGO

SUBTOTAL $ 59.990

DOMICILIO

TOTAL $ 59.990

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

INFO.

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

FORMAS DE PAGO

Bancolombia
Banco de Bogotá
efecty

NOS ENCUENTRAS AQUI

www...

Company printers

Bogotá, 21 de mayo 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE
Ciudad

Ref. **COTIZACION 0150**

Estamos entregando la siguiente propuesta según el requerimiento realizado referente a:

PROPUESTA COMERCIAL

FORMATO	CANTIDAD DE COPIAS POR FORMATO	TOTAL POR FOLIOS	DOBLE CARA - HOJAS	TAMAÑO PAPEL	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Asentimiento informado	50	100	Doble cara 1 hoja	Carta	$ 70	$ 7.000
Consentimineto informado	50	100	Doble cara 1 hoja	Carta	$ 70	$ 7.000
Claves Bogotá	30	180	Doble cara 6 hojas	Carta	$ 70	$ 12.600
Protocolo WISC IV	50	450	Doble cara 9 hojas	Carta	$ 70	$ 33.400
TOTAL		830				**$ 60.000**

Los precios de esta cotización están sujetos a los cambios de valor del mercado.

CONDICIONES COMERCIALES

Tiempo de Entrega: A convenir
Forma de Pago: 50% anticipo – 50% contra entrega.

Cordialmente,

MARCELA AVILA
Asesora Comercial

13

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14974614922

(415)7707212489984(8020) 000001497461492 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 1 3 7 3 7 0 7 — 6. DV: 9

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 3 2

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: 1 1 3 7 3 7 0 7

27. Fecha expedición:

Lugar de expedición — 28. País: COLOMBIA 1 6 9

29. Departamento: Cundinamarca 2 5

30. Ciudad/Municipio: Fusagasugá 2 9 0

31. Primer apellido: AVILA

32. Segundo apellido: MUÑOZ

33. Primer nombre: JOSE

34. Otros nombres: AURELIANO

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: CR 12 H 2214 SUR

42. Correo electrónico: compuprintersanjose@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 2 2 2 4 3 0 6 6 4

45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 / 2	51. Código	52. Número establecimientos
1 8 1 2	2 0 0 5 0 6 1 5	1 8 1 1	2 0 0 5 0 6 1 5		7 3 1 0 / 8 2 1 9		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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: 2024 - 02 - 15 / 16 : 08: 43

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: AVILA MUÑOZ JOSE AURELIANO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 13-06-2024 11:41:52AM

WISC-IV

Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV

Protocolo de registro

Nombre del niño: _____

Examinador: _____

Estimación de la edad del niño

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación			
Fecha de nacimiento			
Edad a la evaluación			

Conversiones de puntuación natural total a puntuación escalar

Subprueba	Puntuación natural	Puntuaciones escalares					
Diseño con cubos							
Semejanzas							
Retención de dígitos							
Conceptos con dibujos							
Claves							
Vocabulario							
[illegible]ón de números y letras							
Matrices							
Comprensión							
Búsqueda de símbolos							
(Figuras incompletas)				( )			
(Registros)	N/A	N/A				(N/A)	
(Información)			( )				
(Aritmética)					( )		
Palabras en contexto (Pistas)			( )				
Suma de puntuaciones escalares			Comprensión verbal	Razonamiento perceptual	Memoria de trabajo	Velocidad de procesamiento	Escala Total

* Para puntuación escalar de subpruebas, véase tabla C-1, Manual de aplicación

	Todas las 10 subpruebas*	3 de Comprensión verbal	3 de Razonamiento perceptual
Suma de puntuaciones escalares			
Número de subpruebas	÷10	÷3	÷3
Puntuación media			

[illegible]edia total se calcula a partir de las 10 subpruebas esenciales.

Cálculo de puntuaciones índice

Escala	Suma de puntuaciones escalares	Índice compuesto	Rango percentil	Intervalo de confianza de .95 %
Comprensión verbal				
Razonamiento perceptual				
Memoria de trabajo				
Velocidad de procesamiento				
Escala Total				

* Véase tablas de la A-2 a la A-6, Manual de aplicación

Perfil de puntuaciones escalares de subprueba

	Compresión verbal					Razonamiento perceptual				Memoria de trabajo			Velocidad de procesamiento		
	SE	VB	CM	(IN)	(PC)	DC	CD	MT	(FI)	RD	NL	(AR)	CL	BS	(RG)
19	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
18	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
17	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
16	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
15	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
14	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
13	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
12															
11	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
10	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
9	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
8															
7	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
6	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
5	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
4	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
3	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
2	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
1	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Perfil de puntuaciones compuestas

	ICV	IRP	IMT	IVP	CIT
160					
150					
140					
130					
120					
110					
100					
90					
80					
70					
60					
50					
40					

Código: _____

manual moderno®
D.R. © 2005 (Estandarización)
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

MP
75-3

ISBN 970-729-262-8 (Protocolo de registro)
ISBN 970-729-261-X (Prueba completa)

135

Comparaciones de discrepancia

	Índice/Subprueba	Puntuación compuesta 1	Puntuación compuesta 2	Diferencia	Valor crítico	Diferencia significativa (S) o (N)	Tasa base
Nivel de índice	ICV – IRP	ICV	IRP				
	ICV – IMT	ICV	IMT				
	ICV – IVP	ICV	IVP				
	IRP – IMT	IRP	IMT				
	IRP – IVP	IRP	IVP				
	IMT – IVP	IMT	IVP				
Nivel de subprueba	Retención de dígitos – Sucesión de números y letras	RD	NL		2.83		
	Claves – Búsqueda de símbolos	CL	BS		3.55		
	Semejanzas – Conceptos con dibujos	SE	CD		3.36		

Para comparaciones de discrepancia, consúltense los cuadros B–1, B–2, B–3 y B–4

Base para la comparación

Marque una:

- [x] Muestra general
- [ ] Nivel de capacidad

Nivel de significación estadística

- [x] .05

Determinación de fortalezas y debilidades

Subprueba	Puntuación escalar de subprueba	Puntuación escalar media	Diferencia de la media	Valor crítico (0.5)	Fortaleza o debilidad (F) o (D)	Tasa base
Diseño con cubos				3.01		
Semejanzas				3.01		
Retención de dígitos				2.87		
Conceptos con dibujos				3.39		
Claves				3.17		
Vocabulario				2.70		
Sucesión de números y letras				2.63		
Matrices				2.68		
Comprensión				3.44		
Búsqueda de símbolos				3.56		

Para fortalezas y debilidades, véase tabla B–5

Base para la comparación

Marque una:

- [x] Media general
- [ ] Medias de Comprensión verbal y Razonamiento perceptual

Análisis de proceso

Conversión de puntuación natural total a puntuación escalar

Puntuación de proceso	Puntuación natural	Puntuación escalar
Diseño con cubos sin bonificación por tiempo		
Retención de dígitos orden directo		
Retención de dígitos orden inverso		
Registros aleatorio		
Registros estructurado		

Para puntuaciones escalares, consúltese Tabla A–8.

Conversión de puntuación natural a tasa base

Puntuación de proceso	Puntuación	Tasa base
Secuencia más larga de Retención de dígitos orden directo (RDDL)		
Secuencia más larga de Retención de dígitos orden inverso (RDIL)		

Para información de tasa base, consúltese el cuadro B–7.

Comparación de discrepancias

Puntuación de proceso	Puntuación natural 1	Puntuación natural 2	Diferencia	Tasa base
RDDL - RDIL				

Para información de tasa base, consúltese el cuadro B–8.

Comparaciones de discrepancia

	Puntuación de Subprueba/Proceso	Puntuación escalar 1	Puntuación escalar 2	Diferencia	Valor crítico (0.5)	Diferencia significativa (S) o (N)	Tasa base
Nivel de proceso	Diseño con cubos – Diseño con cubos sin bonificación por tiempo	DC	DCSB		3.26		
	Retención de dígitos orden directo – Retención de dígitos orden inverso	RDD	RDI		3.62		
	Registros aleatorio – Registros estructurado	RA	RE		4.40		

Para comparaciones de dicrepancia, consúltense los cuadros B–9 y B–10.

Nivel de significación estadística

- [x] .05

1. Diseño con cubos

(Límite de tiempo: véase reactivo)

Inicio
Edades 6-7: reactivo 1
Edades 8-16: reactivo 3

Inversión
Edades 8-16: puntuación de **0** o **1** en cualquiera de los dos primeros reactivos dados, aplique los reactivos anteriores en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas

Discontinuación
Después de **3** puntuaciones consecutivas de 0

Puntuación
Reactivos 1-3: puntuación de **0, 1** o **2** puntos
Reactivos 4-8: puntuación de **0** a **4** puntos
Reactivos 9-14: puntuación de **0** o la puntuación apropiada de bonificación por tiempo

DCSB
Reactivos 1-3: puntuación de **0, 1** o **2** puntos
Reactivos 4-14: puntuación de **0** o **4** puntos

	Diseño	Método de presentación	Límite de tiempo	Tiempo de terminación	Diseño correcto	Diseño construido	Puntuación
6-7	1. Niño / Examinador	Modelo	30"		S N	Ensayo 1 / Ensayo 2	Ensayo 1 / Ensayo 2: 0 1 2
	2.	Modelo	45"		S N	Ensayo 1 / Ensayo 2	Ensayo 1 / Ensayo 2: 0 1 2
8-16	3.	Modelo y dibujo	45"		S N	Ensayo 1 / Ensayo 2	Ensayo 1 / Ensayo 2: 0 1 2
	4.	Dibujo	45"		S N		0 4
	5.	Dibujo	45"		S N		0 4
	6.	Dibujo	75"		S N		0 4
	7.	Dibujo	75"		S N		0 4
	8.	Dibujo	75"		S N		0 4
	9.	Dibujo	75"		S N		0 4 (31-35) 5 (21-30) 6 (11-20) 7 (1-10)
	10.	Dibujo	75"		S N		0 4 (31-35) 5 (21-30) 6 (11-20) 7 (1-10)
	11.	Dibujo	120"		S N		0 4 (71-120) 5 (51-70) 6 (31-50) 7 (1-30)
	12.	Dibujo	120"		S N		0 4 (71-120) 5 (51-70) 6 (31-50) 7 (1-30)
	13.	Dibujo	120"		S N		0 4 (71-120) 5 (51-70) 6 (31-50) 7 (1-30)
	14.	Dibujo	120"		S N		0 4 (71-120) 5 (51-70) 6 (31-50) 7 (1-30)

Puntuación natural total (Máxima = 68) _____

Diseño con cubos sin bonificación por tiempo (DCSB)
Puntuación natural total (Máxima = 50) _____

2. Semejanzas (continuación)

Discontinúe después de **3** puntuaciones consecutivas de 0

Reactivo	Respuesta	Puntuación
19. Permiso-Prohibición		0 1 2
20. Sal-Agua		0 1 2
21. Venganza-Perdón		0 1 2
22. Realidad-Fantasía		0 1 2
23. Espacio-Tiempo		0 1 2

Puntuación natural total (Máxima = 44)

3. Retención de dígitos

Inicio
Edades 6-16:
Orden directo: reactivo 1
Orden inverso: reactivo muestra, luego reactivo 1

Discontinuación
Orden directo: Después de puntuaciones de **0** en ambos ensayos de un reactivo
Orden inverso: Después de puntuaciones de **0** en ambos ensayos de un reactivo

Puntuación
Puntuación de **0** o **1** para cada ensayo
RDD & RDI
Puntuación natural total para RD en orden directo e inverso, respectivamente
RDDL & RDIL
Número de dígitos recordados en el último ensayo calificado con 1 punto para RD en orden directo e inverso, respectivamente

Orden directo Ensayo	Respuesta	Puntuación del ensayo	Puntuación del reactivo
6-16 1.	2 – 9	0 1	0 1 2
	4 – 6	0 1	
2.	3 – 8 – 6	0 1	0 1 2
	6 – 1 – 2	0 1	
3.	3 – 4 – 1 – 7	0 1	0 1 2
	6 – 1 – 5 – 8	0 1	
4.	5 – 2 – 1 – 8 – 6	0 1	0 1 2
	8 – 4 – 2 – 3 – 9	0 1	
5.	3 – 8 – 9 – 1 – 7 – 4	0 1	0 1 2
	7 – 9 – 6 – 4 – 8 – 3	0 1	
6.	5 – 1 – 7 – 4 – 2 – 3 – 8	0 1	0 1 2
	9 – 8 – 5 – 2 – 1 – 6 – 3	0 1	
7.	1 – 8 – 4 – 5 – 9 – 7 – 6 – 3	0 1	0 1 2
	2 – 9 – 7 – 6 – 3 – 1 – 5 – 4	0 1	
8.	5 – 3 – 8 – 7 – 1 – 2 – 4 – 6 – 9	0 1	0 1 2
	4 – 2 – 6 – 9 – 1 – 7 – 8 – 3 – 5	0 1	

Orden inverso Ensayo	Respuesta	Puntuación del ensayo	Puntuación del reactivo
6-16 M.	8 – 2		
	5 – 6		
1.	2 – 1	0 1	0 1 2
	1 – 3	0 1	
2.	3 – 5	0 1	0 1 2
	6 – 4	0 1	
3.	2 – 5 – 9	0 1	0 1 2
	5 – 7 – 4	0 1	
4.	8 – 4 – 9 – 3	0 1	0 1 2
	7 – 2 – 9 – 6	0 1	
5.	4 – 1 – 3 – 5 – 7	0 1	0 1 2
	9 – 7 – 8 – 5 – 2	0 1	
6.	1 – 6 – 5 – 2 – 9 – 8	0 1	0 1 2
	3 – 6 – 7 – 1 – 9 – 4	0 1	
7.	8 – 5 – 9 – 2 – 3 – 4 – 6	0 1	0 1 2
	4 – 5 – 7 – 9 – 2 – 8 – 1	0 1	
8.	6 – 9 – 1 – 7 – 3 – 2 – 5 – 8	0 1	0 1 2
	3 – 1 – 7 – 9 – 5 – 4 – 8 – 2	0 1	

RDDL
Máxima=(9)

Retención de dígitos en orden directo (RDD)
Puntuación natural total (Máxima = 16)

RDIL
Máxima=(8)

Retención de dígitos en orden inverso (RDI)
Puntuación natural total (Máxima = 16)

Puntuación natural total (Máxima = 32)

6. Vocabulario

Inicio
Edades 6-8: reactivo 5
Edades 9-11: reactivo 7
Edades 12-16: reactivo 9

Inversión
Edades 6-16: puntuación de **0** o **1** en cualquiera de los dos primeros reactivos dados, aplique los reactivos anteriores en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas

Discontinuación
Después de **3** puntuaciones consecutivas de 0

Puntuación
Reactivos 1-4: puntuación de **0** o **1** punto
Reactivos 5-36: puntuación de **0, 1** o **2** puntos
Véase el Manual de aplicación para respuestas muestra

Reactivo	Respuesta	Puntuación
Reactivos con dibujos		
1. Coche (auto; automóvil)		0 1
2. Flor		0 1
3. Tren (ferrocarril)		0 1
4. Cubeta (balde)		0 1
Reactivos verbales		
6-8 †5. Reloj		0 1 2
6. Sombrilla		0 1 2
9-11 7. Ladrón		0 1 2
8. Vaca		0 1 2
12-16 †9. Sombrero		0 1 2
10. Valiente		0 1 2
11. Obedecer		0 1 2
12. Bicicleta		0 1 2
13. Antiguo		0 1 2
14. Abecedario		0 1 2
15. Remedar (Arremedar)		0 1 2
16. Fábula		0 1 2
17. Emigrar		0 1 2

† Si el niño no proporciona una respuesta de 2 puntos, dé la respuesta indicada en el Manual de aplicación.
* Las respuestas que requieren interrogatorio específico se encuentran identificadas en el Manual de aplicación.

Continúa

7. Sucesión de números y letras

137

Inicio
Edades 6-7: reactivos de verificación de aptitudes, reactivo muestra y después reactivo 1
Edades 8-16: reactivo muestra, luego reactivo 1

Discontinuación
Discontinúe si el niño no puede responder correctamente a cualquiera de los reactivos de verificación de aptitudes o después de puntuaciones de **0** en los tres ensayos completos de un reactivo.

Puntuación
Puntuación de **0** o **1** punto para cada ensayo

Reactivos de verificación de aptitudes	Respuesta correcta	Correcto
6-7 Enumeración	El niño cuenta hasta tres	S N
Abecedario	El niño dice el abecedario hasta la letra C	S N

Reactivo	Ensayo		Respuesta correcta			Respuesta al pie de la letra	Puntuación del ensayo	Puntuación del reactivo
M	1.	A – 2	2 – A	A – 2				
6-16	2.	B – 3	3 – B	B – 3				
1.	1.	A – 3	3 – A	A – 3			0 1	0 1 2 3
	Si el niño responde A – 3, corríjalo de inmediato como se indica en el Manual.							
	2.	B – 1	1 – B	B – 1			0 1	
	3.	2 – C	2 – C	C – 2			0 1	
2.	1.	C – 4	4 – C	C – 4			0 1	0 1 2 3
	2.	5 – E	5 – E	E – 5			0 1	
	3.	D – 3	3 – D	D – 3			0 1	
3.	1.	B – 1 – 2	1 – 2 – B	B – 1 – 2			0 1	0 1 2 3
	2.	1 – 3 – C	1 – 3 – C	C – 1 – 3			0 1	
	3.	2 – A – 3	2 – 3 – A	A – 2 – 3			0 1	
4.	1.	D – 2 – 9	2 – 9 – D	D – 2 – 9			0 1	0 1 2 3
	2.	R – 5 – B	5 – B – R	B – R – 5			0 1	
	Si el niño responde 5 – R – B o R – B – 5 diga, **Recuerda decir las letras en orden.**							
	3.	H – 9 – K	9 – H – K	H – K – 9			0 1	
5.	1.	3 – E – 2	2 – 3 – E	E – 2 – 3			0 1	0 1 2 3
	Si el niño responde 3 – 2 – E o E – 3 – 2 diga, **Recuerda decir los números en orden.**							
	2.	9 – J – 4	4 – 9 – J	J – 4 – 9			0 1	
	3.	B – 5 – F	5 – B – F	B – F – 5			0 1	
6.	1.	1 – C – 3 – J	1 – 3 – C – J	C – J – 1 – 3			0 1	0 1 2 3
	2.	5 – A – 2 – B	2 – 5 – A – B	A – B – 2 – 5			0 1	
	3.	D – 8 – M – 1	1 – 8 – D – M	D – M – 1 – 8			0 1	
7.	1.	1 – B – 3 – G – 7	1 – 3 – 7 – B – G	B – G – 1 – 3 – 7			0 1	0 1 2 3
	2.	9 – V – 1 – T – 7	1 – 7 – 9 – T – V	T – V – 1 – 7 – 9			0 1	
	3.	P – 3 – J – 1 – M	1 – 3 – J – M – P	J – M – P – 1 – 3			0 1	
8.	1.	1 – D – 4 – E – 9 – G	1 – 4 – 9 – D – E – G	D – E – G – 1 – 4 – 9			0 1	0 1 2 3
	2.	H – 3 – B – 4 – F – 8	3 – 4 – 8 – B – F – H	B – F – H – 3 – 4 – 8			0 1	
	3.	7 – Q – 6 – M – 3 – Z	3 – 6 – 7 – M – Q – Z	M – Q – Z – 3 – 6 – 7			0 1	
9.	1.	S – 3 – K – 4 – Y – 1 – G	1 – 3 – 4 – G – K – S – Y	G – K – S – Y – 1 – 3 – 4			0 1	0 1 2 3
	2.	7 – S – 9 – K – 1 – T – 6	1 – 6 – 7 – 9 – K – S – T	K – S – T – 1 – 6 – 7 – 9			0 1	
	3.	L – 2 – J – 6 – Q – 3 – G	2 – 3 – 6 – G – J – L – Q	G – J – L – Q – 2 – 3 – 6			0 1	
10.	1.	4 – B – 8 – R – 1 – M – 7 – H	1 – 4 – 7 – 8 – B – H – M – R	B – H – M – R – 1 – 4 – 7 – 8			0 1	0 1 2 3
	2.	J – 2 – U – 8 – A – 5 – C – 4	2 – 4 – 5 – 8 – A – C – J – U	A – C – J – U – 2 – 4 – 5 – 8			0 1	
	3.	6 – L – 1 – Z – 5 – H – 2 – W	1 – 2 – 5 – 6 – H – L – W – Z	H – L – W – Z – 1 – 2 – 5 – 6			0 1	

Puntuación natural total
(Máxima = 30)

9. Comprensión (continuación)

120

Discontinúe después de **3** puntuaciones consecutivas de 0

Reactivo	Respuesta	Puntuación
7. Pelear		0 1 2
*8. Bibliotecas		0 1 2
9. Inspeccionar		0 1 2
10. Ejercicio		0 1 2
11. Disculparse		0 1 2
*12. Luces		0 1 2
13. Derechos de autor		0 1 2
14. Promesa		0 1 2
*15. Médicos		0 1 2
*16. Periódico		0 1 2
*17. Libertad de expresión		0 1 2
*18. Propietaria		0 1 2
19. Estampillas		0 1 2
*20. Comunicación		0 1 2
*21. Ciencia y tecnología		0 1 2

* Si el niño contesta con sólo una idea general, pida una segunda respuesta como se indica en el Manual de aplicación.

Puntuación natural total (Máxima = 42)

13. Información

Inicio
Edades 6-8: reactivo 5
Edades 9-11: reactivo 10
Edades 12-16: reactivo 12

Inversión
Edades 6-16: puntuación de **0** en cualquiera de los dos primeros reactivos dados, aplique los reactivos en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas

Discontinuación
Después de **5** puntuaciones consecutivas de 0

Puntuación
Puntuación de **0** o **1** punto
Véase el Manual de aplicación para respuestas muestra

Reactivo	Respuesta	Puntuación
†1. Pie		0 1
†2. Nariz		0 1
3. Comida		0 1
*4. Orejas		0 1
6-8 5. Años		0 1
6. Patas		0 1
*7. Jueves		0 1
*8. Monedas		0 1
9. Marzo		0 1
9-11 10. Hierve		0 1
*11. Semana		0 1
12-16 12. Año		0 1
13. Colón		0 1
*14. Estaciones		0 1
*15. Docena		0 1
16. Estómago		0 1
17. Mes		0 1

Reactivo	Respuesta	Puntuación
*18. Fósil		0 1
19. Ozono		0 1
20. Oxígeno		0 1
21. Jeroglíficos		0 1
*22. Población	(Rta: China/ India)	0 1
23. Grecia		0 1
*24. Oxidación		0 1
25. Hojas		0 1
*26. Darwin		0 1
27. Diamantes		0 1
28. Confucio		0 1
29. Solsticio	¿colores del arcoíris?	0 1
30. Barómetro		0 1
31. Fisión		0 1
*32. Nueva York	Distancia Bogotá y Cartagena	0 1
33. Resina natural		0 1

† Si el niño no proporciona una respuesta de 1 punto, dé la respuesta indicada en el Manual de aplicación.
* Las respuestas que requieren interrogatorio específico se encuentran identificadas en el Manual de aplicación.

Puntuación natural tota
(Máxima = 33

14. Aritmética

(Límite de tiempo: 30")

Inicio
Edades 6-7: reactivo 3
Edades 8-9: reactivo 9
Edades 10-16: reactivo 12

Inversión
Edades 6-16: puntuación de **0** en cualquiera de los dos primeros reactivos dados, aplique los reactivos en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas

Discontinuación
Después de **4** puntuaciones consecutivas de 0

Puntuación
Puntuación de **0** o **1** punto

Reactivo	Respuesta correcta	Respuesta	Puntuación
†1. Pájaros	1, 2, 3		0 1
†2. Pollitos	1, 2, 3, 4, 5		0 1
6-7 †3. Árboles	1, 2,... 10		0 1
4. Mariposas	9		0 1
5. Nueces	2		0 1
6. Libros	4		0 1
7. Crayolas	5		0 1
8. Galletas	3		0 1
8-9 9. Pesos	6		0 1
10. Pedazos	2		0 1
11. Caramelos	7		0 1
10-16 12. Lápices	6		0 1

Reactivo	Respuesta correcta	Respuesta	Puntuación
13. Bicicletas	15		0 1
14. Pelotas	14		0 1
15. Calcomanías	25		0 1
16. Vacas	5		0 1
17. Globos	7		0 1
18. Manzana	9		0 1
19. Plumas Esferos	20		0 1
20. Puntos	32		0 1
21. Premios	24		0 1
22. Karate	19		0 1
23. Cambio	7		0 1
24. Observación	6		0 1

Reactivo	Respuesta correcta	Respuesta	Puntuación
25. Dinero	8.50		0 1
26. Clases	20		0 1
27. Revistas	3		0 1
28. Manejo	60		0 1
29. Carpeta	30		0 1
30. Temperatura	3		0 1
31. Juego	34		0 1
32. Lavado de autos	48		0 1
33. Vuelo	2:00		0 1
34. Trabajo	40		0 1

Manzanas

Puntuación natural total
(Máxima = 34)

† Si el niño no proporciona una respuesta de 1 punto, dé la respuesta indicada en el Manual de aplicación.

15. Palabras en contexto (Pistas) (continuación)

140

Discontinúe después de **5** puntuaciones consecutivas de 0

Reactivo	Pista	Respuesta	Correcta	Puntuación
15.	I. Facilita la convivencia de las personas que son diferentes...		S N	0 1
	II. Se rompe cuando hay conflictos sociales...		S N	
	III. y es algo que la ONU y muchos gobiernos tratan de mantener.		S N	
16.	I. Son normas que debe respetar el ciudadano...		S N	0 1
	II. y están escritas con el fin de proteger a la sociedad.		S N	
17.	I. La gente lo hace para arreglar edificios viejos...		S N	0 1
	II. y se hace para devolver el aspecto original a algo.		S N	
18.	I. No se detiene.		S N	0 1
	II. No se toca...		S N	
	III. y se puede medir.		S N	
19.	I. Es un permiso oficial...		S N	0 1
	II. por lo general lo otorga una autoridad...		S N	
	III. y puede ser que hagas un examen para obtenerlo.		S N	
20.	I. Lo festejas....		S N	0 1
	II. aumenta cada año...		S N	
	III. y te hace más grande.		S N	
21.	I. Nunca se ha visto...		S N	0 1
	II. mejora nuestras vidas...		S N	
	III. y puede provocar que la gente gane premios.		S N	
22.	I. Este es un lugar...		S N	0 1
	II. y te protege de los cambios de clima...		S N	
	III. y se halla dentro de otra cosa.		S N	
23.	I. Puede ser un río...		S N	0 1
	II. y las guerras pueden cambiarlo...		S N	
	III. y dos países pueden compartirlo.		S N	
24.	I. Ha pasado...		S N	0 1
	II. y se puede contar...		S N	
	III. y otorga lecciones a la gente.		S N	

Puntuación natural total (Máxima = 24) _____

ASENTIMIENTO INFORMADO

"BIOMONITOREO DE METALES Y FUNCIÓN COGNITIVA EN ESCOLARES DE BOGOTÁ, 2023"

¿Cómo te llamas?:_____

¿Cuántos años tienes?: _____

Estamos haciendo un proyecto en el que queremos ver si los niños y niñas que van al colegio en algunos lugares de Bogotá, tienen metales en sus uñas y en su Cabello, si eso está relacionado con alguna falta en los procesos mentales que toda persona necesita para poder hacer las cosas de la vida diaria, así como, alguna enfermedad del cerebro y del sistema nervioso.

La persona que está al frente de nuestro grupo es Andrea Moya, ella trabaja con la Subred Sur. También habrá otras personas participando en este proyecto y trabajan con otros hospitales y universidades.

Si quieres participar, solo tomaremos un pedacito de tus uñas y cabello, además, te pediremos completar dos juegos de memorizar dibujos, figuras y tarjetas para entender tu capacidad para memorizar cosas y/o cambiar de una tarea a otra. Esto no implica ningún riesgo para tu salud, ni tendrás alguna molestia relacionada por participar en el estudio.

Nada malo pasará si no quieres participar, es tu elección y no serás obligado a hacerlo. Las respuestas que des solo las conoceremos nosotros y no se compartirán con nadie. Sin embargo, cuando tengamos los resultados de tus exámenes se los diremos a tus papás.

Doy permiso, en compañía de mis padres, a tomar un pedacito de uña y de cabello, así como realizar los dos juegos.

SI ☐ NO ☐ Huella ☐

BIOMONITOREO DE METALES Y FUNCIÓN COGNITIVA EN ESCOLARES DE BOGOTÁ, 2023

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimados padres, los invitamos a participar en la investigación "**BIOMONITOREO DE METALES Y FUNCIÓN COGNITIVA EN ESCOLARES DE BOGOTÁ, 2023**". Este es un proyecto que tiene como investigadora principal a Iris Andrea Moya Muñoz de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. Las instituciones co-investigadoras son la Universidad EAN, La Universidad San Buenaventura, la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE.

Los metales son comúnmente utilizados en las actividades productivas humanas. Estas sustancias químicas pueden ingresar al cuerpo por vía dérmica, inhalación e ingestión. Los niños son particularmente vulnerables causando efectos neurológicos y alteraciones en el desarrollo, por este motivo se desarrolla esta investigación; cuyo objetivo es establecer la asociación entre las concentraciones de: plomo, mercurio, cobre, cadmio, cromo, y manganeso en uñas en escolares de 7 a 10 años en colegios públicos en Bogotá con la función cognitiva y trastornos neuropsiquiátricos. El proyecto tiene una duración de 14 meses.

Si desea participar, responderá algunas preguntas, que durarán más o menos quince minutos y que incluyen aspectos sobre su estado de salud, trabajo y contacto con contaminantes del ambiente. También le pediremos contestar unas preguntas relacionadas con problemas de salud y comportamiento que su niño(a) pueda tener.

A su niño (a) le tomaremos una muestra de las uñas de los pies y del cabello, vamos a medir la altura y peso de su niño(a). La recolección de estas muestras tomará más o menos 5 minutos y será orientada por nuestro equipo de investigación. En las muestras de uñas y de cabello mediremos restos de metales pesados (plomo, mercurio, cobre, cadmio, cromo, y manganeso) con los que su niño(a) podría haber tenido contacto y que podrían afectar su salud. Una vez recolectadas las muestras de todos los participantes, serán analizadas en laboratorios especializados. Se almacenará una muestra de reserva por un tiempo de dos años, que será utilizada en caso de presentarse algún error o dificultad en el envío y/o análisis de la misma.

Posterior al corte de las uñas y del cabello, se evaluarán las capacidades cognitivas de los escolares utilizando la versión mexicano-española de la Wechsler Intelligence Scale for Children, 4ta edición (WISC-IV), con esta prueba se le pedirá a su hijo (a) completar dos juegos de memorizar dibujos, figuras y tarjetas para entender su capacidad para memorizar cosas y/o cambiar de una tarea a otra.

Adicionalmente se realizará una entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (CHIPS) esta es una entrevista altamente estructurada que detectará la presencia de 2 trastornos psiquiátricos: Trastorno de Déficit de atención con hiperactividad y Trastorno Negativista Desafiante. cuya base se encuentra en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión IV Las evaluaciones serán realizadas por psicólogos en proceso de formación de maestría en neuropsicología y asesorados por un neuropsicólogo pediatra.

Los niños que participan en el estudio deben cumplir con los siguientes criterios: tener entre 7 y 10 años, no tener un diagnóstico de alguna alteración cognitiva o de discapacidad, vivir durante al menos 6 meses en el área donde reside actualmente.

No existen riesgos para usted o su niño(a) al participar en este estudio. Todos los procedimientos que vamos a utilizar son seguros y poco invasivos. En algún momento puede sentirse avergonzada o triste por algunas preguntas que les hacemos, recuerde que no tiene que responder a las preguntas que no quiera contestar.

No existe un beneficio directo para usted o su niño(a) al participar en el estudio; sin embargo, sí sospechamos que su niño(a) tiene algún problema de salud o de conducta que requiera atención médica, se lo diremos a usted

y los orientaremos para que pueda visitar el centro de salud que le corresponde. Una vez tengamos los resultados de las muestras de su niño(a), le entregaremos a usted los resultados personalmente y por escrito y se le resolverán las dudas que surjan. Los resultados generales sobre si el contacto con los metales podría estar relacionado con problemas de salud en los niños(as) de 7-10 años de edad, los informaremos a usted, a su comunidad y a los representantes del gobierno, del sector ambiental, del sector salud y educativo, protegiendo siempre sus identidades.

Usted puede negarse a participar o dejar de participar en el estudio en cualquier momento. También puede negarse a que su niño(a) forme parte del estudio o que deje de participar en cualquier momento. Si decidiera retirarse, esto no le afectará de ninguna manera ni a usted ni a su niño(a).

La información recolectada será guardada y protegida, los archivos con su nombre y apellido serán reemplazados por un número. Todos los archivos tendrán una clave de acceso para proteger su contenido y la información será destruida luego de 5 años. Todo lo que usted nos diga es confidencial. No le diremos a nadie que usted está participando en el estudio y no daremos su información personal sin su permiso. En las publicaciones de los resultados de la investigación, su información y la de su niño permanecerá como confidencial.

La invitación a participar de este estudio obedece a un proceso de selección al azar del total de la población infantil y no a ningún proceso de selección individual o condición especial. Se le entregará una copia de este documento, si tiene alguna duda o pregunta sobre el estudio puede comunicarse con Iris Andrea Moya Muñoz, directora de la investigación, a los teléfonos 3115653378 y 3115467283 en la Subred Sur o enviar un correo electrónico a gobernanzaruralidadsubredsur@gmail.com o referenteinvestigacion@subredsur.gov.co

De acuerdo a lo anterior, usted ha recibido una copia de este consentimiento para su uso personal, participa voluntariamente y autoriza voluntariamente a que su hijo(a) participe en el estudio.

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre de madre, padre o representante legal
No. cédula de madre:

_____
Firma de madre, del padre o del representante legal

Nombre de investigador/asistente de investigación:

No. cédula de investigador/asistente de investigación:

_____
Firma de investigador/asistente de investigación

Nombre del niño(a):

_____
Firma del niño(a)

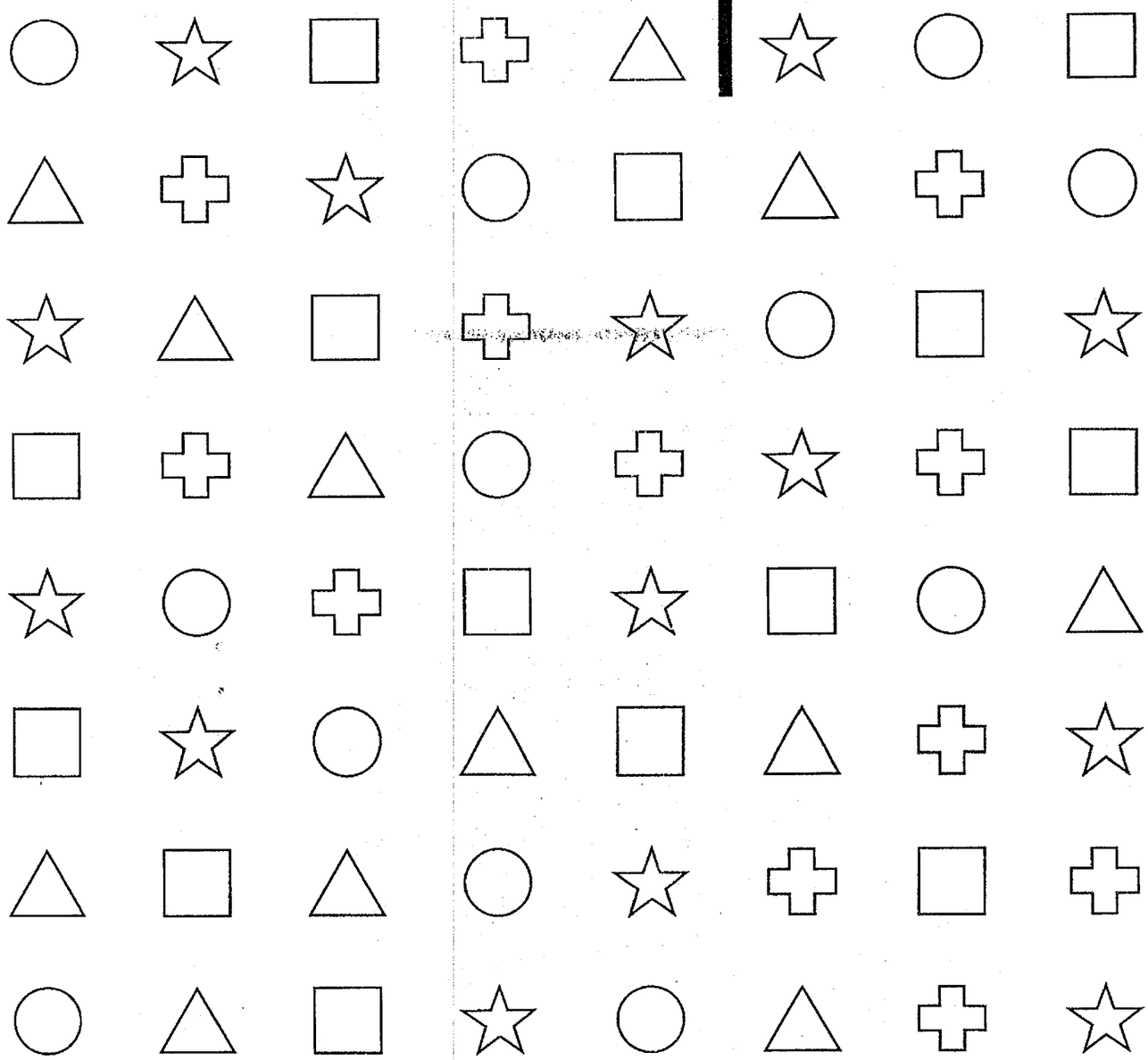
Soy testigo de que este formulario de consentimiento se le ha leído en voz alta a la madre o representante legal, ella ha expresado su comprensión del contenido y se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

_____
Nombre del testigo
No. cédula del testigo:

Claves A

Edades: 6-7 años

Reactivos muestra



Búsqueda de símbolos A

Edades: 6-7 años

Para edades 8-16 años, ve a la página 7

Reactivos muestra

<	⊕	L	<	SÍ	NO
⧺	∪	⇝	⊗	SÍ	NO

Reactivos de práctica

⊞	⊓	⊞	⌟	SÍ	NO
≦	L	~	∩	SÍ	NO

Pasa a la página 4

A *(continuación)*

⇋	⇋	⇝	⇄	SÍ	NO
≈	≋	⇄	≮	SÍ	NO
⊩	⊩	⦰	⊤	SÍ	NO
⊤	⦰	⊤	⟦	SÍ	NO
≺	⊤	≋	≺	SÍ	NO
⇜	⇌	⇀	≋	SÍ	NO
⌉	⌊	⊣	⊩	SÍ	NO
⊂	⊂	⋗	≋	SÍ	NO
≠	≋	⊩	≠	SÍ	NO
≠	⊨	⊥	⊩	SÍ	NO
⌊	⊢	⌉	⊩	SÍ	NO
⇄	⇄	≈	⇌	SÍ	NO
≻	≤	⊅	≻	SÍ	NO
~	⊃	~	⋖	SÍ	NO
⊩	⟦	⊩	≋	SÍ	NO

C I

Búsqueda de símbolos B

147

Edades: 8-16 años

Reactivos muestra

⊕	⊖	⊕	∟	<	⊢	~	SÍ	NO
⇝	∟	≠	∩	⊤	≦	⊞	SÍ	NO

Reactivos de práctica

⫤	<	⇝	⫤	±	⋖	⊖	SÍ	NO
≈	⊖	⊓	±	⊥	≠	⊤	SÍ	NO

Pasa a la página 8

B *(continuación)*

							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO

C I

B *(continuación)*

							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO
							SÍ	NO

C I

15

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 Junio 4-2024.
NOMBRE FUNCIONARIO	Martha Sabogal Garcia
ÁREA / DEPENDENCIA	Gestión del conocimiento.
CENTRO DE COSTO	7ADA14 511210001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	Unidad de servicios Otaya.

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Fotocopias de los siguientes formatos:
1. Asentimiento Informado 50 (Doble cara)
2. Consentimiento Informado 50 (Doble cara)
3. Juego Bogota 30 (Doble cara).
4. Protocolo WISE IV 50 (Doble cara).

3. JUSTIFICACIÓN

Formatos para el proyecto de Investigacion "Biomonitoreo de Metales y Funcion cognitiva en escolares de Bogota, 2023"

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		Y

N/A
Vo.Bo. Funcionario Almacén

Martha Sabogal
Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo Ó Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

151

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	**6248**	**FECHA**	**18/06/2024**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**IMPUESTOS TASAS DERECHOS CONTRIBUCIONES Y MULTAS**		
VALOR:	**$26.894,00**		
LA SUMA DE:	**VEINTISEIS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M.CTE.**		
CONCEPTO:	**CANCELADO A EDUARDO DURAN GÓMEZ NIT 13.834.363-5 AUTENTICACIÓN FIRMA DEL DOCTOR LUIS OSCAR GALVES MATEUS AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE SIETE (7) AUTENTICACIONES DE PODERES DEL PROCESO DE CUENTAS MÉDICAS.**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

152

NOTARIA 38 DEL CIRCULO DE BOGOTA

Eduardo Durán Gómez
13834363 -5
Cra 7 # 33-13
PBX (1)7421560
RESPONSABLE DE IVA

FACTURA DE VENTA FVE-163802
FECHA 18/Jun/2024 9:54 am

CONCEPTO FACTURACION	CANT	VALOR
Autenticacion Firma	7	$ 18,200
Autenticacion Biome	1	$ 4,400
Subtotal:		$ 22,600
IVA:		$ 4,294
TOTAL:		$ 26,894

FORMA DE PAGO:Efectivo

C.C. 71663944
LUIS OSCAR GALVES MATEUS
Recibido: $ 50,000
Cambio: $ 23,106

Claudia Patricia Saldarriaga

Recibido a Conformidad:_____
Hora:_____

Resolucion I.C.A 304
Resolución 18764070605667 del 14/05/2
3 desde FVE 159723 AL FVE 200000 Vence
14/11/24

Impresor: Corporación Avance
NIT. 804010424-9
SIGNO MR! Resol. SIC 18886 2017-04-19

NOTARIA 38 DEL CIRCULO DE BOGOTA

Eduardo Durán Gómez
13834363 -5
Cra 7 # 33-13
PBX (1)7421560
RESPONSABLE DE IVA

FACTURA DE VENTA FVE-163802
FECHA 18/Jun/2024 9:54 am

CONCEPTO FACTURACION	CANT	VALOR
Autenticacion Firma	7	$ 18,200
Autenticacion Biome	1	$ 4,400
Subtotal:		$ 22,600
IVA:		$ 4,294
TOTAL:		$ 26,894

FORMA DE PAGO:Efectivo

C.C. 71663944
LUIS OSCAR GALVES MATEUS
Recibido: $ 50,000
Cambio: $ 23,106

Claudia Patricia Saldarriaga

Recibido a Conformidad:_____
Hora:_____

Resolucion I.C.A 304
Resolución 18764070605667 del 14/05/2
3 desde FVE 159723 AL FVE 200000 Vence
14/11/24

Impresor: Corporación Avance
NIT. 804010424-9
SIGNO MR! Resol. SIC 18886 2017-04-19

153

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	18/06/2024
NOMBRE FUNCIONARIO	LUIS OSCAR GALVES MATEUS
ÁREA / DEPENDENCIA	GERENCIA
CENTRO DE COSTO	7ADA01 511164001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SEDE CALLE 34

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

SIETE (7) AUTENTICACIÓN DE PODERES DEL PROCESO DE CUENTAS MÉDICAS

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 SIETE (7) 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 Ó Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

159

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	**6249**	**FECHA**	**18/06/2024**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**ADQUISICIONES DE BIENES PIC**		
VALOR:	**$603.330,00**		
LA SUMA DE:	**SEISCIENTOS TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M.CTE.**		
CONCEPTO:	**FACTURA No. KFE6997 KASSEL GROUP SAS NIT 830.053.900-2 SERVICIO DE CALIBRACIÓN TERMO LACTODENSÍMETRO REQUERIDO PARA DAR CUMPLIMIENTO DE ACCIONES REALIZADAS POR ENTORNO GESTIÓN VIGILANCIA SANITARIA PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO – PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.** **R.FTE.4%.....$20.280** **R.ICA 9.66 POR MIL..... 4.898** **R.IVA 15%..... 14.450**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

155

Kassel Group

Equipos para Laboratorio
y Servicio Técnico

Factura Electrónica de Venta
Nro. Doc.: KFE6997
Fecha Emisión: 2024-06-14 11:37:38
Fecha validación: 2024-06-14 11:42:39-05:00
Fec. Vcto.: 2024-06-14

N° Resolución: 18764070616763 **Prefijo:** KFE **Consecutivo:** 6928 hasta 7100 **Fecha:** 2024-05-14 **hasta** 2025-05-14

Datos del Emisor

Razón social/Nombre: KASSEL GROUP SAS
NIT: 830053900-2
Actividad Económica: 4659
Responsabilidad: No aplica – Otros -
Dirección: CARRERA 27B No.73 - 24 - BOGOTÁ, D.C. - - Bogotá - CO
Teléfonos: 3108575762
Contacto: GISELA PULIDO
E-mail: factura.electronica@kasselgroupsas.com

Datos del Adquiriente

Razón social/Nombre: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
NIT: 900959051-7
Actividad Económica: 8610
Dirección: DG 34 No. 5-43 - BOGOTÁ, D.C. - - Bogotá - CO
Teléfonos: 3023290575
E-mail: recepcionfacturabienes@subredcentrooriente.gov.co

#	Código	Cant.	Medida	Descripción	Valor Unitario	%Impuesto	Impuesto	Descuento	Valor Total
1	159	1.0	ZZ	Servicio - CALIBRACIÓN TERMOLACTODENSIMETRO	507,000.0	IVA 19.00	96,330.0		603,330.0
Total Items		1							

Impuestos		
Tipo de Impuestos	Monto Base	Total
IVA : 19.00%	507,000.0	96,330.0

Totales	
SUBTOTAL:	507,000.0
TOTAL Base Imponible:	507,000.0
IVA	96,330.0
TOTAL:	603,330.0
TOTAL en letras: Seiscientos Tres Mil Trescientos Treinta Con Cero COP	
Redondeo Aplicado:	0.0

Información Adicional

DN

Medios de Pago

Forma de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Número de Referencia	Código Referencia	Número de Días	Código Banco	Banco	Número de Transferencia	Código del Canal de Pago
Contado	Consignación bancaria		0						

Recibido: [illegible]
Vigilancia Sanitaria

CANCELADO

$563.700
Efectivo Retencion = $14.450
Rte 4% = $20'280
9.66% = $ 4.898
39.628

A pagar
$563.702

Responsable del impuesto a las ventas - No Somos Grandes Contribuyentes - No Somos Autorretenedores
Agentes de retención en el impuesto sobre las ventas
Act. Principal Venta 4659 ICA 11.04X1000 - Act. Secund. Venta 4774 ICA 11.04 X1000 - Act Servicios 3313 ICA 9.66X 1000
www.kasselgroupsas.com - info@kasselgroupsas.com - ventas@kasselgroupsas.com
Favor pagar su factura en las cuentas ctes.
Bancolombia: 20718955797 ó Banco de Bogotá: 044090520
Esta Factura se asimila en todas sus partes y para todos sus efectos a la letra de cambio (Art. 772 y 774 C.Co). Apartir del vencimiento se cobran intereses de mora mensual a la tasa maxima permitida por la ley.

CUFE: 73a42820a11f15f643fcaa879e2f26bf66ae4d8c42b870c248bfb8b9d58e7a49dcb182e38bf444a93e1a79b5cacf79fb
Representación impresa de Factura Electrónica de Venta
Proveedor Tecnológico: The Factory HKA Colombia SAS - NIT: 900390126-6
TFHKA_CO900390126 - Máster: +57 - 317 668 7663 - https://www.thefactoryhka.com/co/ - Versión de template: co-default-21-764

156

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14988734315

(415)7707212489984(8020) 000001498873431 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 5 3 9 0 0	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
KASSEL GROUP S A S

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 27 B 73 24 BRR LOS ALCAZARES

42. Correo electrónico info@kasselgroupsas.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 2 1 1	3 1 0 8 5 7 5 7 6 2	3 1 0 3 4 7 3 2 8 6

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
4 6 5 9	1 9 9 9 0 1 2 2	4 7 7 4	1 9 9 9 0 1 2 2	3 3 1 3 / 4 6 6 9		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 7 8 9 10 14 42 48 52 55

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
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
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

54. Código: 22 23

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
1	1	57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 03 - 07 / 08 : 50: 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 LOPEZ SANCHEZ URIEL
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 17-06-2024 04:57:43PM

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**

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	JUNIO 06 DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	LORENZA BECERRA CAMARGO
ÁREA / DEPENDENCIA	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO -PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
CENTRO DE COSTO	653P0024 -13140200 05
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA PSPIC

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Calibración Equipos (Vigilancia Sanitaria)
Insumos Ancestrales (Entorno Hogar)
Insumos Ferreteria (Epidemiologia, programas, gestión tactica, sanitaria)
Impresión a color y laminación de fichas educativas (Institucional, laboral,hogar, educativo,comunitario)

3. JUSTIFICACIÓN

Para dar cumplimiento a las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - Convenio 6362496--2024

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 Ó Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

La Subred no cuenta con contrato vigente

158

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6250	FECHA	19/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	ADQUISICIONES DE BIENES PIC		
VALOR:	$16.052,00		
LA SUMA DE:	DIECISÉIS MIL CINCUENTA Y DOS PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. 209-512626 MADECENTRO COLOMBIA SAS NIT 811.028.650-1 CHAPA REQUERIDO PARA DAR CUMPLIMIENTO DE ACCIONES REALIZADAS POR ENTORNO GPA ISP PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO – PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12902
12903

Debido Cobro

159

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
1ba88e4989d6338cc5edc594fc36cecaa555300700ea94432c572c5d38342a7028d0311adc9b738e9f134723b29dfb5c

Número de Factura: 209- 512626
Fecha de Emisión: 14/06/2024
Fecha de Vencimiento: 14/06/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Orden de pedido: 188813
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: MADECENTRO COLOMBIA S.A.S
Nombre Comercial: MADECENTRO COLOMBIA S.A.S
Nit del Emisor: 811028650
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:O-13
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica:

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.C.
Dirección: Av. Primera de mayo N 24H-14 Sur Bogota
Teléfono / Móvil: (1) 606-05-19
Correo: ventas.facturae@madecentro.co

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959051
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: COLOMBIA
Departamento:
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.C.
Dirección: Av. Primera de mayo N 24H-14 Sur Bogota
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: pai@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	HCP587-01	CHAPA 587 POMO ALCOBA NIQUEL ACERO 201	94	1,00	$ 13.489,56	$ 0,00	$ 0,00	$ 2.563,02	19			$ 13.489,56

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia
Aviso de Despacho		
Aviso de Recibo		
	0	

Notas Finales

FACTURA DIRECTA CONTADO 209 188813

l de Salud
te E.S.E
ios Centro Oriente
19 JUN 2024
Almacén Marlon
Clara

160

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14989984011

(415)7707212489984(8020)000001498998401 1

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

12. Dirección seccional: Operativa de Grandes Contribuyentes

13. 1

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: MADECENTRO COLOMBIA S.A.S

36. Nombre comercial: MADECENTRO COLOMBIA S.A.S

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Antioquia 0 5

40. Ciudad/Municipio: Medellín 0 0 1

41. Dirección principal: CL 7 SUR 4270 ED FORUM LA FRANCIA TO 1 OF 505

42. Correo electrónico: notificaciones.judicial@madecentro.co

43. Código postal: 5 0 0 2 1

44. Teléfono 1: 4 4 4 2 8 9 3

45. Teléfono 2: 3 1 4 0 7 0 1

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
4 7 5 2	2 0 0 1 0 6 1 5	4 6 6 3	2 0 0 1 0 6 1 5	1 6 3 0			1 7 4

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 3 5 7 8 9 1 0 1 3 1 4 1 5 1 8 2 6 3 3 4 1 4 2 4 8 5 2 5 5

03- Impuesto al patrimonio
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
13- Gran contribuyente
14- Informante de exógena
15- Autorretenedor
18- Precios de transferencia
26- Declaración individual precios de tran
33- Impuesto nacional al consumo
41- Declaración anual de activos en el exte
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

54. Código: 2 2 2 3 4 4

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
1	3	57. Modo	4		
		58. CPC	9 7		

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2024 - 03 - 11 / 17 : 11 : 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 1.6.1.2.6 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: QUINTERO ACEVEDO ADRIAN

985. Cargo: Representante Legal Suplente Certificado

Fecha generación documento PDF: 04-04-2024 08:48:44AM

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

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	JUNIO 06 DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	LORENZA BECERRA CAMARGO
ÁREA / DEPENDENCIA	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO -PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
CENTRO DE COSTO	653P25 7314002005
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA PSPIC

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Calibración Equipos (Vigilancia Sanitaria)
Insumos Ancestrales (Entorno Hogar)
Insumos Ferreteria (Epidemiología, programas, gestión tactica, sanitaria)
Impresión a color y laminación de fichas educativas (Institucional, laboral,hogar, educativo,comunitario)

3. JUSTIFICACIÓN

Para dar cumplimiento a las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - Convenio 6362496–2024

4. ¿Existe en Almacén Central?	SÍ	NO
		X

Vo.Bo. Funcionario Almacén

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

Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

La Subred no cuenta con contrato vigente

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

163

Fecha Actual : martes, 25 junio 2024

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000077070

PROVEEDOR:	MADECENTRO COLOMBIA S.A.S	**NIT:** 811028650		**FECHA:**	25/06/2024 03:28 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CL 7S N 42 - 70			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	4442893			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	209512626	**% ICA:** 6,9000	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	14/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
153CH013839	CHAPA ALCOBA U/O OFICINA	UNIDAD	1,00	$13.489,00	$13.489,00	0,00	19,00

DETALLE

FACTURA 209-512626 COMPRA POR CAJA MENOR SANTA CLARA DIGITA MARLON

SUBTOTAL:	$13.489,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$2.563,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$93,00
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:	$15.959,00

TOTAL COMPROBANTE:

QUINCE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró:	Revisó Almacen	Adriana M. Lugo Revisado Impuestos:

ANEXO NOTA AJUSTE.

630

164

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

900959051

NOTA DE PAGOS

Fecha Actual : miércoles, 26 junio 2024 Página 1/1

Consecutivo : 12865 **Estado :** Confirmado
Tercero: 811028650 MADECENTRO COLOMBIA S.A.S
Proveedor: 811028650 MADECENTRO COLOMBIA S.A.S
Fecha de la Nota : 26/06/2024 2:33:22 p. m. **Naturaleza de la Nota :** Credito
Valor : $ 93,00

Detalle : CAJA MENOR - SE REGISTRA AJUSTE POR MENOR VALOR FACTURADO EN CBI 77070 PARA APLICAR A LA FACTURA 209512626 - NO SE DEBIO APLICAR RETENCION DE ICA

Son :NOVENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DESCRIPCIÓN DE CONCEPTOS

Concepto	Cuenta	Centro	Nombre de la cuenta	Naturaleza	Valor
102 AJU. MATERIALES Y SUMINISTROS	589723040	6S3P025	MATERIALES Y SUMINISTROS	Debito	$ 93,00
Cuenta NIIF:	589723040		MATERIALES Y SUMINISTROS		
	Porcentaje	Valor Base			

DESCRIPCIÓN DE FACTURAS

Factura	Fecha	Vencimiento	Cuenta	Cuenta NIIF	Valor
209512626	14/06/2024 12:00:00 a. m.	14/06/2024 12:00:00 a. m.	240101001	240101001	$ 93,00

Adriana M. Lugo

ELABORO **REVISO**

Nombre reporte : PGRPNota Usuario Id. :52160932

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

900959051

NOTA DE PAGOS

Fecha Actual : miércoles, 03 julio 2024 Página 1/1

Consecutivo : 12920 **Estado :** Confirmado

Tercero: 811028650 MADECENTRO COLOMBIA S.A.S

Proveedor: 811028650 MADECENTRO COLOMBIA S.A.S

Fecha de la Nota : 30/06/2024 7:59:47 a. m. **Naturaleza de la Nota :** Credito

Valor : $ 93,00

Detalle : CAJA MENOR - SE REGISTRA AJUSTE POR MENOR VALOR FACTURADO EN CBI 77070 PARA APLICAR A LA FACTURA 209512626 - NO SE DEBIO APLICAR RETENCION DE ICA

Son :NOVENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DESCRIPCIÓN DE CONCEPTOS

Concepto	Cuenta	Centro	Nombre de la cuenta	Naturaleza	Valor
102 AJU. MATERIALES Y SUMINISTROS	589723040	6S3P025	MATERIALES Y SUMINISTROS	Debito	$ 93,00
Cuenta NIIF:	589723040		MATERIALES Y SUMINISTROS		
	Porcentaje	Valor Base			

DESCRIPCIÓN DE FACTURAS

Factura	Fecha	Vencimiento	Cuenta	Cuenta NIIF	Valor
209512626	14/06/2024 12:00:00 a. m.	14/06/2024 12:00:00 a. m.	240101001	240101001	$ 93,00

ELABORO **REVISO**

Nombre reporte : PGRPNota Usuario Id. :52160932

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	**6251**	**FECHA**	**19/06/2024**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**ADQUISICIONES DE BIENES PIC**		
VALOR:	**$94.500,00**		
LA SUMA DE:	**NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS M.CTE**		
CONCEPTO:	**FACTURA No. 231 CLIMACO CÁRDENAS PÉREZ NIT 3.171.665-1 CHAPAS REQUERIDO PARA DAR CUMPLIMIENTO DE ACCIONES REALIZADAS POR ENTORNO GPA ISP PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO – PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12903

C G FERRELECTRICOS

RUT:3171665

Instalaciones Eléctricas - Comerciales - Industriales
Residencial - Traslado de Medidores, Independizacion de Cuentas.

Duplicados de llaves - Candados - Tuberia en PVC
Accesorios de Plomeria - Duchas Electricas
Discos para Pulidora.

Calle 31C Sur No. 3A - 72 Este • Cel: 322 214 6260 317 461 1371

FACTURA DE VENTA

Nº 231

FECHA: 14 06 24

Cliente: Subred centro Oriente

Dirección: Cl 20 SUR 8A - 22 Tel: 3006172152

Correo: programas@subredcentrooriente.gov Ciudad: Bogota

CANT.	DESCRIPCION	VR. UNIT	VR. TOTAL
3	Chapas alcoba	24.500	73500
3	Chapas Cajon	7000	21.000
	Recibí: [illegible]		
	Luz Adriana Castañeda		
	SPA, SP		

Observaciones:

TOTAL $ 94500

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO SEGUN ART. 774 DEL C.C.

Firma Comprador C.C.

Firma Vendedor C.C.

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
19 JUN 2024
Marlon
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO

168

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 141001709923

(415)7707212489984(8020) 000014100170992 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 3171665 | 6. DV 1 | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | 14. Buzón electrónico 32

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	3171665	1999,10,28

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Cundinamarca 25	Silvania 743

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CARDENAS	PEREZ	CLIMACO	

35. Razón social

36. Nombre comercial: CG FERRELECTRICOS | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 31 C SUR 3 A 72 ESTE

42. Correo electrónico: cardenasperez1981@hotmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3222146260 | 45. Teléfono 2: 3174611371

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4782	2023,03,04	8299	2020,03,02				1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 42 49

42- Obligado a llevar contabilidad

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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 [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 1 | 61. Fecha 2024 - 04 - 17 / 12 : 44: 21

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:

Climaco Cardenas
CC 3171665

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: REINO LOPEZ JOSLYNE ELENA

985. Cargo: Gestor N

Fecha generación documento PDF: 17-04-2024 12:44:26PM

169

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

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	JUNIO 06 DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	LORENZA BECERRA CAMARGO *
ÁREA / DEPENDENCIA	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO -PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
CENTRO DE COSTO	653P 15 7314020005
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA PSPIC

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Calibración Equipos (Vigilancia Sanitaria)
Insumos Ancestrales (Entorno Hogar)
Insumos Ferreteria (Epidemiologia, programas, gestión tactica, sanitaria)
Impresión a color y laminación de fichas educativas (Institucional, laboral,hogar, educativo,comunitario)

3. JUSTIFICACIÓN

Para dar cumplimiento a las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - Convenio 6362496–2024

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

V. Bo. Funcionario Almacén

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

Vo.Bo. Director Administrativo Ó Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

La Subred no cuenta con contrato vigente

CONVENIO PSPIC

PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVERNCIONES COLECTIVAS

PROYECCIÒN DE RECURSOS DE CAJA MENOR CONVENIO 4802228/2023

ESPACIO /PROCESO TRANSVERSAL	OBSERVACION	VALOR
Calibración Equipos (Vigilancia Sanitaria)	1.800.000	1.800.000
Insumos Ancestrales (Entorno Hogar)	250.000	250.000
Insumos Ferreteria (Epidemiologia, programas, gestión tactica, sanitaria)	250.000	250.000
Impresión a color y laminación de fichas educativas (Institucional, laboral,hogar, educativo,comunitario)	700.000	700.000
TOTAL INSUMOS CAJA MENOR		**$ 3.000.000**

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

Fecha Actual : miércoles, 26 junio 202

170

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000077098

PROVEEDOR:	CLIMACO CARDENAS PEREZ	**NIT:** 3171665		**FECHA:**	26/06/2024 10:47 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CL 31 C S N 3 A - 72 ESTE			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:				**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	CECO0000000190	**% ICA:** 0,0000	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	14/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
152CH013845	CHAPA CAJONERA	UNIDAD	3,00	$7.000,00	$21.000,00	0,00	0,00
153CH013839	CHAPA ALCOBA U/O OFICINA	UNIDAD	3,00	$24.500,00	$73.500,00	0,00	0,00

DETALLE

FACTURA 231 COMPRA POR CAJA MENOR ENTORNO GESTION OPERATIVA (PIC) SANTA CLARA DIGITA MARLON

SUBTOTAL:	$94.500,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$0,00
RETE FUENTE:	$0,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$94.500,00

TOTAL COMPROBANTE:

NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Elaboró: | Revisó Almacen | Revisado Impuestos:

6251

172

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	6252	**FECHA**	19/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	ADQUISICIONES DE BIENES PIC		
VALOR:	$21.420,00		
LA SUMA DE:	VEINTIÚN MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. UE 185938 UNIVERSAL DE CAUCHOS HURTADO SAS NIT 830.085.540-1 TAPÓN ELIPTICO INTERNO 3/4" REQUERIDO PARA DAR CUMPLIMIENTO DE ACCIONES REALIZADAS POR ENTORNO GESTIÓN OPERATIVA Y TÁCTICA PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO – PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12404

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

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000077106

PROVEEDOR:	UNIVERSAL DE CAUCHOS HURTADO SAS	**NIT:** 830085540		**FECHA:**	26/06/2024 12:10 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CL 31 C S N 3 A - 72 ESTE			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3138862484			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	UE185938	**% ICA:** 11,0400	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	17/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
153CH014212	TAPON CPVC 3/4	UNIDAD	300,00	$60,00	$18.000,00	0,00	19,00

DETALLE

COMPRA POR CAJA MENOR (ENTORNO PTOGRAMAS ACCIONES) SANTA CLARA DIGITA MARLON

TOTAL COMPROBANTE:

VEINTE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

SUBTOTAL:	$18.000,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$3.420,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$199,00
RETE FUENTE:	$630,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$20.591,00

Elaboró:

Revisó Almacen

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR
Revisado Impuestos:

ANEXO NOTA AJUSTE 12877

6252

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

900959051

NOTA DE PAGOS

Fecha Actual : jueves, 27 junio 2024 Página 1/1

Consecutivo : 12877 **Estado :** Confirmado

Tercero: 830085540 UNIVERSAL DE CAUCHOS HURTADO SAS

Proveedor: 830085540 UNIVERSAL DE CAUCHOS HURTADO SAS

Fecha de la Nota : 27/06/2024 2:33:55 p. m. **Naturaleza de la Nota :** Credito

Valor : $ 829,00

Detalle : CAJA MENOR - SE REGISTRA NOTA DE AJUSTE MENOR VALOR FACTURADO EN CBI77106 EN RETENCION DE ICA Y FUENTE , PARA APLICAR A LA FACTURA UE185938

Son :OCHOCIENTOS VEINTINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DESCRIPCIÓN DE CONCEPTOS

Concepto		Cuenta		Centro	Nombre de la cuenta	Naturaleza	Valor
48 AJU. RETE ICA RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS		243627001			RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS	Debito	$ 199,00
	Cuenta NIIF:	243627001			RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS		
90	ICA POR PAGAR DE COMPRAS	Porcentaje	11,04	Valor Base	18000,0000		
37 AJU. RETEFUENTE RETENCION COMPRAS 3,		243608003			RETENCION COMPRAS 3,5%	Debito	$ 630,00
	Cuenta NIIF:	243608003			RETENCION COMPRAS 3,5%		
02	COMPRAS GENERALES NO DECLARANTES	Porcentaje	3,50	Valor Base	18000,0000		

DESCRIPCIÓN DE FACTURAS

Factura	Fecha	Vencimiento	Cuenta	Cuenta NIIF	Valor
UE185938	17/06/2024 12:00:00 a. m.	17/06/2024 12:00:00 a. m.	240101001	240101001	$ 829,00

Adriana M. Lugo

CUENTAS POR PAGAR

ELABORO **REVISO**

Nombre reporte : PGRPNota Usuario Id. :52160932

179

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	6253	**FECHA**	19/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	**ADQUISICIONES DE BIENES PIC**		
VALOR:	$500.000,00		
LA SUMA DE:	**QUINIENTOS MIL PESOS M.CTE.**		
CONCEPTO:	**FACTURA No. 0483 JOSÉ A URELIANO ÁVILA MUÑOZ NIT 11.373.707-9 IMPRESIÓN A COLOR Y LAMINACIÓN DE FICHAS EDUCATIVAS (INSTITUCIONAL, LABORAL, HOGAR, EDUCATIVO COMUNITARIO) REQUERIDO PARA DAR CUMPLIMIENTO DE ACCIONES REALIZADAS POR ENTORNO GESTIÓN OPERATIVA Y TÁCTICA PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO – PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.** **R.FTE. 6%.....$30.000** **R.ICA 9.66 POR MIL..... 4.830**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

183

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	**6254**	**FECHA**	**19/06/2024**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**ADQUISICIONES DE BIENES PIC**		
VALOR:	**$958.800,00**		
LA SUMA DE:	**NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS M.CTE.**		
CONCEPTO:	**CUENTA DE COBRO No. 0001 JAIRO RODRÍGUEZ LEAL NIT 19.260.543-1 MEMORIAS USB INTERFAZ TIPO C, REQUERIDAS PARA DAR CUMPLIMIENTO DE ACCIONES REALIZADAS POR ENTORNO VIGILANCIA SANITARIA PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO – PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

184

Bogotá; junio 18 de 2024

CUENTA DE COBRO N° 00001

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

Debe a:

RED PAPELERA JR
Jairo Rodríguez Leal
Persona Natural
Nit 19.260.543-1

Por concepto la venta del siguiente ítem:

Desricpion	Cantidad	Valor	Total
Memoria USB 512, interfaz tipo C, teléfono móvil, ordenador, 2TB	12	79,900	958,800
Total			**958,800**

Recibido
18-06-2024
Vigilancia Sanita

Por un valor **958.800** (Novecientos cincuenta y ocho mil ochocientos pesos m/cte.)

Cancelado Efectivo Jairo R

Recibí:

Jairo Rodríguez L.

Jairo Rodríguez Leal
jrventasleal@gmail.com
3118253395

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
19 JUN 2024
Harlon
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000077215

NIT: 19260543

FECHA: 27/06/2024 03:49 p. m.
ESTADO: Confirmado
MONEDA: Pesos
TASA CAM: 0,00
FECHA FAC: 18/06/2024 12:00 a. m.

PROVEEDOR: JAIRO RODRIGUEZ LEAL
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.)
DIRECCION: CL 24 B N 26 - 15
TELEFONO: 3118253395
Nº FACTURA: CECO0000000192
% ICA: 0,0000
PLAZO: 0

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
154UC014528	MEMORIA USB	UNIDAD	12,00	$79.900,00	$958.800,00	0,00	0,00

DETALLE
COMPRA POR CAJA MENOR CUENTA DE COBRO 00001 SANTA CLARA DIGITA MARLON

SUBTOTAL:	$958.800,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$0,00
RETE FUENTE:	$0,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$958.800,00

TOTAL COMPROBANTE:
NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Elaboró:

Revisó Almacen

Revisado Impuestos:

6254

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

Fecha Actual : jueves, 27 junio 2024

900959051

NOTA DE CONTABILIDAD INTERNA

Nombre del Vendedor del Bien o Servicio: JAIRO RODRIGUEZ LEAL

Factura Equivalente: CECO0000000192

NIT: 19260543

Telefono 3118253395

Direccion: CL 24 B N 26 - 15

Ciudad y Fecha de Negociacion: BOGOTA 27/junio/2024

Tarifa ICA: 0,00% **Tarifa RFTE:** 2,5000%;

REF BIEN O SERVICIO	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO CONTRATADO	CANTIDAD	VR. UNIT	VALOR TOTAL
154UC014528	MEMORIA USB	12,0000	79.900,00	958.800,00

SUBTOTAL:	$958.800,00
DESCUENTO:	$0,00
IVA TEORICO GENERADO POR LA OPERACION:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
TARIFA DE RETENCION DE IVA VIGENTE:	15,00%
VALOR DE IMPUESTO ASUMIDO, RETENCION DE IVA ASUMIDO:	$0,00
VALOR DE RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DE IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO:	$0,00
VALOR DE RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DE IMPUESTO DE RENTA:	$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:	$958.800,00

TOTAL COMPROBANTE:

NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

FIRMA DEL VENDEDOR

Usuario: 1097402893

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

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

190

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6255	**FECHA**	20/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	**MATERIALES Y SUMINISTROS**		
VALOR:	**$13.000,00**		
LA SUMA DE:	**TRECE MIL PESOS M.CTE.**		
CONCEPTO:	**FACTURA No. PV8115 COMERCIALIZADORA NUEVO PORVENIR DIAZ Y CIA S EN C NIT 900.272.391-6 CHAPA CERRADURA PARA ESCRITORIO, REQUERIDA DE MANERA URGENTE PARA SEGURIDAD CAJÓN DE ESCRITORIO DONDE SE CUSTODIAN LOS VALORES DE LA CAJA MENOR DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E., SOLICITADO POR BLANCA SUÁREZ, CUENTADANTE CAJA MENOR**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12906

191

COMERCIALIZADORA NUEVO PORVENIR DIAZ Y CIA.S.en C.
NIT: 900.272.391-6

Calle 10 Sur N° 14-51 Sur
Telefono: 4082952 Celular: 3134315727
FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. PV 8115

Fecha Generación 18/06/2024 3:29:49p. m.
Vencimiento 18/06/2024
Cliente SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD C E E.S.E
Nit 900,959,051-7
Direcc DIAGONAL 34 5 - 43
Tel. 3444484
Ciudad BOGOTA D.C.
Email cajamenor1@subredcentroriente.go.c
Vendedor: CARTAGENA BUITRAGO MARIA I

Nro	Codg	Descrp.	Cant.	v/r Unidad	v/r Tota
1	5810	CERRAD - OMBLIGO LARGA	1.0	10,924	10,924

SUBTOTAL	10,924
DESCUENTO	0
IVA	2,075.62
RETEFUENTE	0
RETE ICA	0
RETE IVA	0
NETO A PAGAR	**13,000**

SON : DOCE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS CON 92/100 M/CTE PESOS M/CTE.

Forma de pago: CONTADO
Total Lineas: 1

1. Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos a un titulo valor de acuerdo con la ley 1231 de julio 17 de 2008 y la ley 1676 de 2013, el comprobador manifiesta expresamente qu cualquier copia del presente documento presta merito ejecutivo En caso de mora los intereses serán los previstos en el articulo 884 del codigo de comercio.

TODA DEVOLUCIÓN DE MATERIAL GENERA UN TRANSPORTE ADICIONAL

DECLARO HABER RECIBIDO A SATISFACCION REAL Y MATERIALMENTE LO RELACIONADO EN ESTA FACTURA QUE ACEPTO.

RESPONSABLE DEL IVA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
ACTIVIDAD ECONOMICA 4663

Autorización DIAN 18764055731454 del 08/09/2024 vigencia 12 meses. Prefijo PV Habilitación del 5001 al 15000

CUFE :
30cda3a1b9eafbfb2aa7bf297a310ce60ccd3
299e8f7b9531c024e8d3ea9ad892e0930bd5
1e08d6cfca46600148521

Software Administra desarrollado por Colinformática S.A.S. NIT 901.419.750-4

Proveedor tecnológico Factura1 S.A.S NIT.

COMERCIALIZADORA NUEVO PORVENIR DIAZ Y CIA.S.en C.
NIT: 900.272.391-6

Calle 10 Sur N° 14-51 Sur
Telefono: 4082952 Celular: 3134315727
FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. PV 8115

Fecha Generación 18/06/2024 3:29:49p. m.
Vencimiento 18/06/2024
Cliente SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD C E E.S.E
Nit 900,959,051-7
Direcc DIAGONAL 34 5 - 43
Tel. 3444484
Ciudad BOGOTA D.C.
Email cajamenor1@subredcentroriente.go.c
Vendedor: CARTAGENA BUITRAGO MARIA I

Nro	Codg	Descrp.	Cant.	v/r Unidad	v/r Tota
1	5810	CERRAD - OMBLIGO LARGA	1.0	10,924	10,924

SUBTOTAL	10,924
DESCUENTO	0
IVA	2,075.62
RETEFUENTE	0
RETE ICA	0
RETE IVA	0
NETO A PAGAR	**13,000**

SON : DOCE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS CON 92/100 M/CTE PESOS M/CTE.

Forma de pago: CONTADO
Total Lineas: 1

1. Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos a un titulo valor de acuerdo con la ley 1231 de julio 17 de 2008 y la ley 1676 de 2013, el comprobador manifiesta expresamente qu cualquier copia del presente documento presta merito ejecutivo En caso de mora los intereses serán los previstos en el articulo 884 del codigo de comercio.

TODA DEVOLUCIÓN DE MATERIAL GENERA UN TRANSPORTE ADICIONAL

DECLARO HABER RECIBIDO A SATISFACCION REAL Y MATERIALMENTE LO RELACIONADO EN ESTA FACTURA QUE ACEPTO.

RESPONSABLE DEL IVA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
ACTIVIDAD ECONOMICA 4663

Autorización DIAN 18764055731454 del 08/09/2024 vigencia 12 meses. Prefijo PV Habilitación del 5001 al 15000

CUFE :
30cda3a1b9eafbfb2aa7bf297a310ce60ccd3
299e8f7b9531c024e8d3ea9ad892e0930bd5
1e08d6cfca46600148521

Software Administra desarrollado por Colinformática S.A.S. NIT 901.419.750-4

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
20 JUN 2024
RECIBIDO
Almacén General UPSS Santa Clara

192

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14905543785

(415)7707212489984(8020) 000001490554378 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 9 0 0 2 7 2 3 9 1 — 6. DV: 6

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 13. 3 2

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: COMERCIALIZADORA NUEVO PORVENIR DIAZ Y CIA S EN C

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 10 SUR 14 51 SUR

42. Correo electrónico: cnpcontabilidad1@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 1 1 4 4 5 9 1 9 4

45. Teléfono 2: 3 1 1 8 0 6 4 5 7 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
4 6 6 3	2 0 0 9 0 3 1 2	4 6 6 9	2 0 0 9 0 3 1 2		4 9 2 3	4 6 9 0

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
5	7	9	1	4	4	2	4	8	5	2	5	5													

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
55 - Informante de Beneficiarios Finales
07- Retención en la fuente a título de rent
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

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 [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2023 - 03 - 28 / 16 : 50: 48

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: DIAZ PRIETO WILSON AUGUSTO
985. Cargo: Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 28-03-2023 04:50:55PM

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

Fecha Actual : lunes, 24 junio 2024

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000076962

PROVEEDOR: COMERCIALIZADORA NUEVO PORVENIR DIAZ Y CIA S EN C **NIT:** 900272391 **FECHA:** 24/06/2024 08:43 a. m.

CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) **ESTADO:** Confirmado

DIRECCION: CL 10 SUR 14 51 SUR **MONEDA:** Pesos

TELEFONO: 3114459194 **TASA CAM:** 0,00

Nº FACTURA: PV8115 **% ICA:** 6.9000 **PLAZO:** 0 **FECHA FAC:** 18/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
153CH013841	CHAPA OMBLIGO	UNIDAD	1,00	$10.924,00	$10.924,00	0,00	19,00

DETALLE

FACTURA PV8115 COMPRA POR CAJA MENOR SANTA CLARA DIGITA MARLON

SUBTOTAL:	$10.924,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$2.076,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$311,00
RETE ICA:	$75,00
RETE FUENTE:	$273,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$12.341,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOCE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Elaboró: Revisó Almacen Revisado Impuestos:

625

ANEXO NOTA AJUSTE. 12873

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	**6256**	**FECHA**	**20/06/2024**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**COMUNICACIONES Y TRANSPORTES**		
VALOR:	**$184.000,00**		
LA SUMA DE:	**CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M.CTE.**		
CONCEPTO:	**CANCELADO A SERVIENTREGA S.A. NIT 860.512.330-3 POR ENVÍO DE COMUNICACIONES OFICIALES FUERA DE BOGOTÁ, SOLICITADO POR ERIKA YOHANNA PLAZAS VELOZA, LÍDER GESTIÓN DOCUMENTAL.**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

195

servientrega.com

SERVIENTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Av Calle 6 Nó 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 12228 Diciembre 26/2022
Somos Grandes Contribuyentes en Bogotá DC (Resolución SHD DDI-023769 Nov 29/2021)
Autorretenedores Resol. DIAN:09698 de Nov 24/2003.
Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización
Numeración de Facturación
18764051539884 del 7/7/2023 al 1/7/2025 Prefijo A543 del No. 60001 al No. 70000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:

A54368752

FECHA: 2024/06/19 HORA: 08:22:41

INFORMACIÓN DEL SERVICIO

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SE
NIT: 900959851
DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A- 26 SAMPER MENDOZA
TELÉFONO: 3136789339
EMAIL: CENTROORIENTEFCUIDAMOS@GMAIL.COM
ORIGEN: BOGOTA/CUNDINAMARCA

SERVICIO (1): GUÍA: 9174978964
FECHA PROG.ENTREGA: 21-08-2024
RÉGIMEN: MENSAJERIA EXPRESA
DESTINATARIO: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA CAUCA
NIT/T.D.: 1466
DESTINO: POPAYAN/CAUCA
DIRECCIÓN: CALLE 1 # 4 - 66 BARRIO VASQUEZ COBO
TELÉFONO: 28380200 CODPOSTAL: 190003513
PRODUCTO: DOCUMENTO UNITARIO
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
SSCO7415256-SSCO7415660-SSCO7417550-SSCO7414952

T.E: NORMAL M.T: TERRESTRE PZ: 1

DIMENSIONES	PESO VOLUMÉTRICO	*PESO FÍSICO
//		1(KG)

LIQUIDACIÓN SERVICIO TRANSPORTE

SERV	VR. DECLA	VR.SOB.FLT	VR.FLT	VR.TOTAL
(1)	$5.000	$500	$14.000	$14.500

TOTAL DEL SERVICIO

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

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

REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CUFE:

bbe0082fe3ebc0b534c1a455b1afa91d14c7d0f443992 4a0153f319c9e1ae7b4da0125eda81f4557df97210dcb 578b32

PROVEEDOR DE FACTURA ELECTRÓNICA:
Servientrega S.A NIT: 860.512.330-3

Sis-Fe-860512330 COD CDS: 010039

USUARIO: LOZANMDS

PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRONICO(WHTP/E-Mail)

PRUEBA DE ENTREGA: FÍSICO

*El peso facturado corresponde al mayor entre el peso físico y peso volumétrico.

*Esta factura electrónica de venta hace las veces de prueba de admisión.

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

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

e tuvo

e de venta hace
dmisión.

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

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

servientrega

SERVIENTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Av Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 12220 Diciembre 26/2022
Somos Grandes Contribuyentes en Bogotá DC (Resolución SHD DDI-023769 Nov 29/2021)
Autorretenedores Resol. DIAN:09698 de Nov 24/2003.
Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización
Numeración de Facturación 18764051539884 del 7/7/2023 al 1/7/2025 Prefijo A543 del No. 60001 al No. 70000.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:

A54368749

FECHA: 2024/06/19 HORA: 08:11:55

INFORMACIÓN DEL SERVICIO

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SE
NIT: 900959051
DIRECCIÓN: CARRERA 22 # 22 A- 26 SAMPER MENDOZA
TELÉFONO: 3136789330
EMAIL: CENTROORIENTETECUIDAMOS@GMAIL.COM
ORIGEN: BOGOTA/CUNDINAMARCA

SERVICIO (1): GUIA: 9174978961
FECHA PROG.ENTREGA: 21-06-2024
RÉGIMEN: MENSAJERÍA EXPRESA
DESTINATARIO: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA CAUCA
NIT/I.D.: 8466
DESTINO: POPAYAN/CAUCA
DIRECCIÓN: CALLE 1 # 4 - 66 BARRIO VASQUEZ COBO
TELÉFONO: 28380200 CODPOSTAL: 190003513
PRODUCTO: DOCUMENTO UNITARIO
CONTENIDO: DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:
468148

T.E: NORMAL M.T: TERRESTRE PZ: 1

DIMENSIONES	PESO VOLUMÉTRICO	*PESO FÍSICO
//		1(KG)

LIQUIDACIÓN SERVICIO TRANSPORTE

SERV	VR. DECLA	VR.SOB.FLT	VR.FLT	VR.TOTAL
(1)	$5.000	$500	$14.000	$14.500

TOTAL DEL SERVICIO

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

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

REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CUFE:

9556c1b6c4e205466df6463f2acc3273b112df17927fcb0ab388cea53debfcc3afb6ed6122e01981c26314ca987563a9

PROVEEDOR DE FACTURA ELECTRÓNICA:
Servientrega S.A NIT: 860.512.330-3

SIS-FE-860512330 COD CDS: 010039

USUARIO: LOZANMOS

PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRONICO(WHTP/E-Mail)

PRUEBA DE ENTREGA: FISICO

*El peso facturado corresponde al mayor entre el peso físico y peso volumétrico.

conocimiento del contrato que se encuentra

197

RE: Alcance al correo anterior: eEnvios caja menor

cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>
Mié 19/06/2024 2:55 PM
Para:Manuela Figueroa Navarro <apoyogestiondocumental1@subredcentrooriente.gov.co>

Listo Manuela, enterada.

Cordial saludo,

Blanca Paulina Suárez Rosas
Cuentadante Caja Menor
Dirección Administrativa
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.
@subredcentrooriente @subred_centrooriente
@SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co

De: Manuela Figueroa Navarro <apoyogestiondocumental1@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: miércoles, 19 de junio de 2024 2:53 p. m.
Para: cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: correspondencia <correspondencia@subredcentrooriente.gov.co>; Erika Yohana Plazas Veloza <gestiondocumental@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: RV: Alcance al correo anterior: eEnvios caja menor

Buen día Sra. Blanca,

De acuerdo al proceso llevado a cabo por el grupo de Gestión Documental en los envíos realizados fuera de Bogotá, no se realizó el total de los envíos debido a los tiempos determinados por las entidades destinatarias. Por lo tanto, se procederá a la devolución del dinero y se adjuntan los envíos que sí se efectuaron por medio de SERVIENTREGA.

Cordialmente;

Manuela Figueroa Navarro
Cargo: Auxiliar administrativo
Oficina Gestión Documental
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.
Telefono:3377608
@subredcentrooriente @subred_centrooriente
@SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co

De: correspondencia <correspondencia@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: miércoles, 19 de junio de 2024 14:21
Para: Manuela Figueroa Navarro <apoyogestiondocumental1@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: RE: Alcance al correo anterior: eEnvios caja menor

Buen día Manuela:

Envió recibido por servientrega de paquetes y guías correspondientes.

Att,

Ventanilla 1ra de Mayo

De: Manuela Figueroa Navarro <apoyogestiondocumental1@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: martes, 18 de junio de 2024 15:45
Para: correspondencia <correspondencia@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: RV: Alcance al correo anterior: eEnvios caja menor

PSI

Cordialmente;

Manuela Figueroa Navarro
Cargo: Auxiliar administrativo
Oficina Gestión Documental
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.
Telefono:3377608
@subredcentrooriente @subred_centrooriente
@SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co

198

Cordialmente;

Manuela Figueroa Navarro
Cargo: Auxiliar administrativo
Oficina Gestión Documental
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 3377608
@subredcentrooriente @subred_centrooriente
@SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co

De: Manuela Figueroa Navarro <apoyogestiondocumental1@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: martes, 18 de junio de 2024 15:34
Para: correspondencia <correspondencia@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: RV: Envios caja menor

Buen día Sandra,

Comparto la cotización, sin embargo, de acuerdo a lo dialogado, por favor, haz caso omiso a los envíos de Cajacopi.

Cordialmente;

Manuela Figueroa Navarro
Cargo: Auxiliar administrativo
Oficina Gestión Documental
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 3377608
@subredcentrooriente @subred_centrooriente
@SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co

r

De: Manuela Figueroa Navarro <apoyogestiondocumental1@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: lunes, 17 de junio de 2024 11:43
Para: Erika Yohana Plazas Veloza <gestiondocumental@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: RV: Modificación Solicitud caja menor

Alcance al correo anterior

Cordialmente;

Manuela Figueroa Navarro
Cargo: Auxiliar administrativo
Oficina Gestión Documental
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 3377608
@subredcentrooriente @subred_centrooriente
@SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co

De: Manuela Figueroa Navarro
Enviado: lunes, 17 de junio de 2024 11:28
Para: Erika Yohana Plazas Veloza <gestiondocumental@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: Solicitud caja menor

Buen día jefe,

Comparto para revisión y firma. Si es posible para el día de hoy hacer llegar a Santa Clara para el resto de firmas y aprobación.

Cordialmente;

199

	Nombre	Dirección	Ciudad	Dpto	Descripción	Referencia	Remisión	Precio
1	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CALLE 1 NUMERO 4-66 BARRIO VASQUEZ COBO	POPAYAN	CAUCA	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468148	14500
2	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CALLE 1 NUMERO 4-66 BARRIO VASQUEZ COBO	POPAYAN	CAUCA	CAJA	FACTURAS PARA RADICAR	468150	19500
3	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CALLE 1 NUMERO 4-66 BARRIO VASQUEZ COBO	POPAYAN	CAUCA	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	SSCO7415256-SSCO7415660-SSCO7417550-SSCO7414952	14500
4	ANAS WAYUU	CALLE 17 NUMERO 16-33 SAN MARTN	MAICAO	GUAJIRA	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	SSCO7207578	14500
5	DISPENSARIO MEDICO MEDELLIN	CALLE 49 NUMERO 74-06 INTERIOR 201 SECTOR ESTADIO MEDELLIN	MEDELLIN	ANTIOQUIA	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	SSCO7285528-SSCO7285527	14500
6	ANAS WAYUU	CALLE 17 NUMERO 16-33 SAN MARTIN	MAICAO	GUAJIRA	CAJA	FACTURAS PARA RADICAR	468175	19500
7	SECRETARIA DEL TOLIMA	CARRERA 3 CALLE 11 ESQUINA PISO 6 EDIFICIO DE LA GOBERNACION	IBAGUE	TOLIMA	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468061	14500
8	ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE	CRA 48 NUMERO 70-38 3 PISO CUENTAS SALUD	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468056	14500
9	FONDO ASISTENCIAL MAGISTERIO CAQUETA	CRA 9 NUMERO 9-104	FLORENCIA	CAQUETA	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468171	14500
10	SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA	AV COLON N° 22 A 16	TUNJA	BOYACA	SOBRE	oficio	SISSCO-2024-CE-008862	14500
11	UNION TEMPORAL DEL NORTE REGION CINCO	CR 16 27 49 EDIFICIO MONTAÑO 3 PISO	SINCELEJO	SUCRE	SOBRE	Oficio	SISSCO-2024-CE-007790	14500
12	Escuela Militar de aviación	Cra 8 No. 58-67 Barrio la base	cali	Valle	SOBRE	Oficio	467942	14500

Recibi: $ 184.000

Danna Lozano Servientrega.
19-06-2024

200

	Nombre	Direccion	Ciudad	Dpto	Dificeopteria	Referencia	Radicacion	PESO
1	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CALLE 1 NUMERO 4-66 BARRIO VASQUEZ COBO	POPAYAN	CAUCA	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468148	14500
2	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CALLE 1 NUMERO 4-66 BARRIO VASQUEZ COBO	POPAYAN	CAUCA	CAJA	FACTURAS PARA RADICAR	468150	19500
3	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468152	14500
4	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468155	14500
5	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468157	14500
6	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468158	14500
7	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468161	14500
8	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468162	14500
9	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468163	14500
10	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	CAJA	FACTURAS PARA RADICAR	468176	32500
11	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468178	14500
12	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468183	14500
13	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	CAJA	FACTURAS PARA RADICAR	468184	23050
14	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468185	14500
15	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	CAJA	FACTURAS PARA RADICAR	468188	23050
16	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468189	42100
17	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	2 CAJAS	FACTURAS PARA RADICAR	468199	42100
18	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468204	14500
19	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468196	14500
20	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468190	14500
21	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468205	14500
22	CAJACOPI	CALLE 44 NUMERO 46-72 LEONARDI GALINDO, DANIS QUINTERO, Y /O FREDY ROMO	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468191	14500
25	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CALLE 1 NUMERO 4-66 BARRIO VASQUEZ COBO	POPAYAN	CAUCA	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	SSCO7415236-SSCO7415660-SSCO7417550-SSCO7414052	14500
26	ANAS WAYUU	CALLE 17 NUMERO 16-33 SAN MARTN	MAICAO	GUAJIRA	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	SSCO7207338	14500
27	DISPENSARIO MEDICO MEDELLIN	CALLE 49 NUMERO 74-06 INTERIOR 201 SECTOR ESTADIO MEDELLIN	MEDELLIN	ANTIOQUIA	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	SSCO7285528-SSCO7285527	14500
28	ANAS WAYUU	CALLE 17 NUMERO 16-33 SAN MARTIN	MAICAO	GUAJIRA	CAJA	FACTURAS PARA RADICAR	468175	19500
29	SECRETARIA DEL TOLIMA	CARRERA 3 CALLE 11 ESQUINA PISO 6 EDIFICIO DE LA GOBERNACION	IBAGUE	TOLIMA	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468061	14500
30	ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE	CRA 48 NUMERO 70-38 3 PISO CUENTAS SALUD	BARRANQUILLA	ATLANTICO	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468056	14500
31	FONDO ASISTENCIAL MAGISTERIO CAQUETA	CRA 9 NUMERO 9-104	FLORENCIA	CAQUETA	SOBRE	FACTURAS PARA RADICAR	468171	14500
32	SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA	AV COLON N° 22 A 16	TUNJA	BOYACA	SOBRE	oficio	SISSCO-2024-CE-008862	14500
33	UNION TEMPORAL DEL NORTE REGION CINCO	CR 16 27 49 EDIFICIO MONTAÑO 3 PISO	SINCELEJO	SUCRE	SOBRE	Oficio	SISSCO-2024-CE-007790	14500
34	Escuela Militar de aviación	Cra 8 No. 58-67 Barrio la base	cali	Valle	SOBRE	Oficio	467941	14500

201

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14831630612

(415)7707212489984(8020)000001483163061 2

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

13. 1

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: SERVIENTREGA S.A.

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: 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	
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
4 9 2 3	2 0 1 2 1 2 2 0	5 2 2 9	2 0 1 2 1 2 2 0	5 3 2 0	5 1 2 1		9 9 9

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 3 5 7 8 9 10 13 14 15 42 48 52

03- Impuesto al patrimonio
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
13- Gran contribuyente
14- Informante de exogena
15- Autorretenedor
42- Obligado a llevar contabilidad
48- Impuesto sobre las ventas - IVA
52- Facturador electrónico

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 [ ] NO [X]

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre: SIERRA MARTINEZ MARTHA YANETH
985. Cargo: Representante Legal Suplente Certificado

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

202

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	17/06/2024
NOMBRE FUNCIONARIO	Erika Yohana Plazas Veloza
AREA / DEPENDENCIA	Gestión Documental
CENTRO DE COSTO	7ADM09 511123001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	Ventanilla de la primera de mayo

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Se solicita la suma de $ 564.300para cubrir los gastos asociados al envío de comunicaciones oficiales fuera de Bogotá.

3. JUSTIFICACIÓN

En dos ocasiones los contratos anteriores se han declarado desiertos (Evidencias en SECOP).

Actualmente, estamos en proceso de obtener nuevamente un contrato de mensajería especializada, se encuentra en la etapa de verificación de proponentes. Debido a la urgencia de radicar las facturas relacionadas, se gestionarán con recursos de caja menor. No se incluyó una cotización directa de Servientrega; en su lugar, proporcionamos valores aproximados basados en una cotización virtual. Adjunto las tarifas y precios de acuerdo con el destino para su referencia.

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:

EL SERVICIO SOLICITADO NO SE ENCUENTRA CONTEMPLADO EN LOS CONTRATOS BAJO MI SUPERVISIÓN

203

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	**6257**	**FECHA**	**20/06/2024**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**MATERIALES Y SUMINISTROS**		
VALOR:	**$827.200,00**		
LA SUMA DE:	**OCHOCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS PESOS M.CTE.**		
CONCEPTO:	**FACTURA No. 99071395060 SODIMAC COLOMBIA S.A. NIT 800.242.106-2 MALLA MOSOQUITO (ANGEO) REQUERIDA PARA SUBSANAR EL HALLAZGO DEJANDO POR AMBIENTAL A PRINCIPIO DE ESTE AÑO, SOLICITADO POR RICARDO FIERRO RODRÍGUEZ, GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO.**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12 901

*

204

HOMECENTER
SODIMAC corona

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° 99071395060

SODIMAC COLOMBIA S.A.
NIT 800.242.106-2
Iva Régimen Común
ICA Actividad Económica CIIU 4719
Grandes Contribuyentes Resolución 12220 26 DIC 2022
AUTORRETENEDORES Resolución DIAN 00931 de 29 ENE 2009
Agente de Retención de IVA

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social:	: subred integrada de servicios de salud centro oriente .	**Fecha de Expedición**	: 2024/06/18 11:18:44
NIT	: 900.959.051-7	**Fecha de Vencimiento**	: 2024/06/18
Dirección	: CR 68 #80-77	**Fecha de Validación**	: 2024/06/18
Teléfono	: 3904100	**Fecha de Compra**	: 2024/06/18
Correo	: profesionalsst3@subredcentrooriente.gov.co	**Remisión de Entrega**	:
Dirección de Entrega	:	**Ciudad de Entrega**	:
Forma de Pago	: Contado	**Nro O/C**	:
Plazo	: 0 Dias de Pago	**Tipo Moneda**	: COP
Nro. Interno	: 46821264	**Medio de Pago**	: EFECTY
CUFE	: 7ca413cecc942e77346f4b61c19b5f21a88dc22d0325ea3ecdf51497c5fa4ae5eaa238a68fe127bce1aed9143284ce82		
Observaciones	: /		

CANT.	SKU	DESCRIPCIÓN	VR. VENTA UNITARIO	VR. BRUTO SIN IVA	% DESCUENTO	VR. DESCUENTO	SUB TOTAL	% IVA	VR. IVA	SUB. TOTAL CON IMPTO.
1	8	101217 MALLA MOSQUITO 14x14	86.890,76	695.126,05	0,00	0,00	695.126,05	19,00	132.073,95	827.200,00

VALOR BRUTO	$	695.126,05
DESCUENTO	$	0,00
SUB TOTAL	$	695.126,05
IVA	$	132.073,95
SUB. TOTAL CON IMPTO.	$	827.200,00

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
20 JUN 2024
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO
Marlon

RTR
Recibido

SON: OCHOCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE — **TOTAL A PAGAR $ 827.200,00**

OBSERVACIONES: /

Autorizacion de Numeracion de Facturacion DIAN 18764046374490 del 23/03/2023, Prefijo 9907, Rango 1229173 hasta 51100000 con una vigencia desde el 23/03/2023 hasta 20/09/2024.

La presente Factura Electrónica de Venta, es un título valor de acuerdo con lo establecido en el Código de Comercio y en especial en los artículos 621,772 y 774, el Decreto 2242 del 24 de noviembre de 2015 y el Decreto Único 1074 de mayo de 2015. El presente título valor se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio Art.779 del Código de Comercio.

ADVANCE RETAIL SOLUTION NCR COLOMBIA LTDA NIT 860005074-8

eFactura cadena. NIT. 890.930.534-0

HOMECENTER
SODIMAC corona

205

ACTA ENTREGA NOTA PEDIDO

Copia Almacén

19/06/2024 10:45

Nota pedido: 99-20926853	**Sticker:** 269921466235	**Ruta:** 1492758	**Tipo:** REGULAR

Estado: LISTO X ENT.COMPLETA

Valor Nota PCE:

Tipo Entrega: DOMICILIOS

Almacén: VENTA A DISTANCIA BOGOTA

Asesor:

Fecha entrega: 19/06/2024 12:00

Tipo cliente: REGULAR

NIT: 900959051

Rango Horario: 7-13

Departamento : CUNDINAMARCA

Ciudad : BOGOTA. D.C.

Fecha Creación: 18/06/2024 09:32

Dirección : carrera 14b #1 45 sur |:=:|hospital santa clara

Teléfono : 3202391167

Nombre: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOSDE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Email : ricardofierro151@gmail.com

Fax :

Barrio: SAN ANTONIO DE PADUA-ANTONIO NARI?O

Zona : Sur Oriente

Contacto:

Observación:

Orden	Código de barras	Código HC	Ref. Prov	Descripción	Cantidad	Cant. Ruta	Cant. Pte. por enviar	peso
	770367011176	101217	ZAR14DG090X0500	MALLA MOSQUITO 14x14 0.90x5 m	8	8	0	23.68

Estimado cliente, firme con número de cedula en señal de aceptación como constancia de haber recibido los productos relacionados en este documento en óptimas condiciones de entrega. En caso contrario, escriba la inconsistencia presentada y regrese la mercancía de inmediato. Después de la entrega de los productos relacionados en este documento y la firma del mismo, absténgase de entregar su mercancía a terceros. Cualquier inquietud adicional favor.

FIRMA FECHA Y HORA RECIBO | **NOMBRE CLIENTE** | **CÉDULA O NIT**

PERSONA QUE ENTREGA

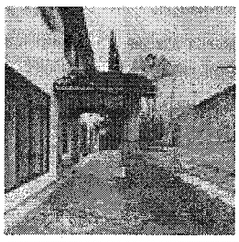
HOMECENTER BOGOTA MALLPLAZA NQS
SODIMAC COLOMBIA S.A.
TIPO DE ENTREGA:
Domicilio: Transferencia:
Mesón: NOMBRE DE TRANSPORTADOR O PERSONA QUE LLEVA CARGA DE TRANSFERENCIA
19 JUN 2024
CEDULA
NOMBRE AUXILIAR DE SEGURIDAD (Solo para mercancía cargada en patio)
CEDULA

Ricardo Amaya
CC 93377264

8 206

Carro — Entrega — Pago

Carro de compras 8



COLMALLAS

Malla mosquito 14 x 14 mm, 0,90 x 5 metros

Código 101217

✓ Envío a domicilio

✓ Retiro en tienda

− 8 +

$103.400 und

$22.977,78 und

Total producto: $827.200

Resumen de tu compra

Sub total	$827.200
Total a pagar	**$827.200**

El costo del envío no está incluido en el total.

+ Agrega un cupón de descuento

Continuar

Precios y opciones de entrega basados en tu ubicación actual: Bogota D.C.

Compra segura Ver más

Tus datos personales se mantienen bajo estricta confidencialidad y estan protegidos.

ción Garantizada Ver más

:volver tu compra en un plazo máximo de 30 días, el producto debe estar en perfecto estado: sin uso, tener
s, manuales y embalaje original. Si tienes dudas, comunícate a nuestra línea de atención al cliente desde Bo
o a la línea nacional 320 889 9933.

Privacidad - Condiciones

207

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14920098160

(415)7707212489984(8020)000001492009816 0

5. Número de identificación Tributaria (NIT): 800242106 | 6. DV: 2

12. Dirección seccional: Operativa de Grandes Contribuyentes 13

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: SODIMAC COLOMBIA S A

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 169

39. Departamento: Bogotá D.C. 11

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 68 D 80 70

42. Correo electrónico: NOTIFICACIONESJUDICIALES@HOMECENTER.CO

43. Código postal: 111021

44. Teléfono 1: 3904100

45. Teléfono 2: 3212365130

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
4719	2020/05/11	4752	1994/09/02	4741 / 4774		40

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 3 5 7 8 9 10 13 14 15 18 26 33 41 42 48 52 55

03- Impuesto al patrimonio
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el Impuesto
10- Obligado aduanero
13- Gran contribuyente
14- Informante de exogena
15- Autorretenedor
18- Precios de transferencia
26- Declaración individual precios de tran
33- Impuesto nacional al consumo
41- Declaración anual de activos en el exte
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Obligados aduaneros

54. Código: 23 22

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
1	3	57. Modo	1		
		58. CPC	87		

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 - 14 / 08 : 28: 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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre: CAMACHO PABON JUAN PABLO
985. Cargo: Apoderado General Certificado

Fecha generación documento PDF: 08-08-2023 04:18:13PM

208

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 - 04/06/2024
NOMBRE FUNCIONARIO	ARQ. RICARDO FIERRO RODRÍGUEZ
ÁREA / DEPENDENCIA	INFRAESTRUCTURA
CENTRO DE COSTO	7AUMO3 511150001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	HOSPITAL SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

SE REQUIERE LA ADQUISICIÓN DEL INSUMO MALLA MOSQUITO (ANGEO)

3. JUSTIFICACIÓN

SE REALIZA LA SOLICITUD PARA ADQUIRIR ESTE INSUMO, YA QUE SE DEBE SUBSANAR EL HALLAZGO DEJADO POR AMBIENTAL A PRINCIPIOS DE ESTE AÑO, POR QUE ESTE NO SE PUEDE ADQUIRIR MEDIANTE EL CONTRATO DE FERRETERIA ACTUAL.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

Vo.Bo. Funcionario Almacén

RFR

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.

Fecha Actual : miércoles, 26 junio 202

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000077085

PROVEEDOR:	SODIMAC COLOMBIA S A	**NIT:** 800242106		**FECHA:**	26/06/2024 09:02 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 68 D N 80 - 70			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	6013904100			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	99071395060	**% ICA:** 0,0000	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	18/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
153CH016076	MALLA PLASTICA MOSQUITERO	UNIDAD	8,00	$86.890,76	$695.126,08	0,00	19,00

DETALLE

FACTURA 99071395060 COMPRA POR CAJA MENOR SANTA CLARA DIGITA MARLON

SUBTOTAL:	$695.126,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$132.074,00
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:	$827.200,00

TOTAL COMPROBANTE:

OCHOCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró:

Revisó Almacen

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR
Revisado Impuestos:

6257

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

210

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 Nº	6258	FECHA	21/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	BIENESTAR		
VALOR:	$250.000,00		
LA SUMA DE:	DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. FE-183 JULIAN ALEXANDER URREGO VELÁSQUEZ NIT 80.845.602-1 OFRENDAQS FLORALES, CON EL FIN DE REALIZAR LA ENTREGA POR FALLECIMIENTO DEL FUNCIONARIOS Y/O PERDIDA DEL FAMILIAR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., SOLICITADO POR JOHANNA PATRICIA RODRÍGUEZ GÓMEZ. R.FTE 6%.....$15.000 R.ICA 9.66 POR MIL..... 2.415		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

211

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
8fb8f8c6dc715088505af52c3c2d8102c5501e452fd5e529b8088d5f20012be169dd1bf9e750b09d8bfb11b47bdb4f84

Número de Factura: FE-183
Fecha de Emisión: 07/06/2024
Fecha de Vencimiento: 07/06/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Orden de pedido:
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
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica:

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 33 A 15 23
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
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: 3053870410
Correo: cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

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

Notas Finales

Linea de negocio:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.845.602

URREGO VELASQUEZ

APELLIDOS

JULIAN ALEXANDER

NOMBRES

HUELLA

FECHA DE NACIMIENTO 29-OCT-1985

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

16-ENE-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A 1500150-00175899-M-0080845602-20090108 0015800616A 1 2190197091

213

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14807935091

(415)7707212489984(8020) 000001480793509 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 0 8 4 5 6 0 2
6. DV: 1
12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 3 2
14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 0 8 4 5 6 0 2	2 0 0 4 0 1 1 6

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
URREGO	VELASQUEZ	JULIAN	ALEXANDER

35. Razón social:

36. Nombre comercial: RAPIFLORES

37. Sigla:

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 33 A 15 23

42. Correo electrónico: rapifloresbogota@gmail.com

43. Código postal:
44. Teléfono 1: 3 2 1 2 3 6 5 0 0 5
45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					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
4 7 7 3	2 0 2 0 0 8 1 3	4 7 5 9	2 0 2 0 0 8 1 3	8 2 9 9			1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

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

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

214

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14807935091

(415)7707212489984(8020) 000001480793509 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 8 4 5 6 0 2	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: RAPIFLORES

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

165. Dirección: CL 33 A 15 80

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 3 2 7 3 2 5 3	2 0 2 0 0 8 1 9
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 2 1 2 3 6 5 0 0 5	

2

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**

3

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**

-215

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 4/06/2024
NOMBRE FUNCIONARIO	Johanna Patricia Rodriguez Gomez
ÁREA / DEPENDENCIA	Talento Humano
CENTRO DE COSTO	7AMDOS 7ADM05 511190000
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?	SI	NO
		X

N/A
Vo.Bo. Funcionario Almacén

Johanna Rodriguez
Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo Ó Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

216

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	6259	FECHA	24/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	ADQUISICIONES DE BIENES PIC		
VALOR:	$303.000,00		
LA SUMA DE:	TRESCIENTOS TRES MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. A257 LUIS EDUARDO MONROY PEDROZA NIT 1.023.879.033-0 INSUMOS FERRETERÍA, REQUERIDOS PARA DAR CUMPLIMIENTO POR ENTORNO LABORAL PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO – PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12907

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

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000077088

PROVEEDOR:	LUIS EDUARDO MONROY PEDROZA	**NIT:**	1023879033	**FECHA:**	26/06/2024 09:18 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CL 22S N 6 - 52			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	30003213275			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	A257	**% ICA:** 6,9000	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	20/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
153CH013952	ESMALTE	UNIDAD	4,00	$ 46.765,50	$ 187.062,00	0,00	19,00
153CH014295	THINNER	GALON	2,00	$ 17.789,00	$ 35.578,00	0,00	19,00
153CH013766	BROCHA 3	UNIDAD	9,00	$ 3.553,61	$ 31.982,49	0,00	19,00

DETALLE

FACTURA A257 COMPRA POR CAJA MENOR PARA EL ENTORNO COMUNITARIO PIC SANTA CLARA DIGITA MARLON

SUBTOTAL:	$ 254.622,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 48.379,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 1.757,00
RETE FUENTE:	$ 6.366,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	-$ 1,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 294.877,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró: | Revisó Almacen | Adriana M. Lugo CUENTAS POR PAGAR Revisado Impuestos:

6260

ANEXO NOTA AJUSTE 12874

222

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	6260	**FECHA**	24/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	ADQUISICIONES DE BIENES PIC		
VALOR:	$110.000,00		
LA SUMA DE:	CIENTO DIEZ MIL PESOS M.CTE		
CONCEPTO:	FACTURA No. A256 LUIS EDUARDO MONROY PEDROZA NIT 1.023.879.033-0 INSUMOS FERRETERÍA, REQUERIDOS PARA DAR CUMPLIMIENTO POR ENTORNO ENTORNO GPA ISP PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12901

723

LUIS EDUARDO MONROY PEDROZA
NIT 1.023.879.033-0
Calle 22 sur # 6 -52
Tel: (601) 3213275
Bogotá - Colombia
lluismonroy1988@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. A 256

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(312) 3452365 - Ext. 000
Dirección	DG 34 5 43	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	20/06/2024, 12:26
Expedición	20/06/2024, 12:26
Vencimiento	20/06/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	LAMPARA 1:20	3.00	48,000.01
2	LAMPARA INCRUSTAR	1.00	16,000.00
3	LAMPARA SOBREPONER	2.00	34,000.01
4	GASTOP	1.00	12,000.00

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
21 JUN 2024
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO
Nubia

Total items: 4

Total Bruto	92,436.99
IVA 19%	17,563.03
Total a Pagar	110,000.02

Valor en Letras:
Ciento diez mil pesos m/cte con dos cent.

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 110,000.02

Observaciones:

Recibí Activo
Luz Adriana Castiblanco
GPA1SP.

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

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 18764064230061 aprobado en 20240124 prefijo A desde el número 194 al 5000 Vigencia: 6 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 4752 Comercio al por menor de artículos de ferretería, pinturas y productos de vidrio en establecimientos especializados Tarifa 11,04
CUFE: 83e8560bf2b6c549b3ecd339a4ba8a6bbf7c2444ffe230dda2474cc1473f7c3e967e50593736cb893c5f82c17eaa3d9a

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

Fecha Actual : miércoles, 26 junio 202

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000077094

PROVEEDOR:	LUIS EDUARDO MONROY PEDROZA	**NIT:**	1023879033	**FECHA:**	26/06/2024 09:36 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CL 22S N 6 - 52			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	30003213275			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	A256	**% ICA:** 6,9000	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	20/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
101CD015350	LAMPARA	UNIDAD	3,00	$ 14.072,66	$ 42.217,98	0,00	19,00
152RM014011	LAMPARA PARA PASILLO	UNIDAD	1,00	$ 12.960,00	$ 12.960,00	0,00	19,00
153CH014005	LAMPARA DE SOBREPONER 2X32	UNIDAD	2,00	$ 13.770,00	$ 27.540,00	0,00	19,00
152RM014658	PEGANTE SOLUCION (GASTOP FUERZA GRANDE)	UNIDAD	1,00	$ 9.720,00	$ 9.720,00	0,00	19,00

DETALLE

FACTURA A256 COMPRA POR CAJA MENOR SANTA CLARA DIGITA MARLON

TOTAL COMPROBANTE:

CIENTO SIETE MIL CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

SUBTOTAL:	$ 92.438,00
DESCUENTO:	$ 0,0
IMPUESTO:	$ 17.563,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 638,00
RETE FUENTE:	$ 2.311,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	-$ 1,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 107.051,00

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Elaboró: | Revisó Almacen | Revisado Impuestos:

6259

ANEXO NOTA AJUSTE 12875

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

900959051

NOTA DE PAGOS

Fecha Actual : jueves, 27 junio 2024 Página 1/1

Consecutivo : 12875 **Estado :** Confirmado
Tercero: 1023879033 LUIS EDUARDO MONROY PEDROZA
Proveedor: 1023879033 LUIS EDUARDO MONROY PEDROZA
Fecha de la Nota : 27/06/2024 2:15:13 p. m. **Naturaleza de la Nota :** Credito
Valor : $ 2.949,00

Detalle : CAJA MENOR - SE REGISTRA NOTA DE AJUSTE MENOR VALOR FACTURADO EN CBI77094 EN RETENCION DE ICA Y FUENTE , PARA APLICAR A LA FACTURA A256

Son :DOS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DESCRIPCIÓN DE CONCEPTOS

Concepto	Cuenta	Centro	Nombre de la cuenta	Naturaleza	Valor
48 AJU. RETE ICA RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS	243627001		RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS	Debito	$ 638,00
Cuenta NIIF:	243627001		RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS		
90 ICA POR PAGAR DE COMPRAS	Porcentaje 6,90	Valor Base	92438,0000		
39 AJU. RETEFUENTE RETENCION POR COMPR	243608005		RETENCION POR COMPRAS 2,5%	Debito	$ 2.311,00
Cuenta NIIF:	243608005		RETENCION POR COMPRAS 2,5%		
01 COMPRAS GENERALES DECLARANTES	Porcentaje 2,50	Valor Base	92438,0000		

DESCRIPCIÓN DE FACTURAS

Factura	Fecha	Vencimiento	Cuenta	Cuenta NIIF	Valor
A256	20/06/2024 12:00:00 a. m.	20/06/2024 12:00:00 a. m.	240101001	240101001	$ 2.949,00

Adriana M. Lugo
ELABORO
CUENTAS POR PAGAR

REVISO

Nombre reporte : PGRPNota

Usuario Id. :52160932

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	6261	**FECHA**	24/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	ADQUISICIONES DE BIENES PIC		
VALOR:	$37.999,00		
LA SUMA DE:	TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. FVEL 6032 TORNIEXITO NIT 900.238.480-1 INSUMOS FERRETERÍA, REQUERIDOS PARA DAR CUMPLIMIENTO DE ACCIONES REALIZADAS POR ENTORNO GESTIÓN OPERATIVA Y TÁCTICA PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO – PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

229

TORNIEXITO

TORNIEXITO S.A.S

NIT .900.238.480 - 1 - REGIMEN COMÚN

Fabricación, Importación, y distribución de toda clase de tornillos y herramientas

AIRE ACONDICIONADO CENTRAL

Avenida 27 No 29 - 18 Sur - Teléfonos:(601)7202102 - (601)3001034 Email:torniexito@hotmail.com - info@torniexito.com Bogotá, D.C - Colombia.

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FVEL **6032**

FECHA FACTURA: 19 DE JUNIO DE 2024

FECHA DE VENCIMIENTO: 19 DE JUNIO DE 2024

PLAZO ESTABLECIDO: CONTADO

RESOLUCIÓN DIAN ELECTRONICA 18764053119037 PREFIJO FVEL AUTORIZA 5012 AL 10000 FECHA 04/08/2023 VENCE 04/08/2024.

VENDIDO A:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
NIT:	900959051	**TELEFONO:**	3282828
DIRECCIÓN:	DG 34 5 43	**MEDIO DE CONTACTO:**	MOSTRADOR
R.DESCHADO:	24385	**VENDEDOR:**	MOSTRADOR
PAGO:	CONTADO	**S. ORDEN:**	**N.PEDIDO:**

DESCRIPCION	DIM	% IVA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
TLLO C.CILINDRICA PHILL MM 6 X 30		19.00	200.00	159.66	31,932.00

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
24 JUN 2024
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO
Marlon

SON: TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

SUB TOTAL:	31,932
IVA 19%:	6,067
RTE FTE 2.5%	0
RTE IVA 15% IVA	0
RTE ICA11.04.00	0
TOTAL:	37,999

OBSERVACIONES:

" NO ACEPTAMOS CAMBIOS, DEVOLUCIONES, NI RECLAMOS DESPUES DE 5 DIAS RECIBIDA LA MERCANCIA"

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES NI AUTORETENEDORES CODIGO DE ACTIVIDAD INDUSTRIA Y COMERCIO ICA : 4663 TARIFA ICA 11.04 X MIL.

ESTA FACTURA DE VENTA CONSTITUYE TITULO VALOR SEGUN LO ESTABLECIDO EN LA LEY 1231 DE 2008 SEGUN ART 772 AL 774 DEL Co.Cio. LAS MERCANCIAS VIAJAN POR CUENTA Y RIESGO DEL COMPRADOR **ESTA FACTURA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO SI NO ES CANCELADA DENTRO DEL PLAZO MAXIMO DE VENCIMIENTO , ESTA FACTURA GENERARA INTERESES A LA MAXIMA TASA DE USURA PERMITIDA.**

FAVOR REALIZAR TRANSFERENCIA O CONSIGNACION EN LA CUENTA DE AHORROS No. 171151681 DEL BANCO DE BOGOTA A NOMBRE DE TORNIEXITO S.A.S

FIRMA EMISOR:	**FIRMA Y SELLO DE QUIEN RECIBE :**

CUFE: fd70edc4f19db104a9a1e14ee6e3025583f2c565a6549f53d80d517fe8fb9e6405c5fe5f58abd67b228251a2a7a1da41

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

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	JUNIO 06 DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	LORENZA BECERRA CAMARGO
ÁREA / DEPENDENCIA	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO -PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
CENTRO DE COSTO	653P031 7314002005
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA PSPIC

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Calibración Equipos (Vigilancia Sanitaria)
Insumos Ancestrales (Entorno Hogar)
Insumos Ferreteria (Epidemiologia, programas, gestión tactica, sanitaria)
Impresión a color y laminación de fichas educativas (Institucional, laboral,hogar, educativo,comunitario)

3. JUSTIFICACIÓN

Para dar cumplimiento a las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - Convenio 6362496–2024

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

Vo.Bo. Funcionario Almacén

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

Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

La Subred no cuenta con contrato vigente

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

232

Fecha Actual : miércoles, 26 junio 202

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000077096

PROVEEDOR:	TORNIEXITO SAS	**NIT:** 900238480		**FECHA:**	26/06/2024 09:58 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	AK 27 N 29 - 18 SUR			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	6017202102			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	6032	**% ICA:** 0,0000	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	19/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
153CH015941	TORNILLO DRYWALL	UNIDAD	200,00	$159,66	$31.932,00	0,00	19,00

DETALLE

FACTURA 6032 COMPRA POR CAJA MENOR ENTORNO GESTION OPERATIVO E INFORMACION (PIC) SANTA CLARA DIGITA MARLON

SUBTOTAL:	$31.932,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$6.067,00
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:	$37.999,00

TOTAL COMPROBANTE:

TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Elaboró: | Revisó Almacen | Revisado Impuestos:

6261

233

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	**6262**	**FECHA**	**25/06/2024**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO**		
VALOR:	**$1.214.854,00**		
LA SUMA DE:	**UN MILLÓN DOSCIENTOS CATORCE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M.CTE.**		
CONCEPTO:	**FACTURA No. FEC 35011 NIT 830.010.484-5 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (INSUMOS URGENTE PARA LABORATORIO CLÍNICO), 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 XIOMARA MORALES LAMUS, LABORATORIO CLÍNICO.**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

DISTRIQUIMICOS ALDIR S.A.S.

NIT : 830,010,484 - 5
AV CL 24 No. 95-12 BOD 21 PARQUE IND PORTOS BOD 21
BOGOTA - COLOMBIA
4288070 3102618435
aldirfelectronica@aldir.co
Responsables de IVA. - Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta según
Resolución 007328 del 20 de septiembre de 2021
Actividad Económica 4690 Tarifa 11.04

ALDIR® SOLUCIONES PARA SU LABORATORIO DESDE 1989

Cliente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900,959,051 - 7	Teléfono	3023348034
Dirección	DG 34 5 43	Vendedor	ERIKA AVELDAÑO
Ciudad	BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA	Centro Costo	28
Correo	cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co	Remisión	148.459
Order Reference Prefijo		Numero	

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FEC 35011
Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-06-21	14:28:05
Expedición	2024-06-21	14:28:19
Vencimiento	2024-06-21	

Item	Referencia	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	I.V.A
1	19401001	ACEITE DE INMERSION x 100 ML.ALBOR - REF:19401001	FC	3.00	89,100.00	267,300.00	19
2	12211012/12211004	ETANOL CETONA 3:1 x 1000 ML.ALBOR - REF:12211012/1	FC	2.00	60,600.00	121,200.00	0
3	31001001	GLUCOTEST CAJA X 50 SOBRES (25GR) - REF:31001001		6.00	68,900.00	413,400.00	0
4	12212012/12212004	FUCSINA DE GRAM x 1000 ML.ALBOR - REF:12212012/122	FC	2.00	34,300.00	68,600.00	0
5	12213012/12213004	LUGOL DE GRAM x 1000 ML.ALBOR - REF:12213012/12213	FC	2.00	34,600.00	69,200.00	0
6	04404198-04	PUNTAS PLASTICAS AMARILLAS X 1000 UND. BOECO - REF	UND	1.00	59,300.00	59,300.00	19
7	12223012/12223004	AZUL DE METILENO Z.N. x 1000 ML.ALBOR - REF:122230	FC	1.00	38,500.00	38,500.00	0
8	12222004	FUCSINA FENICADA Z.N. x 1000 ML.ALBOR - REF:122220	FC	1.00	59,800.00	59,800.00	0
9	12221012/12221004	ALCOHOL ACIDO Z.N. x 1000 ML.ALBOR - REF:12221012/	FC	1.00	55,500.00	55,500.00	0

Total Bruto	1,152,800.00
IVA Tarifa	62,054.00
Total a Pagar	**$ 1,214,854.00**

Elaborado e Impreso por Sigo SAS Nit: 830.048.145 -8

CONDICION DE PAGO

Credito Contado Efectivo 1,214,854.00 Cuota 1 Vence el 2024-06-21

VALOR EN LETRAS

Un Millon Doscientos Catorce Mil Ochocientos Cincuenta Y Cuatro Pesos M/Cte.

OBSERVACIONES

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subdirección de Servicios Centro Oriente

Total Cantidad 19.00

24 JUN 2024
Marlon

IMPORTANTE
Reportar devoluciones antes de 48 horas de recibida la mercancía a: aldirservicioaldiente1@aldir.co
Mayor información
https://www.

Firma Elaborado por : LAURA XIMENA MA

Firma Recibido CC 51697231

Favor hacer transferencia electronica o consignacion a las cuentas: Cuenta Corriente Banco de Bogota No. 075125393 / Cuenta Corriente Bancolombia No. 20730477662, una vez realizado su pago reportar a: aldircartera@aldir.co; aldirtesoreria@aldir.co Página WEB: www.aldir.co

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.** 18764072659345 **aprobado en** 2024-06-11 **vigente** 12 Meses, **prefijo** FEC **desde el número** 34865 **al** 40000

CUFE :876bb45c1c3dd8205d58b365f261a56e57d40c8f66c2bcb81d25f946b66033951022f5603533965ca3a92759768b58bb

ORIGINAL

DISTRIQUIMICOS ALDIR S.A.S.
NIT : 830,010,484 - 5
AV CLL 24 95-12 BODEGA 21 Parque industrial Portos
4288070 - 3102618435

REMISION 236
S - 001 - 148459

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			**Fecha Comprobante**	**Pedido**
NIT	900,959,051 - 7	**Teléfono**	3023348034	2024-06-21	47,390
Dirección	DG 34 5 43	**Ciudad**	BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA		

Item	Referencia	Cantidad	Descripción	Lote	F.Vto	Registro Invima
1	19401001	3	ACEITE DE INMERSION x 100 ML.ALBOR - REF:19401001			NO REQUIERE
				C240153	2027-01-30	
2	12211012/12211004	2	ETANOL CETONA 3:1 x 1000 ML.ALBOR - REF:12211012/1			2016RD-0000221-R1
				M240329	2027-03-30	
3	31001001	6	GLUCOTEST CAJA X 50 SOBRES (25GR) - REF:31001001			2020DM-001678-R1
				40420	2026-05-30	
4	12212012/12212004	2	FUCSINA DE GRAM x 1000 ML.ALBOR - REF:12212012/122			2016RD-0000221-R1
				M240227	2026-02-28	
5	12213012/12213004	2	LUGOL DE GRAM x 1000 ML.ALBOR - REF:12213012/12213			2016RD-0000221-R1
				M240427	2026-10-30	
6	04404198-04	1	PUNTAS PLASTICAS AMARILLAS X 1000 UND. BOECO - REF			NO REQUIERE
7	12223012/12223004	1	AZUL DE METILENO Z.N. x 1000 ML.ALBOR - REF:122230			2016RD-0000221-R1
				M240428	2027-04-30	
8	12222004	1	FUCSINA FENICADA Z.N. x 1000 ML.ALBOR - REF:122220			2016RD-0000221-R1
				M240233	2026-02-28	
9	12221012/12221004	1	ALCOHOL ACIDO Z.N. x 1000 ML.ALBOR - REF:12221012/			2016RD-0000221-R1
				M240246	2027-02-28	

OBSERVACIONES

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
24 JUN 2024
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO
Marlon

IMPORTANTE
Reportar devoluciones antes de 48 horas de recibida la mercancía a: aldirserviciosalcliente1@aldir.co
Mayor Información:
https://www.aldir.co/politica-de-devoluciones

Elaborado por	Aprobado por

ALDIR®
SOLUCIONES PARA SU LABORATORIO
DISTRIQUIMICOS ALDIR S.A.S.
NIT. 830.010.484-5 RESPONSABLE DE IVA

CERTIFICACIÓN DE PAGO APORTES SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL PARAFISCALES.

Yo, **ALFREDO CORTES GONZÁLEZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 19.058.833 y con tarjeta profesional No. 1828-T de la junta central de contadores, **CERTIFICO** en mi condición de Revisor Fiscal de **DISTRIQUIMICOS ALDIR S.A.S.** identificada con NIT 830.010.484-5, que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales (salud, riesgos laborales, pensión, ICBF, SENA y caja decompensación familiar) exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todoconcepto relacionando dichos aportes.

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

Dada en Bogotá, a los cinco (05) días del mes de junio de 2024.

Cordialmente,

ALFREDO CORTES GONZALEZ
Revisor Fiscal
T.P. No. 1828-T

Av. Calle 24 N° 95-12 Bodega 21
Parque Industrial Portos
PBX: 4288070
aldir@aldir.co
www.aldir.co
Bogotá D.C. - Colombia

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830010484-5	DISTRIQUIMICOS ALDIR S.A.S	AV CLL 24 95 12 BODEGA 21	4288070	aldirasisfinanciera@aldir.co	
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 ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					64	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-04	E	20/05/2024	76632573	$99.935.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	4.349.000	0		0		0	0	0	0	4.349.000	2
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	805.100	0		0		0	0	0	0	805.100	5
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	11.587.800	0		0		0	0	0	0	11.587.800	29
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1.984.600	0		0		0	0	0	0	1.984.600	12
EPS010	EPS Sura	800088702-2	549.100	0		0		0	0	0	0	549.100	5
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	728.600	0		0		0	0	0	0	728.600	9
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	148.400	0		0		0	0	0	0	148.400	1
EPS046	SALUD MIA EPS	900914254-1	121.300	0		0		0	0	0	0	121.300	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)	800229739-0	10.764.800	0	0	179.700	179.700	0	0		11.124.200	15
230301	Porvenir	800224808-8	7.695.300	0	0	52.100	52.100	0	0		7.799.500	17
231001	Colfondos	800227940-6	6.124.700	0	0	73.500	73.500	0	0		6.271.700	10
25-14	Colpensiones	900336004-7	26.668.500	0	0	713.200	1.348.200	0	0		28.729.900	20

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	1.640.900				1.640.900	0	0	1.640.900			16.409	1.640.900	63

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF03	Comfenalco Antioquia	890900842-6	336.500	0	0	336.500	1
CCF07	Comfamiliar Atlantico	890101994-9	148.400	0	0	148.400	1
CCF15	Comfacesar	892399989-8	115.200	0	0	115.200	1
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	14.592.900	0	0	14.592.900	55
CCF33	Caja Fliar Magdalena	891780093-3	148.500	0	0	148.500	1
CCF40	Comfenalco Santander	890201578-7	774.400	0	0	774.400	3

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

259

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830010484-5	DISTRIQUIMICOS ALDIR S.A.S	AV CLL 24 95 12 BODEGA 21	4288070	aldirasisfinanciera@aldir.co	
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 ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					64	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-04	E	20/05/2024	76632573	$99.935.800	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
3.192.000	0	0	3.192.000	3
ICBF				
4.787.800	0	0	4.787.800	3
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	20.273.900	20.273.900
Pensión	4	53.925.300	53.925.300
Riesgos Laborales	1	1.640.900	1.640.900
CCF	6	16.115.900	16.115.900
ESAP	0	0	0
ICBF	1	4.787.800	4.787.800
MEN	0	0	0
SENA	1	3.192.000	3.192.000
TOTALES	21	99.935.800	99.935.800

PAGADA

210

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14917789701

(415)7707212489984(8020) 000001491778970 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 1 0 4 8 4	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
DISTRIQUIMICOS ALDIR SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
AV CL 24 95 12 BG 21 PAR INDUSTRIAL PORTOS

42. Correo electrónico aldirjefecontable@aldir.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 0 3 6 9	4 2 8 8 0 7 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
4 6 9 0	1 9 9 5 1 2 0 8	4 6 4 5	1 9 9 5 1 2 0 8		4 6 5 9 / 4 7 7 3		1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 3 5 7 8 9 10 14 15 42 48 52 55

03- Impuesto al patrimonio
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
15- Autorretenedor
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

54. Código: 23 22

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
1	1	57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 06 - 01 / 10 : 02: 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. Nombre DIAZ ROJAS ALVARO
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 04-06-2024 09:09:09AM

241

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14917789701

(415)7707212489984(8020) 000001491778970 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 1 0 4 8 4	5	Impuestos de Bogotá	3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 4
72. Número	1 9 5 1	3 7
73. Fecha	1 9 9 5 0 8 1 0	2 0 1 1 0 6 2 8
74. Número de notaría	5 0	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 9 5 0 9 1 3	2 0 1 1 0 7 1 1
77. No. Matrícula mercantil	0 0 6 6 4 1 3 0	0 0 6 6 4 1 3 0
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	4	4
Vigencia		
80. Desde	1 9 9 5 0 8 1 0	
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control
Superintendencia de Sociedades 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	2 1	2 0 0 9 1 2 1 5		
2	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

Fecha generación documento PDF: 04-06-2024 09:09:09AM

242

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14917789701

(415)7707212489984(8020) 000001491778970 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 1 0 4 8 4	5	Impuestos de Bogotá	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	7 9 3 8 2 2 0 1		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
DIAZ	ROJAS	ALVARO	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
300,000,000	1 0 0	1 9 9 5 0 8 1 0	

2

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

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

243

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14917789701

(415)7707212489984(8020) 000001491778970 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 1 0 4 8 4	5	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 9 0 5 8 8 3 3		1 8 2 8 - T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
CORTES	GONZALEZ	ALFREDO	

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

135. Fecha de nombramiento: 1 9 9 7 0 4 1 5

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	8 0 7 9 5 4 8 3		1 2 6 7 8 9 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
PARDO	VEGA	EDINSON	FERNANDO

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento: 2 0 1 8 0 5 2 2

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	2 2 4 9 2 4 9 3		1 5 5 4 9 5 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
SANCHEZ	GARCIA	PRISCILA	

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

159. Fecha de nombramiento: 2 0 1 0 1 2 0 9

244

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14917789701

(415)7707212489984(8020) 000001491778970 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 3 0 0 1 0 4 8 4
6. DV: 5
12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá
14. Buzón electrónico: 3 2

Representación

1

98. Representación: REPRS LEGAL PRIN 1 8
99. Fecha inicio ejercicio representación: 1 9 9 5 0 8 1 0
100. Tipo de documento: Cédula de Ciudadaní 1 3
101. Número de identificación: 7 9 3 8 2 2 0 1
102. DV:
103. Número de tarjeta profesional:
104. Primer apellido: DIAZ
105. Segundo apellido: ROJAS
106. Primer nombre: ALVARO
107. Otros nombres:
108. Número de Identificación Tributaria (NIT):
109. DV:
110. Razón social representante legal:

2

98. Representación: REPRS LEGAL SUPL 1 9
99. Fecha inicio ejercicio representación: 2 0 1 2 0 2 0 1
100. Tipo de documento: Cédula de Ciudadan 1 3
101. Número de identificación: 5 2 4 1 1 3 9 3
102. DV:
103. Número de tarjeta profesional:
104. Primer apellido: ORTIZ
105. Segundo apellido: GOMEZ
106. Primer nombre: MARIA
107. Otros nombres: LOURDES
108. Número de Identificación Tributaria (NIT):
109. DV:
110. Razón social representante legal:

3

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:

4

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:

5

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: 04-06-2024 09:09:09AM

245

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14917789701

(415)7707212489984(8020) 000001491778970 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 1 0 4 8 4	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento: Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica: Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos 4 6 4 5
162. Nombre del establecimiento: DISTRIQUIMICOS ALDIR SAS	
163. Departamento: Bogotá D.C. 1 1	164. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1
165. Dirección: AV CL 24 95 12 BG 21	
166. Número de matrícula mercantil: 0 0 8 4 7 0 6 8	167. Fecha de la matrícula mercantil: 1 9 9 8 0 2 0 6
168. Teléfono: 4 2 8 8 0 7 0	169. Fecha de cierre:

2

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

3

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

246

ALDIR®
SOLUCIONES PARA SU LABORATORIO
DISTRIQUIMICOS ALDIR S.A.S.
NIT. 830.010.484-5- RESPONSABLE DE IVA

Bogotá D.C, 24 de junio de 2024

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

Por medio de la presente **DISTRIQUIMICOS ALDIR SAS NIT: 830.010.484-5** autoriza al señor **GENRY USAQUEN** identificado con cedula de ciudadanía **80.400.784**, mensajero de la empresa, a que reciba el pago de la factura 35011.

Edilsen Nayibe Socha Castro
A/A Departamento de Cartera
aldirjefecartera@aldir.co/ aldirasisfinanciera@aldir.co
Teléfono: 4288070 ext. 108

247

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 80.400.784
USAQUEN MUÑOZ
APELLIDOS
GENRY TEODOSIO
NOMBRES
FIRMA

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-DIC-1970
PACHO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

25-ENE-1989 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01077820-M-0080400784-20190628 0065657740A 1 3909111467

INSUMOS SIN CONTRATO URGENTES LABORATORIO CLINICO

ITEM	NOMBRE/ DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1	SENSIDISCO LEVOFLOXACINA	CARTUCHO	1
2	SENSIDISCO RIFAMPICINA	CARTUCHO	1
3	LAMINA DE CUARZO	CAJA X 10 UNIDADES	1
4	TUBOS DE VIDRIO TAPA ROSCA 16 X 100 (PARA TOMA DE LIQUIDOS) ESTERILES	UNIDAD	100
5	ACEITE DE INMERSION	FRASCO X 100 ML	5
6	ALCOHOL ACETONA	FRASCO X 1000 ML	3
7	CARGA DE GLUCOSA DE 25 GRS	CAJA X 50 SOBRES	20
8	FIELD PAQUETE COLORACION AZUL DE METILENO DE FIELD FOSFATADO	FRASCO X 200 ML	1
9	GRAM PAQUETE COLORACION ALCOHOL ACETONA GRAM	BOTELLA X 1000 ML	3
10	GRAM PAQUETE COLORACION FUCSINA BASICA DE GRAM	FRASCO X 1000 ML	3
11	GRAM PAQUETE COLORACION LUGOL DE GRAM	FRASCO X 1000 ML	3
12	LUGOL PARASITOLOGICO	FRASCO X 500 ML	1
13	PUNTAS AMARILLAS DESECHABLES	PAQUETE X 1000	7
14	VIALES MICROTUBO EPPENDORF DE 0,5 ML	UNIDAD	500
15	ZN PAQUETE COLORACION AZUL DE METILENO PARA - ZN	FRASCO X 1000 ML	3
16	ZN PAQUETE COLORACION FUCSINA FENICADA-ZN	FRASCO X 1000 ML	3
17	ZN PAQUETE COLORACION ALCOHOL ACIDO	BOTELLA X 1.000 ML	3
18	SENSIDISCO ACIDO NALIDIXCO	CARTUCHO	1
19	PIPETA PASTEUR PLASTICA	PAQUETE X 500	5

Namora Morales Lamas

249

INSUMOS SIN CONTRATO URGENTES LABORATORIO CLINICO JUNIO 2024

				ALDIR			
ITEM	NOMBRE/ DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD NECESARIA	VALOR POR UNIDAD DE MEDIDA	IVA	VALOR TOTAL POR UNIDAD DE MEDIDA	VALOR SOLICITADO
5	ACEITE DE INMERSION	FRASCO X 100 ML	3	$ 89,100	$ 16,929	$ 106,029	$ 318,087
6	ALCOHOL ACETONA	FRASCO X 1000 ML	2	$ 60,600	$ -	$ 60,600	$ 121,200
7	CARGA DE GLUCOSA DE 25 GRS	CAJA X 50 SOBRES	6	$ 68,900	$ -	$ 68,900	$ 413,400
10	GRAM PAQUETE COLORACION FUCSINA BASICA DE GRAM	FRASCO X 1000 ML	2	$ 34,300	$ -	$ 34,300	$ 68,600
11	GRAM PAQUETE COLORACION LUGOL DE GRAM	FRASCO X 1000 ML	2	$ 34,600	$ -	$ 34,600	$ 69,200
13	PUNTAS AMARILLAS DESECHABLES	PAQUETE X 1000	1	$ 59,300	$ 11,267	$ 70,567	$ 70,567
15	ZN PAQUETE COLORACION AZUL DE METILENO PARA - ZN	FRASCO X 1000 ML	1	$ 38,500	$ -	$ 38,500	$ 38,500
16	ZN PAQUETE COLORACION FUCSINA FENICADA-ZN	FRASCO X 1000 ML	1	$ 59,800	$ -	$ 59,800	$ 59,800
17	ZN PAQUETE COLORACION ALCOHOL ACIDO	BOTELLA X 1.000 ML	1	$ 55,500	$ -	$ 55,500	$ 55,500
	VALOR TOTAL NECESIDAD						$ 1,214,854

INSUMOS SIN CONTRATO URGENTES LABORATORIO CLINICO

				ISLA SAS				ALDIR			
ITEM	NOMBRE/ DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD NECESARIA	VALOR POR UNIDAD DE MEDIDA	IVA	VALOR TOTAL POR UNIDAD DE MEDIDA	VALOR SOLICITADO	VALOR POR UNIDAD DE MEDIDA	IVA	VALOR TOTAL POR UNIDAD DE MEDIDA	VALOR SOLICITADO
1	SENSIDISCO LEVOFLOXACINA	CARTUCHO	0	$ 83,300	$ 15,827	$ 99,127	$ -	NO COTIZA			$ -
2	SENSIDISCO RIFAMPICINA	CARTUCHO	0	$ 83,300	$ 15,827	$ 99,127	$ -	NO COTIZA			$ -
3	LAMINA DE CUARZO	CAJA X 10 UNIDADES	0	$ 70,500	$ 13,395	$ 83,895	$ -	$ 85,000	$ 16,150	$ 101,150	$ -
4	TUBOS DE VIDRIO TAPA ROSCA 16 X 100 (PARA TOMA DE LIQUIDOS) ESTERILES	UNIDAD	0	$ 3,300	$ 627	$ 3,927	$ -	NO COTIZA			$ -
5	ACEITE DE INMERSION	FRASCO X 100 ML	3	$ 103,900	$ 19,741	$ 123,641	$ 370,923	$ 89,100	$ 16,929	$ 106,029	$ 318,087
6	ALCOHOL ACETONA	FRASCO X 1000 ML	2	$ 70,800	$ 13,452	$ 84,252	$ 168,504	$ 60,600	$ -	$ 60,600	$ 121,200
7	CARGA DE GLUCOSA DE 25 GRS	CAJA X 50 SOBRES	6	$ 79,300	$ 15,067	$ 94,367	$ 566,202	$ 68,900	$ -	$ 68,900	$ 413,400
8	FIELD PAQUETE COLORACION AZUL DE METILENO DE FIELD FOSFATADO	FRASCO X 200 ML	0	$ 21,200	$ 4,028	$ 25,228	$ -	$ 18,200	$ -	$ 18,200	$ -
9	GRAM PAQUETE COLORACION ALCOHOL ACETONA GRAM	BOTELLA X 1000 ML	0	$ 70,800	$ 13,452	$ 84,252	$ -	$ 60,600	$ -	$ 60,600	$ -
10	GRAM PAQUETE COLORACION FUCSINA BASICA DE GRAM	FRASCO X 1000 ML	2	$ 40,000	$ 7,600	$ 47,600	$ 95,200	$ 34,300	$ -	$ 34,300	$ 68,600
11	GRAM PAQUETE COLORACION LUGOL DE GRAM	FRASCO X 1000 ML	2	$ 40,500	$ 7,695	$ 48,195	$ 96,390	$ 34,600	$ -	$ 34,600	$ 69,200
12	LUGOL PARASITOLOGICO	FRASCO X 500 ML	0	$ 41,500	$ 7,885	$ 49,385	$ -	$ 70,300	$ -	$ 70,300	$ -
13	PUNTAS AMARILLAS DESECHABLES	PAQUETE X 1000	1	$ 42,000	$ 7,980	$ 49,980	$ 49,980	$ 59,300	$ 11,267	$ 70,567	$ 70,567
14	VIALES MICROTUBO EPPENDORF DE 0,5 ML	UNIDAD	0	$ 32,300	$ 6,137	$ 38,437	$ -	NO COTIZA			$ -
15	ZN PAQUETE COLORACION AZUL DE METILENO PARA - ZN	FRASCO X 1000 ML	1	$ 44,950	$ 8,541	$ 53,491	$ 53,491	$ 38,500	$ -	$ 38,500	$ 38,500
16	ZN PAQUETE COLORACION FUCSINA FENICADA-ZN	FRASCO X 1000 ML	1	$ 69,800	$ 13,262	$ 83,062	$ 83,062	$ 59,800	$ -	$ 59,800	$ 59,800
17	ZN PAQUETE COLORACION ALCOHOL ACIDO	BOTELLA X 1,000 ML	1	$ 64,800	$ 12,312	$ 77,112	$ 77,112	$ 55,500	$ -	$ 55,500	$ 55,500
18	SENSIDISCO ACIDO NALIDIXCO	CARTUCHO	0	$ 83,300	$ 15,827	$ 99,127	$ -	NO COTIZA			$ -
19	PIPETA PASTEUR PLASTICA	PAQUETE X 500	0	$ 47,500	$ 9,025	$ 56,525	$ -	$ 97,400	$ 18,506	$ 115,906	$ -
	VALOR TOTAL NECESIDAD						$1,560,864				$ 1,214,854

251

RE: Solicitud certificación

John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
Vie 14/06/2024 3:23 PM
Para:Laboratorio Santa Clara <laboratoriosclara@subredcentrooriente.gov.co>;cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>

1 archivos adjuntos (16 KB)
LISTADO DE INSUMOS SIN CONTRATO SIN EXISTENCIAS.xlsx;

Buenas tardes.

Adjunto al presente cuadro, con la revisión de los 19 ítems, de los cuales no aparecen existencias en los almacenes con corte al día de hoy 14/06/2024.

Cordialmente

De: Laboratorio Santa Clara <laboratoriosclara@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: viernes, 14 de junio de 2024 2:41 p. m.
Para: John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: RV: Solicitud certificación

Cordial saludo

La presente con el fin de solicitar por favor, una certificación que los insumos de laboratorio clínico, del cuadro anexo no tienen existencias en el almacén de la Subred, para justificar la compra por caja menor.
Gracias por su atención

Cordialmente

Luz Ángela Vega
Contratista
Laboratorio UMHES Santa Clara
Bacterióloga
Cel. 3133620903
laboratoriosclara@subredcentrooriente.gov.co

252

RV: Solicitud insumos laboratorio caja menor

compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>
Mié 12/06/2024 3:47 PM
Para:cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>

1 archivos adjuntos (11 KB)
LISTADO DE INSUMOS SIN CONTRATO.xlsx;

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

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: Martha Cecilia Oquendo Ospina <laboratorio@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: viernes, 7 de junio de 2024 2:00 p. m.
Para: compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: Anis Cristina Gonzalez Romero <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>; Laboratorio JEG <laboratoriojegco@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: Solicitud insumos laboratorio caja menor

Buenas tardes

Envío el listado de los insumos necesarios para el laboratorio clínico, los cuales hacían parte del contrato 02 BS 0094 2023 con el proveedor ESPECIALIDADES DIAGNOSTICAS IHR SAS y este no firmó el otrosí.

Estos insumos ya se agotaron en los laboratorios clínicos de la Subred, y son indispensables en la atención y/o para el análisis de las muestras de nuestros usuarios.

En espera de su respuesta

Cordialmente,

Angela Vega

INSUMOS SIN CONTRATO URGENTES LABORATORIO CLINICO

ITEM	NOMBRE/ DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1	SENSIDISCO LEVOFLOXACINA	CARTUCHO	1
2	SENSIDISCO RIFAMPICINA	CARTUCHO	1
3	LAMINA DE CUARZO	CAJA X 10 UNIDADES	1
4	TUBOS DE VIDRIO TAPA ROSCA 16 X 100 (PARA TOMA DE LIQUIDOS) ESTERILES	UNIDAD	100
5	ACEITE DE INMERSION	FRASCO X 100 ML	5
6	ALCOHOL ACETONA	FRASCO X 1000 ML	3
7	CARGA DE GLUCOSA DE 25 GRS	CAJA X 50 SOBRES	20
8	FIELD PAQUETE COLORACION AZUL DE METILENO DE FIELD FOSFATADO	FRASCO X 200 ML	1
9	GRAM PAQUETE COLORACION ALCOHOL ACETONA GRAM	BOTELLA X 1000 ML	3
10	GRAM PAQUETE COLORACION FUCSINA BASICA DE GRAM	FRASCO X 1000 ML	3
11	GRAM PAQUETE COLORACION LUGOL DE GRAM	FRASCO X 1000 ML	3
12	LUGOL PARASITOLOGICO	FRASCO X 500 ML	1
13	PUNTAS AMARILLAS DESECHABLES	PAQUETE X 1000	7
14	VIALES MICROTUBO EPPENDORF DE 0,5 ML	UNIDAD	500
15	ZN PAQUETE COLORACION AZUL DE METILENO PARA - ZN	FRASCO X 1000 ML	3
16	ZN PAQUETE COLORACION FUCSINA FENICADA-ZN	FRASCO X 1000 ML	3
17	ZN PAQUETE COLORACION ALCOHOL ACIDO	BOTELLA X 1.000 ML	3

254

18	SENSIDISCO ACIDO NALIDIXCO	CARTUCHO	1
19	PIPETA PASTEUR PLASTICA	PAQUETE X 500	5

DISTRIQUIMICOS ALDIR S.A.S.

830010484-5

255

SEÑORES: subredcentrooriente

CONTACTO: Cel. 3133620903

E-MAIL: subredcentrooriente

COTIZACION NRO: 14527

FECHA INICIO: 14 de junio de 2024

FECHA VCTO: 14 de junio de 2024

TELEFONO: 3232281904

CIUDAD: subredcentrooriente

Atendiendo a su Solicitud, relacionamos cotización de los productos requeridos.
Para nosotros es muy grato poner nuestra compañía a su servicio.

Item	Producto	Descripcion	Cantidad	Valor Unitario	SubTotal	IVA	TOTAL
1	0020001000025	LAMINILLAS DE CUARZO 20x26 mm x 10 UNIDADES - REF:4402840	1	85,000.00	85,000.00	16,150.00	101,150.00
2	0050001000001	ACEITE DE INMERSION x 100 ML.ALBOR - REF:19401001	5	89,100.00	445,500.00	84,645.00	530,145.00
3	0050002000045	ETANOL CETONA 3:1 x 1000 ML.ALBOR - REF:12211012/12211004	3	60,600.00	181,800.00	0.00	181,800.00
4	0050001000161	GLUCOTEST CAJA X 50 SOBRES (25GR) - REF:31001001	20	68,900.00	1,378,000.00	0.00	1,378,000.00
5	0050002000056	FIELD AZUL DE METILENO FOSFATADO x 200 ML.ALB - REF:12123002	1	18,200.00	18,200.00	0.00	18,200.00
6	0050002000051	FUCSINA DE GRAM x 1000 ML.ALBOR - REF:12212012/12212004	3	34,300.00	102,900.00	0.00	102,900.00
7	0050002000064	LUGOL DE GRAM x 1000 ML.ALBOR - REF:12213012/12213004	3	34,600.00	103,800.00	0.00	103,800.00
8	0050002000067	LUGOL PARASITOLOGICO x 1000 ML.ALBOR - REF:12301004	1	70,300.00	70,300.00	0.00	70,300.00
9	0020001000258	PUNTAS PLASTICAS AMARILLAS X 1000 UND. BOECO - REF:04404198-	7	59,300.00	415,100.00	78,869.00	493,969.00
10	0050002000032	AZUL DE METILENO Z.N. x 1000 ML.ALBOR - REF:12223012/1222300	1	38,500.00	38,500.00	0.00	38,500.00
11	0050002000049	FUCSINA FENICADA Z.N. x 1000 ML.ALBOR - REF:12222004	1	59,800.00	59,800.00	0.00	59,800.00
12	0050002000099	ALCOHOL ACIDO Z.N. x 1000 ML.ALBOR - REF:12221012/12221004	1	55,500.00	55,500.00	0.00	55,500.00
13	0720001000020	PIPETA PASTEUR 3 ML x 500 UNID.BIOLIFE - REF:C617850	5	97,400.00	487,000.00	92,530.00	579,530.00
							3,441,400.00

Los valores cotizados no incluyen retenciones que haya lugar.

SUBTOTAL 272,194.00

IVA

TOTAL 3,713,594.00

ega:

rma de pago: CONTADO

Validez de la oferta:

Observaciones:

** Para pedidos inferiores a 200.000 dentro de Bogotá, se cobra un flete de 20.000 más IVA
** Para pedidos inferiores a 500.000 fuera de Bogotá, el costo del flete sería asumido por el cliente

Cordialmente

ERIKA YESSENIA AVENDAÑO ANGARITA
Ejecutivo (a) de Ventas

256

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14917789701

(415)7707212489984(8020) 000001491778970 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 3 0 0 1 0 4 8 4
6. DV: 5
12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 3 2
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: DISTRIQUIMICOS ALDIR SAS

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: AV CL 24 95 12 BG 21 PAR INDUSTRIAL PORTOS

42. Correo electrónico: aldirjefecontable@aldir.co

43. Código postal: 5 0 3 6 9
44. Teléfono 1: 4 2 8 8 0 7 0
45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 9 0	1 9 9 5 1 2 0 8	4 6 4 5	1 9 9 5 1 2 0 8	4 6 5 9	4 7 7 3		1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 3 5 7 8 9 10 14 15 42 48 52 55

03- Impuesto al patrimonio
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
15- Autorretenedor
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

54. Código: 23 22

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
1	1	57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X]
60. No. de Folios: 0
61. Fecha: 2023 - 06 - 01 / 10 : 02: 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. Nombre: DIAZ ROJAS ALVARO

985. Cargo: Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 04-06-2024 09:09:09AM

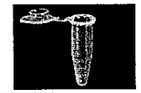
COTIZACIÓN

SUMINISTROS CLÍNICOS ISLA S.A.S.
Nit. 830.508.200-1 Régimen común
Calle 143 No. 46-45 Piso 2 - PBX: 6250580 - Ext 1
www.islasas.com
Bogotá D.C. - Colombia

Código: FR-GC-01
Versión: 2
Fecha:25/07/2022
Página: 1 de 1

FECHA	**JUNIO 13 DEL 2024**	**COTIZACIÓN**	**FC-64253-02**
SEÑORES	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**	**VALIDEZ**	**30 DÍAS**
INVESTIGADOR	**LUZ ÁNGELA VEGA**	**PAGO**	**CAJA MENOR**
CORREO ELECTRÓNICO	laboratoriosclara@subredcentrooriente.gov.co	**CELULAR**	
LUGAR ENTREGA		**TELÉFONO**	
DIRECCIÓN	**Dg. 34 #5- 43, Bogotá**	**CIUDAD**	**BOGOTÁ D.C.**

SI USTED REQUIERE REGISTRO SANITARIO DE ALGUNO DE LOS PRODUCTOS OFERTADOS POR FAVOR SOLICITARLO AL CORREO ELECTRONICO: scliente@islasas.com

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	MARCA	REFERENCIA	DÍAS ENTREGA	Vr. UNITARIO	IVA %	SUBTOTAL	Vr. IVA	TOTAL
11	3	LUGOL DE GRAM X 1000 ML	FRASCO X 1000 ML	ALBOR	12213004	EN STOCK 10 DÍAS	$ 40.500	0%	$ 121.500	$ -	$ 121.500
12	1	LUGOL PARASITOLOGICO X 500 ML	FRASCO X 500 ML	ALBOR	12301003	EN STOCK 10 DÍAS	$ 41.500	0%	$ 41.500	$ -	$ 41.500
13	7	PUNTAS COLOR AMARILLO ESTÁNDAR, UNIVERSAL, 200 ul. PP. NO ESTERIL. LIBRES DE RNAsa, DNAsa Y PIROGENOS. AUTOCLAVABLES,	BOLSA X 1000 UNIDADES	BIO-SEEN	SGA002	ENTREGA INMEDIATA 3-5 DÍAS	$ 42.000	19%	$ 294.000	$ 55.860	$ 349.860
14	1	TUBOS MICROCENTRIFUGA (EPPENDORF). **0.5 ML**. PP. AUTOCLAVABLE. NO ESTERIL, SAFE LOCK, COLOR NATURAL BOLSA X 1000 UNIDADES - BIO-SEEN	BOLSA X 1000 UNIDADES 	BIO-SEEN	SGB002	ENTREGA INMEDIATA 3-5 DÍAS	$ 32.300	19%	$ 32.300	$ 6.137	$ 38.437
15	3	AZUL METILENO Z.N (Loefler) X 1000 ML	FRASCO X 1000 ML	ALBOR	12223004	EN STOCK 10 DÍAS	$ 44.950	0%	$ 134.850	$ -	$ 134.850
16	3	FUCSINA FENICADA Z.N X 1000 ML	FRASCO X 1000 ML	ALBOR	12222004	EN STOCK 10 DÍAS	$ 69.800	0%	$ 209.400	$ -	$ 209.400
17	3	ALCOHOL ACIDO ZN. X 1000 ML	FRASCO X 1000 ML	ALBOR	12221004	EN STOCK 10 DÍAS	$ 64.800	0%	$ 194.400	$ -	$ 194.400
18	1	**OPCIÓN 1.** SENSIDISCOS ACIDO NALIDIXCO 30 µG, FORMATO: 5X50 DISCOS - CONDALAB	5 TUBOS X 50 DISCOS C/U	CONDALAB	7063	IMPORTACIÓN 45 - 60 DÍAS	$ 83.300	19%	$ 83.300	$ 15.827	$ 99.127
	1	**OPCIÓN 2.** SENSIDISCO ACIDO NALIDIXICO, CAJA X 5 X 50 UNIDAES - OXOID	CAJA X 5 TUBOS X 50 DISCOS	OXOID	ONA-30	EN STOCK 10 DÍAS	$ 204.900	19%	$ 204.900	$ 38.931	$ 243.831
19	5	TRANSFER PIPETA (PIPETA PASTEUR) POLIETILENO 3 ML GRADUADA NO ESTERIL CAJA X 500 UNIDADES - BIO-SEEN	CAJA X 500 UNIDADES	BIO-SEEN	SGE004	ENTREGA INMEDIATA 3-5 DÍAS	$ 47.500	19%	$ 237.500	$ 45.125	$ 282.625
										SUBTOTAL	**$ 3.695.350**
										IVA	**$ 446.196**

OBSERVACIONES:
Recuerde que el tiempo de entrega esta sujeto a disponibilidad del producto una vez se reciba la Orden de Compra

Control de páginas

COTIZACIÓN

SUMINISTROS CLÍNICOS ISLA S.A.S.
Nit. 830.508.200-1 Régimen común
Calle 143 No. 46-45 Piso 2 - PBX: 6250580 - Ext 1
www.islasas.com
Bogotá D.C. - Colombia

Código: FR-GC-01
Versión: 2
Fecha:25/07/2022
Página: 1 de 1

FECHA	JUNIO 13 DEL 2024	COTIZACIÓN	FC-64253-02
SEÑORES	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	VALIDEZ	30 DÍAS
INVESTIGADOR	LUZ ÁNGELA VEGA	PAGO	CAJA MENOR
CORREO ELECTRÓNICO	laboratoriosclara@subredcentrooriente.gov.co	CELULAR	
LUGAR ENTREGA		TELÉFONO	
DIRECCIÓN	Dg. 34 #5- 43, Bogotá	CIUDAD	BOGOTÁ D.C.

SI USTED REQUIERE REGISTRO SANITARIO DE ALGUNO DE LOS PRODUCTOS OFERTADOS POR FAVOR SOLICITARLO AL CORREO ELECTRONICO: scliente@islasas.com

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	MARCA	REFERENCIA	DÍAS ENTREGA	Vr. UNITARIO	IVA %	SUBTOTAL	Vr. IVA	TOTAL
Recuerde que el tiempo de entrega, esta sujeto a disponibilidad del producto una vez se reciba la Orden de Compra.										TOTAL	$ 4.141.546

GARANTÍAS: todos los reactivos cuentan con garantia por defectos de fabricación de 3 meses - todos los equipos cuentan con garantía de 1 año por defectos de fabricación.

Fernanda Céspedes
Asesora Comercial de Biología Molecular Jr
+ 57 310 765 7783
comercial1@islasas.com

Consulta nuestro catálogo completo aquí:

Estimado cliente tenga presente las siguientes recomendaciones:

1. Si se genera Orden de Compra se entiende por aceptadas nuestras políticas comerciales y de operación. *Consúltelas en: www.islasas.com/politicas-operacion*
2. Tenemos habilitado el canal PSE para realizar tus compras con más facilidad: *https://www.psepagos.co/PSEHostingUI/ShowTicketOffice.aspx?ID=9332*
3. El tiempo de entrega, esta sujeto a disponibilidad del producto una vez se reciba la Orden de Compra.
4. El Monto mínimo para envíos en la ciudad de Bogotá es de $300. 000. Si su pedido es inferior a este monto, deberá cancelar flete contra entrega*
5. Si el pedido es a nivel nacional menor a $500.000, ***el cliente debe asumir los costos de envío y la comisión bancaria. * Aplican condiciones y restricciones***
6. ISLA S.A.S. da a conocer las políticas de devolución y/o reposiciones, teniendo en cuenta los diferentes factores que se pueden generar en el momento de la recepción del producto o posterior al recibido, que lleven a aceptar o rechazar el producto, con el fin de garantizar relaciones de mutuo beneficio. *www.islasas.com/politicas-operacion*
7. Si usted es cliente nuevo por favor diligenciar el siguiente link para registrarlo en nuesta base de datos: *https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScCZdjqsqlZYIAMTQgeM1YqWIL5ei55O9K22L94QLXBxLPuGw/viewform*
8. *Si desea obtener crédito con nosotros por favor diligenciar el siguiente link y adjuntar los documentos indicados https://docs.google.com/forms/d/17om4kbqSzYkdV18HUrkp_7cOYsbLYmuP1YrToK_zqls/viewform?allow_large_form&gvids=7628&edit_requested=true*

259

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141046160185

(415)7707212489984(8020) 000014104616018 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	11. Buzón electrónico
8 3 0 5 0 8 2 0 0	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
SUMINISTROS CLINICOS ISLA SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla
	ISLA SAS

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 143 46 45

42. Correo electrónico contabilidad@islasas.com

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

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
4 6 4 5	2 0 1 3 0 7 0 9	4 6 5 9	2 0 1 3 0 1 0 9	4 6 6 4	7 2 1 0		1

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	5	7	9	1 0	1 4	1 6	4 2	4 8	5 2	5 5																

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
1	1	57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 06 - 13 / 10 : 53: 16

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 TORRES MARTINEZ LEONILDO
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 13-06-2024 10:55:04AM

Distriquimicos Aldar SAS
$1'214.854 MQ

260

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, junio 12 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	Xiomara Morales Lamus
ÁREA / DEPENDENCIA	Laboratorio clínico
CENTRO DE COSTO	1SCD07 734001002
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	Hospital santa Clara

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Anexo cuadro con necesidades para el laboratorio clínico, de los cuales no se cuenta con existencia en el laboratorio clínico de la Subred.

3. JUSTIFICACIÓN

Se requiere la compra de los insumos en el cuadro anexo, los cuales hacían parte del contrato 02 BS 0094 2023 con el proveedor ESPECIALIDADES DIAGNOSTICAS IHR SAS y este no firmó el otrosí; estos insumos ya se agotaron en los laboratorios clínicos de la Subred, y son indispensables en la atención y/o para el análisis de las muestras de nuestros usuarios.

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		x

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Xiomara Morales Lamus
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.

Fecha Actual : miércoles, 26 junio 202

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000077103

PROVEEDOR:	DISTRIQUIMICOS ALDIR SAS	**NIT:**	830010484	**FECHA:**	26/06/2024 11:09 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CL 131 A N 92 - 62			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3143227749			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FEC35011	**% ICA:** 0,0000	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	21/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
131LF033237	ACEITE DE INMERSION	FRASCO	3,00	$ 89.100,00	$ 267.300,00	0,00	19,00
131LC015319	GLUCOTETS CAJA X 50 UNIDADES	CAJA	6,00	$ 68.900,00	$ 413.400,00	0,00	0,00
131LF033283	FUCSINA BASICA DE GRAM	FRASCO	2,00	$ 34.300,00	$ 68.600,00	0,00	0,00
131LF033300	SOLUCION DE LUGOL X 1000 CC	FRASCO	2,00	$ 34.600,00	$ 69.200,00	0,00	0,00
131LF033255	AZUL DE METILENO PARA Z.N	FRASCO	1,00	$ 38.500,00	$ 38.500,00	0,00	0,00
131LF033284	FUCSINA FENICADA-ZN POR 1 LITRO	FRASCO	1,00	$ 59.800,00	$ 59.800,00	0,00	0,00
131LC014947	ALCOHOL ACIDO Z.N(SUGERIDO ALBOR)	FRASCO	1,00	$ 55.500,00	$ 55.500,00	0,00	0.
131LC015318	ETANOL CETONA FRASCO 1000 ML	FRASCO	2,00	$ 60.600,00	$ 121.200,00	0,00	0,00
131LF033311	PUNTAS AMARILLAS DESECHABLES	BOLSA	1,00	$ 59.300,00	$ 59.300,00	0,00	19,00

DETALLE

SUBTOTAL:	$ 1.152.800,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 62.054,00
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.
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 1.214.854,00

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON DOSCIENTOS CATORCE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Elaboró: | Revisó Almacen | Revisado Impuestos:

262

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	**6263**	**FECHA**	**25/06/2024**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**COMUNICACIONES Y TRANSPORTES**		
VALOR:	**$59.000,00**		
LA SUMA DE:	**CINCUENTA Y NUEVE MIL PESOS M.CTE.**		
CONCEPTO:	**CANCELADO A PEDRO P MUNEVAR NIT 79.261.047 POR TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE, PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO, AUTORIZADO POR EDILBERTO MILLÁN, GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

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

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

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

No.	FECHA	RUTA DESDE	RUTA HASTA	ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE: BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	VALOR
1	6-6-24	SANTA CLARA	CAPS PERSEVERANCIA	MANTENIMIENTO	X					2.950
2	13-6-24	CAPS PERSEVERANCIA	JORGE ELIECER	MANTENIMIENTO	X					2.950
3	13-6-24	JORGE ELIECER	CAPS PERSEVERANCIA	MANTENIMIENTO	X					2.950
4	18-6-24	CAPS PERSEVERANCIA	SANTA CLARA	MANTENIMIENTO	X					2.950
5	18-6-24	SANTA CLARA	USS CRUCES	MANTENIMIENTO	X					2.950
6	18-6-24	USS CRUCES	CAPS SAMPER	MANTENIMIENTO	X					2.950
7	18-6-24	CAPS SAMPER	CAPS PERSEVERANCIA	MANTENIMIENTO	X					2.950
8	20-6-24	CAPS PERSEVERANCIA	JORGE ELIECER	MANTENIMIENTO	X					2.950
9	20-6-24	JORGE ELIECER	CAPS PERSEVERANCIA	MANTENIMIENTO	X					2.950
10	24-6-24	CAPS SAMPER	CAPS PERSEVERANCIA	MANTENIMIENTO	X					2.950
									TOTAL	$ 59.000 ~~$0,00~~

PEDRO P MUNÉRA B RECIBI LA SUMA DE $ 59.000
JUNIO
6-2024

PEDRO P MUNÉRA B
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 79261047 BTA

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

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

Vobo
Arq. Edilberto Millán

7ADM03
511123001

263

264

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	28-5-24	CAPS Perseverancia	Santa Clara	Mantenimiento	X					2,950
2	28-5-24	Santa Clara	Jorge Eliecer	Mantenimiento	X					2,950
3	28-5-24	Jorge Eliecer	CAPS Perseverancia	Mantenimiento	X					2,950
4	30-5-24	CAPS Perseverancia	Santa Clara	Mantenimiento	X					2,950
5	30-5-24	Santa Clara	CAPS Perseverancia	Mantenimiento	X					2,950
6	31-5-24	CAPS Perseverancia	Santa Clara	Mantenimiento	X					2,950
7	31-5-24	Santa Clara	CAPS Perseverancia	Mantenimiento	X					2,950
8	5-6-24	CAPS Perseverancia	Santa Clara	Mantenimiento	X					2,950
9	5-6-24	Santa Clara	CAPS Perseverancia	Mantenimiento	X					2,950
10	6-6-24	CAPS Perseverancia	Santa Clara	Mantenimiento	X					2,950
								TOTAL		$ 29,500 ~~50,00~~

Pedro P. Meneses B
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 79261044

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

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

Vobo
Arq. Edilberto Millán

60

265

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

APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio		Unidad	CAP Samper
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripcion de necesidad		Descripcion del mantenimiento	
Requerimiento ir a CAP Samper por silicona para lavaplatos de cocina CAP Perseverancia por orden del arquitecto Edilberto Millan.		Recoger silicona para lavaplatos de Cocina - CAP Perseverancia. De CAP Samper a CAP Perseverancia	
Fecha de solicitud	24-06-2024	Fecha de mantenimiento	24-06-2024
Nombre de quien solicita	Arq. Edilberto Millan.	Tiempo empleado	1 hora
		Nombre del tecnico	Pedro Murcia
Fecha de recibido	24-06-2024	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		

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	Oficina OPS	Unidad	Casa 1
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripcion de necesidad		Descripcion del mantenimiento	
Requerimiento varias labores		OF. OPS. Arreglo de puerta marco y arreglo de chapa, instalar tapaluces. CAP Perseverancia: Of. Jurídica: Raspar techos y muros. Resanar techos y muros, lijar techos y muros. Arreglo de canaleta.	
Fecha de solicitud	24-06-2024	Fecha de mantenimiento	24-06-2024
Nombre de quien solicita	Jefe Carmenza	Tiempo empleado	7 horas
		Nombre del tecnico	Pedro Murcia
Fecha de recibido	24-06-2024	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe	Carmenza	2 Kg estuco, 1 libra escayola, 1 pliego lija 180, canaleta 1mt x 10.	
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		

266

Red 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	Oficina Subgerencia Corporativa	Unidad	Sede 34
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.			
Descripcion de necesidad		Descripcion del mantenimiento	
Requerimiento varias labores		Of. Subgerencia Corporativa: Raspar techos y muros, luego resanar, retirar lapisa. Of. Mercadeo: Instalar tablero y tapar huecos. Casa 2. Of. Archivo: Retirar lámpara de tubos e instalar lámpara 24w sobreponer. Of. Comunicaciones: Raspar muros	
Fecha de solicitud	20-06-24	Fecha de mantenimiento	20-06-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	7 horas
José Carmenza		Nombre del tecnico	Pedro Murcia
Fecha de recibido	20-06-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe		1 lámpara 24w sobreponer, 2 Kg estuco; 1 libra escayola	
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si / No	→ y resanar muros.	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si / No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si / No		

Red 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		Unidad	Jorge Eliecer
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.			
Descripcion de necesidad		Descripcion del mantenimiento	
Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Jorge Eliecer Gaitán por estuco para Sede 34 - Of. Gerencia Corporativa y Of. Mercadeo por orden Arquitecto Edilberto Millán.		Ir a Jorge Eliecer por estuco para Sede 34 - Of. Gerencia Corporativa y Oficina Mercadeo.	
Fecha de solicitud	20-06-24	Fecha de mantenimiento	20-06-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	1 hora
Arq. Edilberto Millán		Nombre del tecnico	Pedro Murcia
Fecha de recibido	20-06-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si / No		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si / No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si / No		

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

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 Control Interno	Unidad	CAP Perseverancia

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Requerimiento varios labores	Of. Control Interno: Cortar tejas y cambiar, instalar flanche, impermeabilizar tejado y muros. Toma de Consumo todas las sedes.

Fecha de solicitud	18-06-24	Fecha de mantenimiento	18-06-24
Nombre de quien solicita	Jefe Clemencia	Tiempo empleado	6 horas
		Nombre del tecnico	Pedro Manrique
Fecha de recibido	18-06-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe	(firmado)	2 tejas 2,20 x 1mt, tela asfaltica e impermeabilizante.	

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.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio		Unidad	Santa Clara

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Santa Clara por reunión. De Santa Clara a USS Cruces ir por tela asfaltica. De USS Cruces a Samper ir por impermeabilizante, materiales tejado.	Ir a Santa Clara por reunión, ir a USS Cruces por tela asfaltica, de ahí a Samper por impermeabilizante. Materiales para tejado control interno.

Fecha de solicitud	18-06-24	Fecha de mantenimiento	18-06-24
Nombre de quien solicita	Arq. Edilberto Millán	Tiempo empleado	2 horas
		Nombre del tecnico	Pedro Manrique
Fecha de recibido	18-06-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si /	No	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si /	No	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si /	No	

768

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	Urgencias	Unidad	CAP Perseverancia
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.			
Descripcion de necesidad		Descripcion del mantenimiento	
Requerimiento varias labores		Urgencias: Of. Facturación: Estucar muros Pasillo: Resanar muros. Instalar superficie de trabajo. Urgencias: Cortar acrílico e instalar en lámparas. Coordinación Pasillo: Cortar acrílico e instalar en lámparas Sede 34: Cocina: Cambio de toma doble normal	
Fecha de solicitud	13-06-2024	Fecha de mantenimiento	13-06-2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	7 horas
Jefe Carmenza.		Nombre del tecnico	Pedro Murévar
Fecha de recibido	13-06-2024	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe		1/4 estuco, 2 Kg escayola, 6 mts de acrílico, 1 toma doble normal. 1/2 galón pintura	
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si ✓ / No	Perse: Sótano: Pintar muro.	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si ✓ / No	De CAP Perseverancia a Jorge Eliecer	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si ✓ / No		

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio		Unidad	Jorge Eliecer
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.			
Descripcion de necesidad		Descripcion del mantenimiento	
Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Jorge Eliecer por orden del Arquitecto Edilberto Millán por toma doble para cocina Sede 34.		Ir a Jorge Eliecer por toma doble para cocina Sede 34. De Jorge Eliecer a CAP Perseverancia.	
Fecha de solicitud	13-06-2024	Fecha de mantenimiento	13-06-2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	1 hora
Arq. Edilberto Millán		Nombre del tecnico	Pedro Murévar
Fecha de recibido	13-06-2024	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		

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	Baño Entrada	Unidad	Sede 34
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.			
Descripcion de necesidad		Descripcion del mantenimiento	
Requerimiento varias tareas		Baño Entrada: Cambio acople lavamanos y manija cisterna. Of. Mercadeo: Arreglo cajonera puertas, cambio de manijas y ruedas. CASA 1: Of. Gestión Administrativa: Retirar puesto de trabajo, reubicar y armar. Of. Contabilidad: Arreglo puesto de trabajo.	
Fecha de solicitud	6-06-2024	Fecha de mantenimiento	6-06-2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	7 horas
Jefe Carmenza		Nombre del tecnico	Pedro Murévar
Fecha de recibido	6-06-2024	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe		1 acople lavamanos, ajuste cisterna, 2 ruedas para silla	
Carmenza			
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si / No	De CAP Perseverancia a Santa Clara	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si / No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si / No		

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio		Unidad	Santa Clara
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.			
Descripcion de necesidad		Descripcion del mantenimiento	
Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Santa Clara por reunión con la jefe Yanneth y arquitecto Edilberto Millán		Asistir a reunión en Santa Clara con la Jefe Yanneth y Arquitecto Edilberto Millán.	
Fecha de solicitud	6-06-2024	Fecha de mantenimiento	6-06-2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	2 horas
Jefe Carmenza		Nombre del tecnico	Pedro Murévar
Fecha de recibido	6-06-2024	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		

270

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	Oficina Cartera.	Unidad	CASA 2

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Requerimientos varias labores	Of. Cartera: Instalar superficie para elementos de Oficina. OPS Baño y Pasillo: Cambio de lámpara y arreglo de interruptor OPS: Arreglo escritorio patas, cambio de lámparas 24w. Of. Cartera Alta: Arreglo de corto y cambio de lámparas 24w.
Fecha de solicitud: 5-06-2024	Fecha de mantenimiento: 5-06-2024
Nombre de quien solicita: Jefe Cartera.	Tiempo empleado: 7 horas
Fecha de recibido: 5-06-2024	Nombre del tecnico: Pedro Moreno
Nombre de quien recibe: (firma)	Materiales utilizados: Superficie de 40x2mts, 4 lámparas de 24w sobreponer, 1 tubo T8

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

Observaciones: De CAP Perseverancia a Santa Clara

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio		Unidad	Santa Clara

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Santa Clara por lámparas para Oficinas Casa 2 por orden de Carlos Osorio	Ir a Santa Clara por lámparas para Oficinas, Casa 2. De Santa Clara a (Cas) Cap Perseverancia
Fecha de solicitud: 5-06-2024	Fecha de mantenimiento: 5-06-2024
Nombre de quien solicita: Carlos Osorio.	Tiempo empleado: 1 hora
Fecha de recibido: 5-06-2024	Nombre del tecnico: Pedro Moreno
Nombre de quien recibe: (firma)	Materiales utilizados

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

Observaciones

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	Cas - 2	Unidad	CASA 2.
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripcion de necesidad		Descripcion del mantenimiento	
Requerimiento varios labores		Casa 2: Revisión de áreas por arreglo de contador. Sede 34: Arreglo fuga de agua por daño de registro. Perse: Of. Control Interno: Cambio de toma luz regulada. Retirar completa e instalar, cambio Tubo T8. led.	
Fecha de solicitud	31-05-24	Fecha de mantenimiento	31-05-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	7 horas
Jefe Carmenza		Nombre del tecnico	Pedro Murcia
Fecha de recibido	31-05-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe		1 toma regulada roj. 1 tubo T8 Led 1 chupa porta.	
Carmenza			
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si / No	Arreglo poscapies. Casa 1: Gerencia Coorporativa: Arreglo silla espaldar. Casa 2: Of. Financiera: Arreglo de mesa centro Perse: Bodega Formación: Retirar e instalar chupa nueva. Cap Perseverancia a Santa Clara.	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si / No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si / No		

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio		Unidad	Santa Clara
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripcion de necesidad		Descripcion del mantenimiento	
Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Santa Clara por chupa para bodega de Formación.		Ir a Santa Clara por chupa para bodega de Formación. De Santa Clara a CAP Perseverancia.	
Fecha de solicitud	31-05-24	Fecha de mantenimiento	31-05-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	1 hora
Carlos Osorio		Nombre del tecnico	Pedro Murcia
Fecha de recibido	31-05-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si / No		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si / No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si / No		

272

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	Hospitalización	Unidad	CAP Perseverancia
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripcion de necesidad		Descripcion del mantenimiento	
Requerimiento varios lugares		Hospitalización: Arreglo silla de ruedas, estructura y ruedas. Casa 1: Arreglo luz regulador tacos. Casa 2: Oficina OPS: Cambio de lámparas, arreglo de cajonera. Of. Dirección Financiera: Cambio de lámparas. Casa 1: Arreglo grifería lavaplato	
Fecha de solicitud	30-05-24	Fecha de mantenimiento	30-05-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	8 horas
Jose Chimenza		Nombre del tecnico	Pedro Rumiro
Fecha de recibido	30-05-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe		2 lámparas 24 w sobreponer, 2 lámparas 24 w.	
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si ✓ / No	Casa 2: Acompañamiento a señores electricos por daño en sede.	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si ✓ / No	De CAP Perseverancia a Santa Clara	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si ✓ / No		

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio		Unidad	Santa Clara
Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456			
Descripcion de necesidad		Descripcion del mantenimiento	
Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Santa Clara por arbol de Salida para arreglo de Hospitalización Baño.		Ir a Santa Clara por arbol de Salida para arreglo en baño Hospitalización.	
		De Santa Clara a CAP Perseverancia	
Fecha de solicitud	30-05-24	Fecha de mantenimiento	30-05-24
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	1 hora
Carlos Osorio		Nombre del tecnico	Pedro Rumiro
Fecha de recibido	30-05-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si ✓ / No		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si ✓ / No		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si ✓ / No		

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	Urgencias	Unidad	CAP Perseverancia

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad		Descripcion del mantenimiento	
Requerimiento varias labores		Urgencias: Resp. filos e instalar guardafilos. Casa 2: Of. Dirección Financiera Retirar e instalar chupa nueva. OPS: Arreglo de toma regulada. Perse: Of. Jurídica: Abir puerta y arreglo de chapa. Sótano - Hospitalización: Subir balas oxígeno	
Fecha de solicitud	28-05-24	Fecha de mantenimiento	28-05-24
Nombre de quien solicita	Jose Lorenzo.	Tiempo empleado	7 horas
		Nombre del tecnico	Pedro Ruvéjar
Fecha de recibido	28-05-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe	Carmen	8 tiras guardafilos, 1 chupa seguridad, 1 toma roja regulada, 1 manija cisterna.	

Niveles de satisfaccion			Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si ✓	No	De CAP Perseverancia a Santa Clara
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si ✓	No	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si ✓	No	

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio		Unidad	

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad		Descripcion del mantenimiento	
Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Santa Clara por manija para baño. Ir a Jorge Eliecer por guardafilos para área de Urgencias		Ir a Santa Clara por manija para baño. Ir a Jorge Eliecer por guardafilos para Urgencias. De Jorge Eliecer a CAP Perseverancia	
Fecha de solicitud	28-05-24	Fecha de mantenimiento	28-05-24
Nombre de quien solicita	Carlos Osorio	Tiempo empleado	2 horas
		Nombre del tecnico	Pedro Ruvéjar
Fecha de recibido	28-05-24	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion			Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	Si ✓	No	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	Si ✓	No	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	Si ✓	No	

274

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 Nº	6264	FECHA	26/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MEDICAMENTOS		
VALOR:	$426.950,00		
LA SUMA DE:	CUATROCIENTOS VEINTISÉIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA BS 4326 BONNE SANTÉ GROUP SAS NIT 901.256.347-8 MEDICAMENTOS (ÁCIDO TRICLOROACETICO 85% FRASCO 250 ML, PERCLORURO FÉRRICO 40% FRASCO 250ML), REQUERIDOS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTE CON CIRUGÍA DE DERMATOLOGÍA, SOLICITADO POR ALEXIS ORJUELA ANGULO, SERVICIOS FARMACÉUTICO HOSPITAL SANTA CLARA.		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12911

275

BONNE SANTE GROUP SAS
NIT 901,256,347-8

Bonne Santé GROUP

RESPONSABLE DE IVA
ACTIVIDAD ECONÓMICA 4645 - 8621
AV 19 152 A 14 Tel: 3134985698
E-mail: g.financiero.bsgs@gmail.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

BS 4326

RESOLUCION DIAN No.18764054187522 FECHA: 22/08/2023
NUMERACIÓN DE AUTORIZADA DEL No. BS 2501 AL BS 4999 VIGENCIA 12 MESES.

FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO	Señor (ES):
18 | 06 | 2024	18 | 06 | 2024	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

NIT O C.C.	Dirección:	Ciudad:	Tel:	Forma de Pago:
900959051-7	DG 34 5 43	BOGOTÁ	3444484	CONTADO

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION	IVA %	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
ACTC250	1	ACIDO ACETICO 85% FCO*250 ML	0 %	$265,200	$265,200
CFR40%	1	CLORURO FERRICO 40% FCO*250 ML	0 %	$161,750	$161,750

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
19 JUN 2024
Almacén General UPS Santa Clara

SON
CUATROCIENTOS VEINTISEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE

NOTA: Esta Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a una Letra de Cambio según Artículo 774 del Código de Comercio.
REM:2024701

SUB-TOTAL $	$426,950
I.V.A $	$0
RETEFUENTE	$0
RETEICA	$0
TOTAL $	**$426,950**

BONNE SANTE GROUP SAS

FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE

FECHA DE RECIBIDO

Fecha G. 18/06/2024 4:43:08 p. m.
Fecha Ex. 18/06/2024 4:43:08 p. m.
Email maryoliruiz@hotmail.com
CUFE a9dbe4d7873068330227c8f9d45ffd8578660c2a2960de5d7e7462a01c6771b41604f7cd7738d2eb2ec87a3bf159fc55

Impresa por Digital Sigma ERP - 830.106.032-3
Factura Emitida por Factura 1 sas Nit 900.875.062-6

276

BONNE SANTE GROUP SAS
NIT 901,256,347-8

Bonne Santé GROUP

RESPONSABLE DE IVA
ACTIVIDAD ECONÓMICA 4645 - 8621
AV 19 152 A 14 Tel: 3134985698
E-mail: g.financiero.bsgs@gmail.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

BS 4326

RESOLUCION DIAN No.18764054187522 FECHA: 22/08/2023
NUMERACIÓN DE AUTORIZADA DEL No. BS 2501 AL BS 4999 VIGENCIA 12 MESES.

FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO	Señor (ES):
18 | 06 | 2024	18 | 06 | 2024	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

NIT O C.C.	Dirección:	Ciudad:	Tel:	Forma de Pago:
900959051-7	DG 34 5 43	BOGOTÁ	3444484	CONTADO

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION	IVA %	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
ACTC250	1	ACIDO ACETICO 85% FCO*250 ML	0 %	$265,200	$265,200
CFR40%	1	CLORURO FERRICO 40% FCO*250 ML	0 %	$161,750	$161,750

SON
CUATROCIENTOS VEINTISEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE

NOTA: Esta Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales una Letra de Cambio según Artículo 774 del Código de Comercio.
REM:2024701

SUB-TOTAL $	$426,950
I.V.A $	$0
RETEFUENTE	$0
RETEICA	$0
TOTAL $	**$426,950**

BONNE SANTE GROUP SAS

FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE

FECHA DE RECIBIDO

Fecha G. 18/06/2024 4:43:08 p. m.
Fecha Ex. 18/06/2024 4:43:08 p. m.
Email maryoliruiz@hotmail.com
CUFE a9dbe4d7873068330227c8f9d45ffd8578660c2a2960de5d7e7462a01c6771b41604f7cd7738d2eb2ec87a3bf159fc55

Impresa por Digital Sigma ERP - 830.106.032-3
Factura Emitida por Factura 1 sas Nit 900.875.062-6

					BONNE SANTE GROUP SAS		FAGRÓN COLOMBIA SAS	
ITEM	**CÓDIGO**	**NOMBRE/ DESCRIPCIÓN DETALLADA**	**UNIDAD DE MEDIDA**	**CANT**	**VALOR UNITARIO**	**VALOR TOTAL**	**VALOR UNITARIO**	**VALOR TOTAL**
1	122MV043186	Ácido tricloroacetico 85% solución tópica preparación magistral SDMDU, frasco 250 ml	UNIDAD	1	265.200	265.200	85.670	85.670
2	122MV043079	Percloruro Férrico 40% frasco preparación magistral SDMDU, frasco 250 ml	UNIDAD	1	161.750	161.750	Cotiza por 60 ml, N	N/A
TOTAL						**426.950**		**85.670**

281

Eliminar Archivar Informar Responder Responder a todos Reenviar Zoom

RE: SOLICITUD DE EXISTENCIAS Y CONTRATO

AN Angel Triana Niño Responder Responder a todos Reenviar ...
Para: Alexis Orjuela Angulo; Miguel Angel Cortes Tovar; compras; Jaime Leonardo Gonzalez Al Mié 05/06/2024 12:22
CC: Referente Farmaceutico

Cordial Saludo,

Se verifica el contrato vigente a la fecha, y los medicamentos relacionados anteriormente no se encuentran contratados.

Cordialmente,

Angel Eduardo Triana Niño
Dirección de Contratación
Área de Compras

De: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: miércoles, 5 de junio de 2024 11:37 a. m.
Para: Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; Jaime Leonardo Gonzalez Aldana <compras4@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: SOLICITUD DE EXISTENCIAS Y CONTRATO

Buenas tardes, solicito su amable colaboración en el sentido de verificar si se encuentran existencias o están contratados los siguientes medicamentos

122MB095297 FIBRINOGENO POLVO LIOFILIZADO + SOLVENTES (SELLANTES DE FIBRINA) 4 ML (TISSEEL KIT 4 VIALES): 2 KIT

122MV043186 ACIDO TRICLOROACETICO 85% SOLUCIÓN TOPICA PREPARACIÓN MAGISTRAL SDMDU: CANTIDAD 1 FRASCO
122MV043079 PERCLORURO FERRICO 40% FRASCO PREPARACIÓN MAGISTRAL SDMDU: CANTIDAD 1 FRASCO

122MJ032602 RIFAMPICINA 300 MG CAPSULA: 1000 UNIDADES

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

Responder Responder a todos Reenviar

284

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

SOLICITUD
Nº00000000108604

Fecha : 04/06/2024 10:14 a. m. **Estado :** Confirmado
Dependencia: 1SCC03 SANTA CLARA CONSULTA EXT Y PROCEDIMIENTOS DERMATOLOGIA
Observaciones:

Producto - Servicio - Activo		Cantidad	Cant Pendiente
122MV043186	ACIDO TRICLOROACETICO 85 % SOLUCION TOPICA PREPARACION MAGISTRAL SDMDU	1,00	1,00
122MV043079	PERCLORURO FERRICO 40% FRASCO PREPACION MAGISTRAL SDMDU	1,00	1,00

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

285

Bonne Santé GROUP

Cotización

Número #: 58

Bonne Santé Group S.A.S.
NIT: 901256357-8
Dirección: Av. Cra. 19 #152A-14
Ciudad: Bogotá
Teléfono: +57 322 4433902
Correo: g.financiero.bgg@gmail.com
Forma de pago: CONTADO

Señores: Subred Centro Oriente

Fecha: 04/06/2024
Fecha validez: 06/06/2024

MARCA	DESCRIPCION	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR	IVA	TOTAL
OCA	Acido tricloroacetico 85%	FCO*250 ML	1	265,200	0%	265,200
OCA	Acido tricloroacetico 85%	FCO*500 ML	1	522,600	0%	522,600
OCA	Cloruro Férrico 40%	FCO*250 ML	1	161,750	0%	161,750
OCA	Cloruro Férrico 40%	FCO*500 ML	1	322,400	0%	322,400
					Total	$1,271,950
					IVA	
					FLETE	
					Ret ICA	
					Total	$1,271,950

La entrega de estos insumos se realizara de 5 a 8 dias habiles despues del la recepcion de la orden de compra

Observaciones: Por favor validar que los productos cotizados sean los requeridos antes del envio de la orden de compa y la vigencia de esta cotización.

Escuchamos tu corazón

286

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14889462403

(415)7707212489984(8020) 000001488946240 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 9 0 1 2 5 6 3 4 7 | 6. DV: 8

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

13. 2

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: BONNE SANTE GROUP SAS

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: AV 19 152 A 14 BRR CEDRITOS

42. Correo electrónico: ggeneral.bsgs@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 1 3 4 9 8 5 6 9 8

45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 7 1 4 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

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 [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2023 - 01 - 19 / 09 : 02: 29

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

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

984. Nombre: GALLO POSADA IVONNE ANDREA
985. Cargo: Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 19-01-2023 09:02:53AM

287

FAGRON COLOMBIA S.A.S NIT, 830,107,903-8 IVA REGIMEN COMUN
CALLE 163A 19A 88 PBX 7435939 BOGOTA - COLOMBIA
CALLE 95 # 47 A-28 PBX 7435939 BOGOTA - COLOMBIA
CRA 46 # 53-35 AV. ORIENTAL TEL 5127051 MEDELLIN - COLOMBIA
ICA 5x1000 MDE Y 6,6 x1000

Señores:Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
DIRECCION :Diagonal 34 N° 5-43
NIT:900959051

FACTURA PROFORMA No.
FECHA DE FACTURA: 05-06-2024
ANTICIPADO

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	IVA	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
703461	Acido Acetico 85% Frasco x 250ml	1	0%	$ 113.600,00	$ 113.600,00
703789	Percloruro Ferrico 40% Frasco x 60ml	1	0%	$ 165.000,00	$ 165.000,00

OBSERVACION:

SON: DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS

CTA DAVIVIENDA: 006270557199
CTA BANCOLOMBIA: 22912399201

SUBTOTAL	**$ 278.600**
IVA	
RTE-FTE	$ -
RTE ICA	$ -
OTROS	$ -
TOTAL	**$ 278.600**

POR FAVOR PARA DARLE TRAMITE A LA SOLICITUD DE PEDIDO ADJUNTAR EN UN SOLO CORREO: ORDEN DE COMPRA, PROFORMA, FORMULA MEDICA Y SOPORTE DE PAGO GRACIAS

anny CASTELLANOS

FAGRON COLOMBIA S.A.S

CLIENTE

288

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14889530019

(415)7707212489984(8020) 000001488953001 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 3 0 1 0 7 9 0 3 | 6. DV: 8

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 3 2

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: FAGRON COLOMBIA SAS

36. Nombre comercial: FAGRON COLOMBIA

37. Sigla: FAGRON

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Cundinamarca 2 5

40. Ciudad/Municipio: Chía 1 7 5

41. Dirección principal: CR 1 4 02 BG 15 PARQUE INDUSTRIAL K 2

42. Correo electrónico: lorena.sanabria@fagron.com.co

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 9 0 5 6 6 5

45. Teléfono 2:

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
2 1 0 0	2 0 0 2 0 8 2 0	4 7 7 3	2 0 0 2 0 8 2 0	4 6 4 5 / 4 6 6 4		3

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 7 8 9 10 14 18 42 48 52 55

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

Obligados aduaneros

54. Código: 22 23

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
1	1	57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2023 - 01 - 19 / 11 : 03: 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: JARAMILLO BONILLA JOSE MANUEL
985. Cargo: Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 19-01-2023 11:03:55AM

Bonne Sante Group SAS 289

Med 1.176.950

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

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTA DC, JUNIO 5 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	ALEXIS ORJUELA ANGULO
ÁREA / DEPENDENCIA	SERVICIO FARMACEUTICO
CENTRO DE COSTO	15CT05 735501001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

122MV043186 ACIDO TRICLOROACETICO 85% SOLUCIÓN TOPICA PREPARACIÓN MAGISTRAL SDMDU: CANTIDAD 1 FRASCO 250ml
122MV043079 PERCLORURO FERRICO 40% FRASCO PREPARACIÓN MAGISTRAL SDMDU: CANTIDAD 1 FRASCO 250ml

3. JUSTIFICACIÓN

Preparación magistral actualmente sin contrato, que se requiere para la atención de paciente con cirugia de DERMATOLOGIA, medicamento 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

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo.

5. OBSERVACIÓN:

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

Fecha Actual : jueves, 27 junio 2024

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

COMPROBANTE ENTRADA
N°000000000077181

PROVEEDOR:	BONNE SANTE GROUP SAS	**NIT:** 901256347		**FECHA:**	27/06/2024 07:37 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	AV 19 N 152 A - 14 BRR CEDRITOS			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:				**TASA CAM:**	0,00
N° FACTURA:	BS4326	**% ICA:** 0,0000	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	18/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
122MV043186	ACIDO TRICLOROACETICO 85 % SOLUCION TOPICA PREPARACION MAGISTRAL SDMDU	FRASCO	1,00	$265.200,00	$265.200,00	0,00	0,00
122MV043079	PERCLORURO FERRICO 40% FRASCO PREPACION MAGISTRAL SDMDU	FRASCO	1,00	$161.750,00	$161.750,00	0,00	0,00

DETALLE

COMPRA POR CAJA MENOR SANTA CLARA DIGITA MARLON

TOTAL COMPROBANTE:

CUATROCIENTOS VEINTISEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

SUBTOTAL:	$426.950,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$0,00
RETE FUENTE:	$0,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$426.950,00

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Elaboró: | Revisó Almacen | Revisado Impuestos:

6264

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	6265	**FECHA**	26/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MANTENIMIENTO ESE		
VALOR:	$22.000,00		
LA SUMA DE:	VEINTIDÓS MIL PESOS M.CTE		
CONCEPTO:	FACTURA 2089 ANGIE SLENA GARZÓN ZUÑIGA NIT 1.023.918.195-3 1/4 DE ACEITE REFERENCIA 20W50 PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL VEHÍCULO ADMINISTRATIVO DE PLACA OBG 179, SOLICITADO POR DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE, LIDER TRANSPORTE.		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12910

292

JOR CARAUTOS

NIT: 1023918195-3 - Régimen Simplificado
No somos responsable de IVA
Mecánica - Latonería - Pintura
Servicio de scanner
Full Inyeccion - Lavado de Inyectores
Cambio de Aceites - Venta de Repuestos

HYUNDAI RENAULT mazda CHEVROLET

Calle 25 Sur No. 8 - 44 Cel: 322 238 8933 - 311 561 0759 - Fijo: 929 3991 Bogotá, D.C. Colombia

2089

Fecha: 19/06/2024
Señores: Subred Centro Oriente Nit o C.C:
Dirección: Av 1 Mayo # 8958 Telefono:
Vehiculo: Placa: OBG 179.

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
1/4	20W50 Agranel		22.000
	Recibo $ 22.000		
	Diana Sandoval		

Observaciones:

Firma Sello del Cliente

ABONO $	
SALDO $	
TOTAL $	22.000

JORCARAUTOS
Secretaria
CANCELADO

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
26 JUN 2024
Marlon
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO

794

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 / 19 DE JUNIO DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE
ÁREA / DEPENDENCIA	TRANSPORTE
CENTRO DE COSTO	51111500 1 7ADM07
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	HOSPITAL SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

SUMINISTRO DE UN 1/4 DE ACEITE REFERENCIA 20W50 PARA EL VEHICULO ADMINISTRATIVO DE PLACA OBG179

3. JUSTIFICACIÓN

SUMINISTRO DE UN 1/4 DE ACEITE REFERENCIA 20W50 PARA EL VEHICULO ADMINISTRATIVO DE PLACA OBG179 ASIGNADO PARA LA SUBGERENCIA CORPORATIVA

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Diana Sandoval
Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo Ó Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

EL SUMINISTRO SOLICITADO SE ENCUENTRA CONTEMPLADO EN EL CONTRATO DE MANTENIMIENTO DE PARQUE AUTOMOTOR, EL CUAL A LA FECHA SE ENCUENTRA SUSPENDIDO, POR LO TANTO, SE SOLICITA REALIZAR ESTE SUMINISTRO CON RECURSOS DE CAJA MENOR

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

Fecha Actual : miércoles, 26 junio 202

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000077099

PROVEEDOR:	ANGIE SLENA GARZON ZUÑIGA	**NIT:** 1023918195		**FECHA:**	26/06/2024 10:52 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CL 25S N 8 - 44			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3204393966			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	CECO0000000191	**% ICA:** 9,6600	**PLAZO:** 30	**FECHA FAC:**	19/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
152RM015095	ACEITE DE MOTOR 20 W 50 API	FRASCO	1,00	$22.000,00	$22.000,00	0,00	0,00

DETALLE

FACTURA 2089 COMPRA POR CAJA MENOR SANTA CLARA DIGITA MARLON

SUBTOTAL:	$22.000,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$213,00
RETE FUENTE:	$770,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$21.017,00

TOTAL COMPROBANTE:

VEINTIUN MIL DIECISIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró: | Revisó Almacen | Adriana M. Lugo CUENTAS POR PAGAR Revisado Impuestos:

6265

ANEXO NOTA AJUSTE. 12876

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	6266	FECHA	26/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	$79.650,00		
LA SUMA DE:	SETENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A JUAN ISIDRO GORDILLO NIT 79.905.787 POR TANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E., PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO, AUTORIZADO PR CRISTIAN MENDIVIL GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO.		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	05062024	San Sose	San Sorge	Revision lonpara	X					2950
2	05062024	San Sorge	Diana	Seminastro comunicable	X					2950
3	05062024	Diana	Chircales	pintar habitacion	X					2950
4	07062024	San Sose	San Sorge	Revision cps	X					2950
5	07062024	San Sorge	Chircales	revision planta	X					2950
6	07062024	Chircales	Diana	revision planta	X					2950
7	13062024	Olaya	Chircales	Tomar lectura agua	X					2950
8	13062024	Chircales	Diana	Tomar lectura agua	X					2950
9	13062024	Diana	San Sorge	Tomar lectura agua	X					2950
10	15062024	San Sose	Chircales	Recoger herramientas	X					2950
								TOTAL		29,500

Resivo la Suma de 79850. San Isidro gordillo
CC 79905787

San Isidro gordillo
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 79 905 787

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

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

VB Cristian Sandoval

Recibo 079 600 Cristian Sandoval

7ADM03
S1112301

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	15062024	Chircales	Bravo paez	instalar motobomba	X					2950
2	17062024	chircales	Diana	revision fuga de agua	X					2950
3	17062024	Diana	Bravo paez	instalar motobomba	X					2950
4	20062024	chircales	Diana	revision llave poseta	X					2950
5	20062024	Diana	chircales	empastar Techo	X					2950
6	270624	chircales	San Jorge	revision cps	X					2950
7	270624	San Jorge	C. Diana	revision planta	X					2950
8	270624	Diana	chircales	revision planta	X					2950
9	240624	chircales	Diana	revision Baño	X					2950
10	240624	Diana	chircales	pintura Techo	X					2950
								TOTAL		29500

San Isidro Jordillo
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)

Mz Cristian Muñoz

299

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	250624	chircales	Diana	cambio vala led.	X					2950
2	250624	Diana	chircales	recoger erramientas	X					2950
3	250624	chircales	Bravo paes	revisión carro	X					2950
4	250624	Bravo paez	chircales	dejar erramientas	X					2950
5	260624	chircales	Santa clara	recoger materiales	X					2950
6	260624	Santa clara	chircales	recoger materiales	X					2950
7	260624	chircales	bravo paes	revisión carro	X					2950
8										
9										
10										
									TOTAL	79 650

San Isidro Jardillo
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 79 905 787

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

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

300

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	planta electrica	**Unidad**	Diono

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reporte **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
suministro commustible	se suministra 3 galones y medio de combustible. ACPM.

Fecha de solicitud	05 06 2024	**Fecha de mantenimiento**	05 06 2024
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	9477
		Nombre del tecnico	Juan Isidro
Fecha de recibido	05 06 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**	

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	observacion	**Unidad**	chircales

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reportes **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
pintar abitacion.	se lija techos y muros y se pintan.

Nisto C. Gomez
C.C. 1.096.4.8.3
Aux. Enfermería

Fecha de solicitud	05 06 2024	**Fecha de mantenimiento**	05 06 2024
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	7 HS
		Nombre del tecnico	Juan Isidro
Fecha de recibido	05 06 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	Sala de espera	Unidad	San Jorge

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
revision lampara	se instala lampara en posillo pero toca cambiarla

Fecha de solicitud	05 06 2024	Fecha de mantenimiento	05 06 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	1 A9
		Nombre del tecnico	San Isidro
Fecha de recibido	05 06 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	equipo industrial	Unidad	San Jorge

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
revision cpS	se revisa cpS queda funsionando

Fecha de solicitud	07 06 2024	Fecha de mantenimiento	07 06 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	8H9
		Nombre del tecnico	San Isidro
Fecha de recibido	07 06 2024	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	—		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	—		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	—		

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	Chircales

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
revision planta	se revisa planta electrica se realiza pruebas queda funsionando

Fecha de solicitud	07 06 2024	Fecha de mantenimiento	07 06 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	7H77
		Nombre del tecnico	San Isidro
Fecha de recibido	07 06 2024	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	—		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	—		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	—		

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

VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

303

Servicio	planta electrica	**Unidad**	Diana

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reportes **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
revision planta	se revisa planta electrica quedo funcionando

Fecha de solicitud	07 06 2024	**Fecha de mantenimiento**	07 06 2024
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	2H3
		Nombre del tecnico	San Isidro
Fecha de recibido	07 06 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	

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	contador agua	**Unidad**	chircales

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reporte **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
tomar lectura contador agua	se realiza tomar consumo de ter contador de agua

Fecha de solicitud	13 06 2024	**Fecha de mantenimiento**	13 06 2024
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	9470
		Nombre del tecnico	Juan Isidro
Fecha de recibido	13 06 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	

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	contador agua	**Unidad**	Diana

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reportes **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
tomar lectura de contador de agua	se toma lectura de contador de agua

Fecha de solicitud	13 06 2024	**Fecha de mantenimiento**	13 06 2024
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	7247
		Nombre del tecnico	Juan Isidro
Fecha de recibido	13 06 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	contador de agua	Unidad	San Jorge

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
Tomar lectura contador de agua	Se Tomo lectura de contador de agua

Fecha de solicitud	13 06 2024	Fecha de mantenimiento	13 06 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	4 H S
		Nombre del tecnico	Scon Isidro
Fecha de recibido	13 06 2024	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			
Niveles de satisfaccion		Observaciones	
¿Considera que el tiempo	Si ✓ / No		

Aux. Enfermería
C.C. 52.993.314 Bta

306

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	Mantenimiento	**Unidad**	Chircales

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reporte **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad			**Descripcion del mantenimiento**	
Recoger erramientas			Se recoge erramienta para poner a funcion Bomba B agua Brabo paez.	
Fecha de solicitud	15 06 2024		**Fecha de mantenimiento**	15 06 2024
Nombre de quien solicita			**Tiempo empleado**	7H8
			Nombre del tecnico	Sean Isidro
Fecha de recibido	15 06 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		

Nestor Moreno Garcia
C.C. 79.566.318
Aux. Enfermeria

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	Sotano	**Unidad**	Brabo paez

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reportes **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad			**Descripcion del mantenimiento**	
instalar motobomba			Se instala motobomba para sacar el agua del sotano	
Fecha de solicitud	15 06 2023		**Fecha de mantenimiento**	15 06 2023
Nombre de quien solicita			**Tiempo empleado**	8H3
			Nombre del tecnico	Sean Isidro
Fecha de recibido	15 06 2023		**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		

307

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	odontologia	**Unidad**	Diana

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reporte **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
revision fuga de agua	se revisa fuga de agua en unidad odontogia

Fecha de solicitud	17 06 2024	**Fecha de mantenimiento**	17 06 2024
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	8470
		Nombre del tecnico	Juan Isidro
Fecha de recibido	17 06 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	

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	Sotano	**Unidad**	Bravo perez

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reportes **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad	**Descripcion del mantenimiento**
instalar motobomba	se instala motobomba para sacar agua del sotano

Fecha de solicitud	17 06 2024	**Fecha de mantenimiento**	17 06 2024
Nombre de quien solicita		**Tiempo empleado**	7045
		Nombre del tecnico	Juan Isidro
Fecha de recibido	17 06 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	

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	Poseta	**Unidad**	Drana

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reporte **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad			**Descripcion del mantenimiento**	
revision llave poseta			se desmonta llave poseta se combia empaque queda funcionando	
Fecha de solicitud	20 06 2024		**Fecha de mantenimiento**	20 06 2024
Nombre de quien solicita			**Tiempo empleado**	10 H 72
			Nombre del tecnico	Juan Isidro
Fecha de recibido	20 06 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**		

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	urgencias	**Unidad**	Chircotes

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reportes **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad			**Descripcion del mantenimiento**	
resanar Techo			se emposta Techos de area limpia y seco	
Fecha de solicitud	20 06 2024		**Fecha de mantenimiento**	20 06 2024
Nombre de quien solicita			**Tiempo empleado**	3 H S
			Nombre del tecnico	Juan Isidro
Fecha de recibido	20 06 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**		

Nestor Moreno Garcia
C.C. 79.666.471
Ap. Enfermeria

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 planta electrica | **Unidad** Diana

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reporte **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
revision planta	se revisa planta se suministra 3 galones de ACPM.
Fecha de solicitud 27 06 2024	**Fecha de mantenimiento** 27 06 2024
Nombre de quien solicita	**Tiempo empleado** 7247
	Nombre del tecnico San Isidro
Fecha de recibido 27 06 2024	**Materiales utilizados**
Nombre de quien recibe	

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

Observaciones

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 planta electrica | **Unidad** chircales

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reportes **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
revision planta electrica	se revisa planta electrica se suministra agua queda funcionando
Fecha de solicitud 27 06 2024	**Fecha de mantenimiento** 27 06 2024
Nombre de quien solicita	**Tiempo empleado** 2H3
	Nombre del tecnico San Isidro
Fecha de recibido 27 06 2024	**Materiales utilizados**
Nombre de quien recibe	

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

Observaciones

Diana Marcela Moreno Cano
C.C. 1.013.678.
Auxiliar Mantenimiento

---

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

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	Mantenimiento	**Unidad**	chircales

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reporte **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad			**Descripcion del mantenimiento**	
dejar erramientas			se deja erramientas en cuarto Mantenimiento	
Fecha de solicitud	25 06 2024		**Fecha de mantenimiento**	25 06 2024
Nombre de quien solicita			**Tiempo empleado**	3H5
			Nombre del tecnico	Juan Isidro
Fecha de recibido	25 06 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**		

Néstor Moreno Garcia
CC 9.666.478
Aux. Enfermería

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ORDEN DE TRABAJO

CÓDIGO: AP-RF-FT-055
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-09-11

Servicio	consulta externa	**Unidad**	Bravo perez

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA **Usuario:** reportes **Contraseña:** 123456

Descripcion de necesidad			**Descripcion del mantenimiento**	
revisior corta			se revisa corta	
Fecha de solicitud	25 06 2024		**Fecha de mantenimiento**	25 06 2024
Nombre de quien solicita			**Tiempo empleado**	7H3
Cristian Maul			**Nombre del tecnico**	Juan Isidro
Fecha de recibido	25 06 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**		

3B

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	LPS	Unidad	San Sorge

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reportes Contraseña: 123456.

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
revision LPS	se revisa ups esta funcionando bien.

Fecha de solicitud	27 06 2024	Fecha de mantenimiento	27 06 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	9H70
		Nombre del tecnico	San Isidro
Fecha de recibido	27 06 2024	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	✓		

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	consulta externa	Unidad	bravo perez

Recuerda reportar tu necesidad a la MESA DE AYUDA Usuario: reporte Contraseña: 123456

Descripcion de necesidad	Descripcion del mantenimiento
revisión corto	cambio de cable.

Fecha de solicitud	26 06 2024	Fecha de mantenimiento	26 06 2024
Nombre de quien solicita		Tiempo empleado	11H5
		Nombre del tecnico	San Isidro
Fecha de recibido	26 06 2024	Materiales utilizados	
Nombre de quien recibe			

Niveles de satisfaccion	Si	No	Observaciones
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	✓		
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	✓		
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	✓		

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	6267	FECHA	27/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
VALOR:	$44.250,00		
LA SUMA DE:	CUARENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	CANCELADO A CRISTIAN EDUARDO CABADIAS NIT 1.024.534.936 POR TANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E., PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO, AUTORIZADO POR CRISTIAN MENDIVIL GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO.		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	4/06/2024	ANTONIO NARIÑO	1 DE MAYO	REVIISION DE INFRAESTRUCTURA	X					$ 2.950
2	4/06/2024	1 DE MAYO	BELLO HORIZONTE	REVIISION DE INFRAESTRUCTURA	X					$ 2.950
3	4/06/2024	BELLO HORIZONTE	ALPES	REVIISION DE INFRAESTRUCTURA	X					$ 2.950
4	4/06/2024	ALPES	ALTAMIRA	REVIISION DE INFRAESTRUCTURA	X					$ 2.950
5	4/06/2024	ALTAMIRA	LIBERTADORES	REVIISION DE INFRAESTRUCTURA	X					$ 2.950
6	4/06/2024	LIBERTADORES	ANTONIO NARIÑO	REVIISION DE INFRAESTRUCTURA	X					$ 2.950
7	6/06/2024	ANTONIO NARIÑO	1 DE MAYO	REVISION EQUIPO INDUSTRIAL	X					$ 2.950
8	6/06/2024	1 DE MAYO	BELLO HORIZONTE	REVISION EQUIPO INDUSTRIAL	X					$ 2.950
9	6/06/2024	BELLO HORIZONTE	ALPES	REVISION EQUIPO INDUSTRIAL	X					$ 2.950
10	6/06/2024	ALPES	LIBERTADORES	REVISION EQUIPO INDUSTRIAL	X					$ 2.950
									TOTAL	**$ 29.500**

Cristian Eduardo Cabrales
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 1024534936

$44.250

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

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

7ADM03
51112300 01

Vo Cristian Mendez

Recibo $ 44.250
Cristian Mendez

316

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	7/06/2024	SANTA CLARA	ANTONIO NARIÑO	TRASLADO DE MATERIALES	X					$ 2.950
2	7/06/2024	ANTONIO NARIÑO	ALPES	PINTURA DE CONSULTORIO	X					$ 2.950
3	24/06/2024	ANTONIO NARIÑO	ALPES	VERIFICACION DEL AGUA	X					$ 2.950
4	25/06/2024	ANTONIO NARIÑO	LIBERTADORES	VERIFICACION DEL AGUA	X					$ 2.950
5	26/06/2024	ANTONIO NARIÑO	LIBERTADORES	VERIFICACION DEL AGUA	X					$ 2.950
6										
7										
8										
9										
10										
									TOTAL	**$ 14.750**

Cristian Eduardo Cabacha
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 1024534936

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

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

VB
Cristian Alfonso

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: 03
FECHA: 2024-04-06

Unidad	Libertadores	Servicio	Consulta Externa
Fecha de solicitud	25/06/2024	Fecha de mantenimiento	27/06/24

Descripción de necesidad	Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos
Se solicita revisión del equipo	

Descripción del mantenimiento	Observaciones
Se revisaron los tanques y se purgaron el líquido	

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

Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / tecnico)	
Nombre	Cristian Cabrera
Empresa	
Nombre de quien recibe (Lider de la Unidad / Servicio)	
Nombre	Cristina Martínez
Cargo	profesional
Turno	

VoBo. Referente de Sede	VoBo. Líder Proceso

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: 03
FECHA: 2024-04-06

Unidad	Libertadores	Servicio	Consulta Externa
Fecha de solicitud	26/06/2024	Fecha de mantenimiento	26/06/2024

Descripción de necesidad	Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos
Se solicita revisión del equipo	

Descripción del mantenimiento	Observaciones
Se realizó revisión del suministro de agua	

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

Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / tecnico)	
Nombre	Cristian Cabrera
Empresa	
Nombre de quien recibe (Lider de la Unidad / Servicio)	
Nombre	Cristina Martínez
Cargo	profesional
Turno	

VoBo. Referente de Sede	VoBo. Líder Proceso

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO	CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 03 FECHA: 2024-04-06

Unidad		**Servicio**	
Fecha de solicitud		**Fecha de mantenimiento**	
Descripción de necesidad		**Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos**	
Descripción del mantenimiento		**Observaciones**	
Niveles de satisfacción		**Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / tecnico)**	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	**Si** / **No**	Nombre	
		Empresa	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	**Si** / **No**	**Nombre de quien recibe (Lider de la Unidad / Servicio)**	
		Nombre	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	**Si** / **No**	Cargo	
		Turno	
VoBo. Referente de Sede		**VoBo. Líder Proceso**	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO	CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 03 FECHA: 2024-04-06

Unidad		**Servicio**	
Fecha de solicitud		**Fecha de mantenimiento**	
Descripción de necesidad		**Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos**	
Descripción del mantenimiento		**Observaciones**	
Niveles de satisfacción		**Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / tecnico)**	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	**Si** / **No**	Nombre	
		Empresa	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	**Si** / **No**	**Nombre de quien recibe (Lider de la Unidad / Servicio)**	
		Nombre	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	**Si** / **No**	Cargo	
		Turno	
VoBo. Referente de Sede		**VoBo. Líder Proceso**	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO	CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 03 FECHA: 2024-04-06

Unidad		**Servicio**	
Fecha de solicitud		**Fecha de mantenimiento**	
Descripción de necesidad		**Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos**	
Descripción del mantenimiento		**Observaciones**	
Niveles de satisfacción		**Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / tecnico)**	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	**Si** / **No**	Nombre	
		Empresa	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	**Si** / **No**	**Nombre de quien recibe (Lider de la Unidad / Servicio)**	
		Nombre	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	**Si** / **No**	Cargo	
		Turno	
VoBo. Referente de Sede		**VoBo. Líder Proceso**	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO	CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 03 FECHA: 2024-04-06

Unidad		**Servicio**	
Fecha de solicitud		**Fecha de mantenimiento**	
Descripción de necesidad		**Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos**	
Descripción del mantenimiento		**Observaciones**	
Niveles de satisfacción		**Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / tecnico)**	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	**Si** / **No**	Nombre	
		Empresa	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	**Si** / **No**	**Nombre de quien recibe (Lider de la Unidad / Servicio)**	
		Nombre	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	**Si** / **No**	Cargo	
		Turno	
VoBo. Referente de Sede		**VoBo. Líder Proceso**	

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 ORDEN DE TRABAJO	CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 03 FECHA: 2024-04-06

Unidad		**Servicio**	
Fecha de solicitud		**Fecha de mantenimiento**	
Descripción de necesidad		**Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos**	
Descripción del mantenimiento		**Observaciones**	
Niveles de satisfacción		**Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / tecnico)**	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	**Si** / **No**	Nombre	
		Empresa	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	**Si** / **No**	**Nombre de quien recibe (Lider de la Unidad / Servicio)**	
		Nombre	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	**Si** / **No**	Cargo	
		Turno	
VoBo. Referente de Sede		**VoBo. Líder Proceso**	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO	CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 03 FECHA: 2024-04-06

Unidad		**Servicio**	
Fecha de solicitud		**Fecha de mantenimiento**	
Descripción de necesidad		**Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos**	
Descripción del mantenimiento		**Observaciones**	
Niveles de satisfacción		**Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / tecnico)**	
¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno?	**Si** / **No**	Nombre	
		Empresa	
¿El mantenimiento realizado fue el requerido?	**Si** / **No**	**Nombre de quien recibe (Lider de la Unidad / Servicio)**	
		Nombre	
¿La calidad del mantenimiento fue el esperado?	**Si** / **No**	Cargo	
		Turno	
VoBo. Referente de Sede		**VoBo. Líder Proceso**	

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	**6268**	**FECHA**	**27/06/2024**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**COMUNICACIONES Y TRANSPORTES**		
VALOR:	**$44.250,00**		
LA SUMA DE:	**CUARENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M.CTE.**		
CONCEPTO:	**CANCELADO A CRISTIAN MENDIVIL NIT 1.101.782.922 POR TANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E., PARA REALIZAR REVISIÓN DE MESAS DE AYUDA, AUTORIZADO POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA (TRANSPORTE).**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

32

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	4/06/2024	SANTA CLARA	SAN JOSE OBRERO	REVISION DE MESAS DE AYUDA	X					$ 2.950
2	4/06/2024	SAN JOSE OBRERO	SAN JORGE	REVISION DE MESAS DE AYUDA	X					$ 2.950
3	4/06/2024	SAN JORGE	SANTA CLARA	REVISION DE MESAS DE AYUDA	X					$ 2.950
4	7/06/2024	SANTA CLARA	OLAYA	REVISION DE MESAS DE AYUDA	X					$ 2.950
5	7/06/2024	OLAYA	1 DE MAYO	REVISION DE MESAS DE AYUDA	X					$ 2.950
6	7/06/2024	1 DE MAYO	BELLO HORIZONTE	REVISION DE MESAS DE AYUDA	X					$ 2.950
7	7/06/2024	BELLO HORIZONTE	ALPES	REVISION DE MESAS DE AYUDA	X					$ 2.950
8	7/06/2024	ALPES	SANTA CLARA	REVISION DE MESAS DE AYUDA	X					$ 2.950
9	12/06/2024	SANTA CLARA	CHIRCALES	REVISION DE MESAS DE AYUDA						$ 2.950
10	12/06/2024	CHIRCALES	SAN JORGE	REVISION DE MESAS DE AYUDA						$ 2.950
									TOTAL	**$ 29.500**

14.750

Cristian Mendivel
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. 1101782922

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

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

7ADH03
5111230001

Realizar
Cristian Mendivel
cc

324

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	**6269**	**FECHA**	**27/06/2024**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**COMUNICACIONES Y TRANSPORTES**		
VALOR:	**$88.500,00**		
LA SUMA DE:	**OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M.CTE.**		
CONCEPTO:	**CANCELADO A MIGUEL FRANCISCO LASTRE CÁRDENAS NIT 9.141.154 POR TANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E., PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE REVISIÓN, MANTENIMIENTO DE EQUIPOS MÉDICOS, AUTORIZADO POR ADRIANA VERANO, LIDER GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIÓMEDICA.**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

325

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
1	4/06/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	USS ALTAMIRA	LEVANTAR HIV VACUNACION TERMOMETRO Y TERMOHIGROMETROS	X					$ 2.950,00
2	4/06/2024	USS ALTAMIRA	USS ALPES	REVISION CILINDRO PORTATIL O2 , REGULADOR YUGO	X					$ 2.950,00
3	4/06/2024	USS ALPES	1 DE MAYO TALLER BIOMEDICA	RETORNO GESTION ADMINISTRATIVA	X					$ 2.950,00
4	5/06/2024	1 DE MAYO TALLER BIOMEDICA	USS ALPES	CILINDRO PORTATILY SE CAMBIA FILTRO DE AGUA UNIDAD X FUGA DE ESTE	X					$ 2.950,00
5	5/06/2024	USS ALPES	RETORNO PRIMERA DE MAYO	GESTION ADMINISTRATIVA	X					$ 2.950,00
6	6/06/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	UMHES SAN BLAS	RETIRAR CABEZERO O TESTERA UNIDAD PARA USAR BHORIZONTE	X					$ 2.950,00
7	6/06/2024	UMHES SAN BLAS	USS BELLO H	INSTALAR CAEZERO Y AJUSTAR MOVIMIENTOS SILLON ODONT	X					$ 2.950,00
8	6/06/2024	USS BELLO H	USS LIBERTADORES	CAMBIO VALVULA ON -OFF ESCUPIDOR UNIDAD ODONT	X					$ 2.950,00
9	6/06/2024	USS LIBERTADORES	SEDE PRIMERA DE MAYO	GESTION ADMINISTRATIVA	X					$ 2.950,00
10	6/06/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	UMHES SANTA CLARA	REUNION	X					$ 2.950,00
									TOTAL	$ 29.500,00

MIGUEL FRANCISCO LASTRE C.
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. # 9141154

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

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

$88500

7ADM07
5111230 01

22.06.24
$88500

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

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

CÓDIGO: AP-RF-FT-031
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-05-09

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
11	14/06/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	USS BELLOH	REVISION REFRIGERADOR POR PINTURA	X					$ 2.950,00
12	7/06/2024	USS BELLOH	UMHES SANTA CLARA	RECOGER REPUESTO ING WILSON E IR CANDELARIA REVISAR COMPRESORES	X					$ 2.950,00
13	7/06/2024	UMHES SANTA CLARA	USS CANDELARIA	VERIFICACION COMPRESORES CON ING WILSON EQUIPOS LISTO PARA EL USO DIA SABADO	X					$ 2.950,00
14	7/06/2024	USS CANDELARIA	1 DE MAYO TALLER BIOMEDICA	GESTION ADMINISTRATIVA	X					$ 2.950,00
15	11/06/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	UMHES SANTA CLARA	RECOGER CARPETAS HJV PARA ALTAMIRA VISITA AUDITORIA	X					$ 2.950,00
16	11/06/2024	UMHES SANTA CLARA	USS ALTAMIRA	ACOMPAÑAMIENTO VISITA KESLER	X					$ 2.950,00
17	11/06/2024	USS ALTAMIRA	1 DE MAYO TALLER BIOMEDICA	GESTION ADMINISTRATIVA	X					$ 2.950,00
18	13/06/2024	1 DE MAYO TALLER BIOMEDICA	USS OLAYA	REVISION POSIBLE DAÑO AUTOCLAVE E8	X					$ 2.950,00
19	13/06/2024	USS OLAYA	USS 1 MAYO	REVISION DAÑO EN TOMA CORRIENTE UNIDAD 1 PISO	X					$ 2.950,00
20	14/06/2024	1 DE MAYO TALLER BIOMEDICA	USS LIBERTADORES	RETIRAR MASAS INCEB Y FIRMAS REPORTES	X					$ 2.950,00
									TOTAL	$ 59.000,00

MIGUEL FRANCISCO LASTRE
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. # 9141154

Doraiana Cerero

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

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

322

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

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

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

No.	FECHA	RUTA		ASUNTO	MEDIO DE TRANSPORTE					VALOR
		DESDE	HASTA		BUS	BUSETA	TM	COLECTIVO	TAXI	
21	14/06/2024	USS LIBERTADORES	USS BELLO HORIZONTE	REVISION DESAGUES Y DRENAJES X FUGAS DE UNIDAD ODONT	X					$ 2.950,00
22	14/06/2024	UMHES SANTA CLARA	USS LIBERTADORES	ARREGLO FUGA ESCURIDOR UNIDAD ODONT	X					$ 2.950,00
23	14/06/2024	USS LIBERTADORES	DIANATURBAY	REVISION COMPRESORES	X					$ 2.950,00
24	14/06/2024	DIANATURBAY	SEDE PRIMERA DE MAYO	LLEVAR REPORTES NEVERAS MANTO SANCRISTOBAL	X					$ 2.950,00
25	17/06/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	USS ANTONIO NARIÑO	REVISION COMPRESORES	X					$ 2.950,00
26	17/06/2024	USS ANTONIO NARIÑO	SEDE PRIMERA DE MAYO	REVISION COMPRESORES 1 MAYO BAJA PRESION	X					$ 2.950,00
27	18/06/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	SANTACLARA	GESTION ADMINISTRATIVA ING AD	X					$ 2.950,00
28	18/06/2024	SANTACLARA	SEDE PRIMERA DE MAYO	GESTION BIOMEDICA REPORTES	X					$ 2.950,00
29	19/06/2024	SEDE PRIMERA DE MAYO	USS BELLO HORIZONTE	REVISIO Y ARREGLO SISTEMA DESAGUE Y EYCTOR DE ALTA DESGARAFADA MANGUERA	X					$ 2.950,00
30	2/06/2024	USS BELLO HORIZONTE	SEDE PRIMERA DE MAYO	MOTORES COMPRESOR ODONTOLOGICO	X					$ 2.950,00
								TOTAL		$ 88.500,00

MIGUEL FRANCISCO LASTRE
NOMBRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
C.C.

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

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

USS SANDI STORAL

INVENTARIO						GESTION MANTENIMIENTO								
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	TIEMPO DE RESPUESTA DIAS	TIEMPO DE RESPUESTA HORAS	OBSERVACIONES Y/O CONCLUSIONES
ALTAMIRA	TERMOHIGROMETRO	HTC-2	DIGITAL	11270	NR	INSTALACION	SUBREDCO	SE REALIZO LA APERTURA DE HIV DE ESTOS EQUIPOS AREA DE VACUNACION	NINGUNO	4/06/2024	TECNICO OPERATIVO	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
ALTAMIRA	TERMOMETRO	ALLEFRANCE	DIGITAL	11267	NR	INSTALCION	SUBREDCO	SE REALIZO LA APERTURA DE HIV DE ESTOS EQUIPOS AREA DE VACUNACION	NINGUNO	4/06/2024	TECNICO OPERATIVO	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
ALTAMIRA	TENSIOMETRO	WELLLYN	PROBP	BA83021908110	MED005308	DIAGNOSTICO	SUBREDCO	SE VERIFICA FUNCIONAMIENTO	NINGUNO	4/06/2024	TECNICO OPERATIVO	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
ALPES	REGULADOR DE PORTATIL	ESSEX	YUSO	NR	NR	DIAGNOSTICO	SUBREDCO	SE VERIFICA FUNCIONAMIENTO	NINGUNO	5/06/2024	TECNICO OPERATIVO	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
ALPES	UNIDAD ODONTOLOGIA	LEXUS	EVOLUTION	NR	NR	CORRECTIVO	SUBREDCO	SE CAMBIA FILTRO AGUA CAJA DE CONEXIONES POR FUGA	UN FILTRO PVC 3/16	5/06/2024	TECNICO OPERATIVO	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
LOS ANDES	UNIDAD ODONTOLOGIA	LEXUS	EVOLUTION	NR	NR	DIAGNOSTICO	SUBREDCO	SE VERIFICA ESTADO TESTERA PARA TRASLADO USS BELLO H	TESTERA	6/06/2024	TECNICO OPERATIVO	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
BELLO HORIZONTE	UNIDAD ODONTOLOGIA	LEXUS	EVOLUTION	NR	NR	CORRECTIVO	SUBREDCO	SE ESTALA TESTERA BUEN ESTADO USS BELLO H , SE REVISA TARJETA ELECTRONICA MOVIMIENTOS SILLON SE AJUSTA CABLE DATO SE REQUIERE	NINGUNO	6/06/2024	TECNICO OPERATIVO	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
CAPS LIBERTADORES	UNIDAD ODONTOLOGIA	TROPRY	SE	4173	MED000046	CORRECTIVO	SUBREDCO	EQUIPO SE CAMBIA VALVULA ESCUPIDOR LLENADO X DEFECTO O DETRIORO DE ESTA	UNA VALVULA	6/06/2024	TECNICO OPERATIVO	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
1 DE MAYO	TERMOHIGROMETRO	HTC-2	DIGITAL	TH-18293	NR	INSTALACION	SUBREDCO	SE REALIZO LA APERTURA DE HIV DE ESTOS EQUIPOS AREA DE VACUNACION	NINGUNO	11/06/2024	BRAYAN MARTINEZ	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
1 DE MAYO	TERMOHIGROMETRO	HTC-2	DIGITAL	TH-14372	NR	INSTALACION	SUBREDCO	SE REALIZO LA APERTURA DE HIV DE ESTOS EQUIPOS AREA DE VACUNACION	NINGUNO	12/06/2024	BRAYAN MARTINEZ	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
1 DE MAYO	UNIDAD ODONTOLOGICA	AMERICAN DENTAL	AQ	R-691	MED006910	CORRECTIVO	SUBREDCO	SE INSTALA VALVULA DOBLE VIA PARA USO CON DEFECTO RESERVORIO Y MODULO DE PIEZAS	UNA VALVULA 3 VIAS	13/06/2024	BRAYAN MARTINEZ	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
OLAYA	AUTOCLAVE	EUROMDA	AQ	EAF200493	NR	CORRECTIVO	SUBREDCO	SE VERIFICA ERROR DE FUNCIONAMIENTO SE REALIZA REVISION FILTROS Y SE REALIZA LIMPIEZA DE ESTOS EQUIPO SE ACTUALIZA SOFTWARE DE	NINGUNO	13/06/2024	BRAYAN MARTINEZ	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
OLAYA	SELLADORA PAPEL	SIGART	SIGSTAMP	9303	NR	CORRECTIVO	SUBREDCO	SE REVISA EQUIPO POR NO SELLAR CORRECTAMENTE Y SE VERIFICA DESAJUSTE CUCHILLA DE CORTE Y BASE DE ESTA RESISTENCIA	NINGUNO	13/06/2024	BRAYAN MARTINEZ	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
BELLO HORIZONTE	UNIDAD ODONTOLOGIA	LEXUS	EVOLUTION	NR	NR	DIAGNOSTICO	SUBREDCO	SE VERIFICA MAL CONTACTO EN EL SISTEMA ELEVACION DEL SILLON SE LIMPIAN SOKET CABLE DATOS DE LOS CONDOPIEZAS DE MANDO Y SE PRUEBA	UN A ABRASADERA PLASTICA	14/06/2024	TECNICO OPERATIVO	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
LIBERTADORES	OFICINA LIDER	PLAN DE CIUDAD	NR	NR	NR	CORRECTIVO	SUBREDCO	EQUIPO CON DAÑO MANGUERA DE DESAGUE EYECTORES DE ALTA Y BAJA CON FUGA DE FLUIDOS CONTAMINANTES	UN A ABRASADERA PLASTICA	14/06/2024	TECNICO OPERATIVO	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
DIANA TURBAY	COMPRESOR ODONTOLOGICO	ZAP	NACIONAL	NR	MAQ000270	DIAGNOSTICO	SUBREDCO	EQUIPO SE VERIFICAN PRESIONES CARGA Y DESCARGA Y SE DRENA EQUIPO EN BUEN ESTADO	NINGUNO	14/06/2024	TECNICO OPERATIVO	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
DIANA TURBAY	UNIDAD ODONTOLOGICA	SYNCROS 62	NACIONAL	500002998771	MED006480	DIAGNOSTICO	SUBREDCO	EQUIPO CON CORTO CIRCUITO MEMBRANA DEL MODULO PIEZAS Y ELEVACION DEL SILLON SE VERIFICA EL DAÑO SE DESENSOLDUEA EQUIPO Y SE	NINGUNO	04/06/2024	TECNICO OPERATIVO	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
ANTONIO NARIÑO	COMPRESOR ODONTOLOGICO	SCHULZ	COLOR	2704745 - 000169581A	NR	DIAGNOSTICO	SUBREDCO	EQUIPOS SE VERICAN PRESIONATOS LOS CUAL EN MOTOBAS ARRAGADOS SE PROCEDE HACER ENCENDIDO Y CARGA Y DESCARGUE Y QUEDAN	NINGUNO	17/06/2024	TECNICO OPERATIVO	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
CARCEL DISTRITAL	AUTOCLAVE	EUROMDA	EM	EQ0161502287	MED005428	INSTALACION	SUBREDCO	SE REALIZA TRASLADO A ESTERILIZACION CARCEL Y SE DEJA EQUIPO EN FUNCIONAMIENTO PARA SEGUIR CON LA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE		18/06/2024	TECNICO OPERATIVO	0	0:00:00	EQUIPO NORMAL Y FUNCIONAMIENTO REGULAR
1 DE MAYO	COMPRESORES	SCHULZ	ASM32/100	3869570	MAQ000324	DIAGNOSTICO	SUBREDCO	SE VERIFICAN COMPRESOR , Y SE LE REALIZA AJUSTE DE PRESION CARGUE Y DESCARGUE ESTE FUNCIONA CON 2 MOTORES , CON DESGASTE DE	NINGUNO	16/06/2024	TECNICO OPERATIVO	0	0:00:00	EQUIPO NORMAL Y FUNCIONAMIENTO REGULAR
BELLO HORIZONTE	UNIDAD ODONTOLOGIA	LEXUS	EVOLUTION	NR	NR	CORRECTIVO	SUBREDCO	EQUIPO CON DAÑO MANGUERA DESAGUE EYECTORES DE ALTA Y BAJA CON FUGA DE FLUIDOS CONTAMINANTES	UN A ABRASADERA PLASTICA	19/06/2024	TECNICO OPERATIVO	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO
1 DE MAYO	UNIDAD ODONTOLOGICA	AMERICAN DENTAL	IADG	3869516	MED006668	CORRECTIVO	SUBREDCO	EQUIPO CON DAÑO VALVULA DOS VIAS DEL MODULO DE PIEZAS DE MANO, SE CAMBIA VALVULA Y QUEDA EN BUEN ESTADO Y USO	UNA VALVULA DOS VIAS	19/06/2024	TECNICO OPERATIVO	0	0:00:00	EQUIPO NORMAL Y FUNCIONAMIENTO REGULAR
ALTAMIRA	CAMINADORA					DIAGNOSTICO	SUBREDCO	EQUIPO CON CRONOGRAMA PROVEEDOR PENDIENTE PREVENTIVO	NINGUNO	20/06/2024	TECNICO OPERATIVO	0	0:00:00	EQUIPO BUEN ESTADO Y FUNCIONAMIENTO

9/4/1104

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	**6270**	**FECHA**	**27/06/2024**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**MEDICAMENTOS**		
VALOR:	**$16.059,00**		
LA SUMA DE:	**DIECISÉIS MIL CINCUENTA Y NUEVE PESOS M.CTE.**		
CONCEPTO:	**FACTURA No. FEBT125956 DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD SAS NIT 828.002.423-5 MEDICAMENTOS (VALPROICO ÁCIDO 250 MG/5ML JARABE), NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON CIRUGÍA DE NEUROLOGÍA, MEDICAMENTO CRÍTICO Y VITAL, SOLICITADO POR ALEXIS ORJUELA ANGULO, SERVICIOS FARMACÉUTICO HOSPITAL SANTA CLARA.** **R.FTE. 2.5%..$401,00** **R.ICA 4,14 POR MIL,,, 66,00**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12912

Fisico 330

DISCOLMETS
CALIDAD Y SERVICIO PENSANDO EN SU SALUD
NIT: 828.002.423-5

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

icontec ISO 9001 CO-SC-6897-1

CREDITO
FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No.
FEBT125956
F.EXP: 25-06-2024

Somos Responsables de Iva - NO somos Agentes Retenedores de IV 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:** DISTRITO CAPITAL - BOGOTA
Teléfono: - - 0 **Forma Pago:** CREDITO **Dias:** 90 **Medio Pago:** Inst. No Determinado
Favor cancelar antes de: 23-09-2024

CUFE: c6f226f0345cd65cc05b3d6662a8f68a8df67197dfc03881afab7cb069fa8f68df45889732148d88a8a06be7044eff59

PRODUCTO Ref.	Descripción	Labo.	Lote.	Venc.	Cant.	Iva	Pr. Bruto	%Dct	Total
INS	ACIDO VALPROICO 250MG FCO 120ML FERBIN R.S INVIMA:2016M-0004827-R1 CUM:19955370-7 ATC:N03AG01	NOVAMED	2404000841	30/05/2026	3	0	5.353,00	0	16.059,00

R.Fte 2.5% $401
R.ICA 9,14‰ 66
$467

A pagar $15.592

DISCOLMEDICA S.A.S.
NIT: 828.002.423-5
CL -BTA 1
Recibido por: Jarro
10.185.118

25 JUN 2024

PAGO EN EFECTIVO
$ 15.592.

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

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/ URGENTE

Codigo: 22 Vendedor: DIANA CLEMENCIA ARISTIZABAL GONZALEZ

SUBTOTAL	16.059
Descuento	0
Iva	0
Total Factura	**16.059**
ReteIva	0
ReteFte	0
ReteIca	0

Mercancía Excluida: 16.059 BASE IVA 0 **TOTAL NETO** 16.059

Son: DIECISEIS MIL CINCUENTA Y NUEVE 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 MERCANCÍA MIENTRAS NO SEA CANCELADA TOTALMENTE. EL NO PAGO DE ESTA FACTURA AUTORIZA A DISCOLMEDICA SAS A LLEVAR LA INFORMACIÓN A LAS CENTRALES DE RIESGO.

BANCOLOMBIA	cta cte	45431348898
AV VILLAS	cta cte	411170962
AGRARIO	cta cte	339050002304
BBVA	cta cte	483009478
DAVIVIENDA	cta cte	077769999861
POPULAR	cta cte	110390134195
OCCIDENTE	cta cte	383003126

Fecha y Hora Elaboracion; 25/06/2024 13:22
Fecha y Hora Expedición: 25/06/2024 13:23

RECIBI CONFORME
Nombre:
Identificación:
Cargo:
Fecha de Recibido:

Elaboró: JUAN CAMILO SEGURA ROJAS
Revisó: JUAN CAMILO SEGURA ROJAS
Dcto PP: 0.00

Prov. Tecnologico: Discolmedica SAS Nit: 828:002.423-5 ORIGINAL *Software MantisWeb (RIBI828002423) - Somic Soluciones SAS Nit. 901030701-1*

Reporte : RefacDiscoCom

DISCOLMETS

CALIDAD Y TECNICO INTEGRANDO EN NO SALUD

icontec ISO 9001 CO-SC-887-1

IQNet

Neiva, 28 de junio 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

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 DISCOLMETS S.A.S autorizo a la señora **JAIRO IVAN RAMIREZ** identificado con la cédula de ciudadanía No **10.185.118,** para reclamar pagos a nombre de DISCOLMETS S.A.S.

Agradezco su atención.

Atentamente,

ADDY FERNANDO CORTES CUBILLOS

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 185118

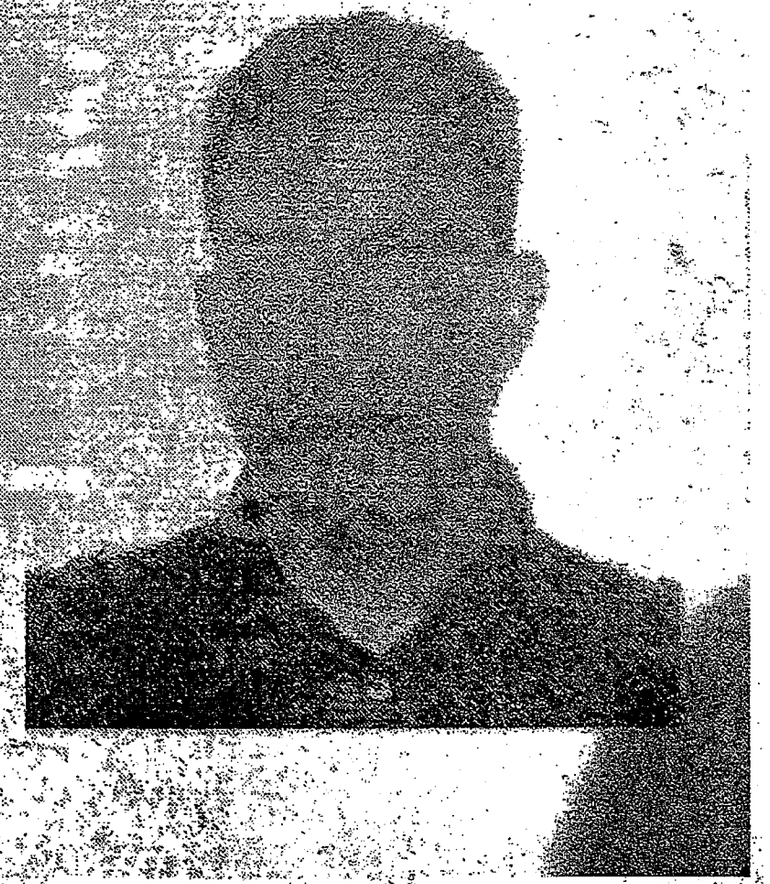
RAMIREZ MEJIA

APELLIDOS

IVAN IVAN

NOMBRES

FIRMA



DISCOLMETS
CALIDAD Y SERVICIO PENSANDO EN SU SALUD

icontec ISO 9001 CO-SC-6897-1

IQNet

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 Y TECNOLOGIAS EN SALUD S.A.S. - DISCOLMETS 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 Articulo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Y en conformidad Articulo 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 primero (01) día del mes de junio de 2024.

FIRMA REVISOR FISCAL
ROBERTO GONZALEZ RINCON

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° 16 - 08
Cel. 313 206 6840
pitalito@discolmedica.com.co

Centro Logístico Villavicencio
Cra 33 N° 22.39.41
Cel. 317 501 0912
villavivencio@discolmedica.com.co

Centro Logístico Tunja
Cra 11 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. 313 347 4409
pereira@discolmedica.com.co

www.discolmets.com.co

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 334

NIT. 900959051 Call center: 3078181 018000118181 Fecha Actual : lunes, 17 junio 2024

FORMULACION MEDICA EXTERNO

				Folio	223
Paciente	**STIVEN EDUARDO CARDENAS MONGUI**	Edad	19 Años / 11 Meses / 6 Días	No. Historia	**1032677046**
Identificacion	**1032677046**	Telefono	3134107734	Ingreso	**17036860**
Centro- Atencion	CENTRO DE SALUD CRUCES	Cama		Fecha Ingreso	11/06/2024 7:13:40 a. m.
Direccion	Cl 1 c 5a 30	Telefono		Fecha prescripcion	11/06/2024 11:14 a. m.
Entidad	CAPITAL SALUD EPS-S			Suministro Paciente	
No. Cama		Area de Servicio:	**4CCC12** 4CCC12 - CRUCES CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL		
Plan de Beneficios:	**PGP CAPITAL SALUD EPS**				

Diagnostico Principal : G409 - EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

No Formula: **FAM000026499441**

MEDICAMENTOS POS

Medicamento		Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	Observaciones	T.D.	Dura.
122MN012910	VALPROICO ACIDO 250 mg/5 mL JARABE 120ML	(16) DIECISEIS	250 MG/5ML	FRASCO	Oral	10 CC EN LAMAÑANA 10 CCALMEDIO DIA Y 10CC EN LA NOCHE	☑	60 d
122MN012819	levOMEPROMAZINA 40 MG/ML (4%) SOLUCIÓN ORAL FRASCO	(2) DOS	4%	FRASCO	Oral	3 GOTAS EN LA MÑANA Y 7 GOTAS EN LA NOCHE	☐	60 d
122MN012876	RISPERIDONA 2 MG TABLETA	(120) CIENTO VEINTE	2 MG	TABLETA	Oral	TDAR 1 TAB CADA 12 HORAS	☑	60 d
122MN012804	LACOSAMIDA 100 MG TABLETA	(120) CIENTO VEINTE	100 MG	TABLETA	Oral	1 tableta cada 12 horas	☑	60 d
122MN012723	acetaMINOFEN 500 MG TABLETA	(20) VEINTE	500 MG	TABLETA	Oral	1 cada 8 hs	☑	7 d
122MA072005	ASCORBICO ACIDO 500 MG TABLETA	(10) DIEZ	500 MG	TABLETA	Oral	1 al dia	☑	10 d

Total Items: 6

DIAGNOSTICOS

CODIGO	DESCRIPCION	TIPO DIAGNOSTICO	
G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	Principal	Presuntivo
F200	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	Relacionado	Presuntivo

TORRES MUNAR CARLOS EDUARDO
MEDICINA GENERAL
19486877

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

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

335

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.

NIT. 900959051 Call center: 3078181 018000118181 Fecha Actual : martes, 11 junio 2024

FORMULACION MEDICA INTRA-HOSPITALARIO

				Folio	42
Paciente	YEIDER DUVERNEY AREVALO GUTIERREZ	Edad	4 Años / 6 Meses / 11 Días	No. Historia	1120585940
Identificacion	1120585940	Telefono	3228911733	Ingreso	17020044
Centro- Atencion	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA	Cama	HOSPD013 - CUNA 13 HOSPITALIZACION PEDIATRIA SANTA CLARA	Fecha Ingreso	5/06/2024 6:16:52 p. m.
Direccion	Carrera 14B No.1 - 45 sur	Telefono	328282B	Fecha prescripcion	11/06/2024 9:41 a. m.
Entidad	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR SA			Suministro Paciente	
No. Cama	HOSPD013 - CUNA 13 HOSPITALIZACION PEDIATRIA SANTA CLARA	Area de Servicio:			

Plan de Beneficios: **SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR SA- UVT**

Diagnostico Principal : S007 - TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CABEZA

No Formula: FAM000026495851

MEDICAMENTOS POS

	Medicamento	Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	Observaciones	T.D.	Dura.
122MN012910	VALPROICO ACIDO 250 mg/5 mL JARABE 120ML	(1) UNO	250 MG/5ML	FRASCO	Oral	ADMINISTRAS 122 MG CADA 12 HORAS	☑	24 h
122MN012720	acetaMINOFEN 150 MG/5 ML JARABE FRASCO 60 ML	(1) UNO	150 MG/5 ML	FRASCO	Oral	ACETAMINOFÉN 350 MG VO CADA 6 HORAS SEGUN DOLOR	☑	24 h

Total Items: 2

DIAGNOSTICOS

CODIGO	DESCRIPCION	TIPO DIAGNOSTICO	
S007	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CABEZA	Principal	Presuntivo

ARISTIZABAL DUQUE JOSE RICARDO
NEUMOLOGIA
19409640

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

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

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

336

Imprimir ✕ Cerrar

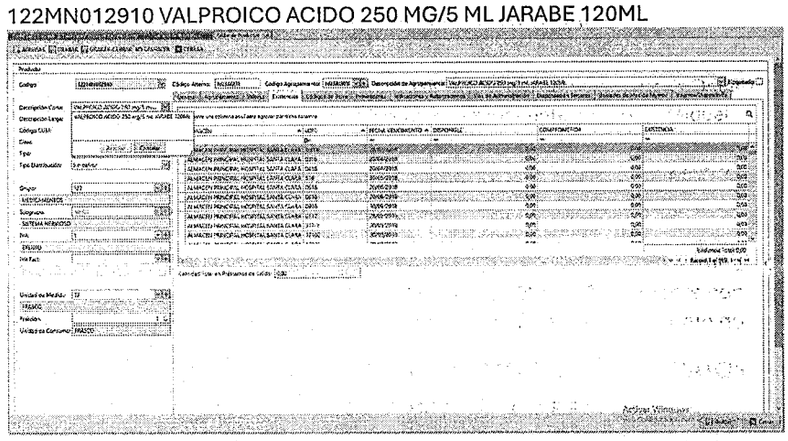
RE: SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE EXISTENCIAS Y CONTRATOS

John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
Jue 13/06/2024 8:00

Para: Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>; Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>; Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>
CC: compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo
Me permito informar que revisado el aplicativo Dinámica Gerencial - módulo de inventarios con corte al día de hoy 13 de junio 2024, **NO** se cuenta con existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente, del insumo que se relaciona a continuación:

122MN012910 VALPROICO ACIDO 250 MG/5 ML JARABE 120ML



Cordialmente,

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

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: Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: miércoles, 12 de junio de 2024 5:25 p. m.
Para: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>; Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: RE: SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE EXISTENCIAS Y CONTRATOS

Cordial Saludo,

De acuerdo a la solicitud, se informa que actualmente el medicamento

Eliminar Archivar Informar Responder Responder a todos Reenviar Zoom

RE: SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE EXISTENCIAS Y CONTRATOS

AN Angel Triana Niño Responder Responder a todos Reenviar

Para: Alexis Orjuela Angulo; Miguel Angel Cortes Tovar; John Jairo Guerrero Mié 12/06/2024 17:25

CC: compras; Referente Farmaceutico

Cordial Saludo,

De acuerdo a la solicitud, se informa que actualmente el medicamento 122MN012910 VALPROICO ACIDO 250 MG/5 ML JARABE 120ML, no se encuentra contratado.

Cordialmente,

Angel Eduardo Triana Niño
Dirección de Contratación
Área de Compras

De: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: miércoles, 12 de junio de 2024 4:14 p. m.
Para: Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>; Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE EXISTENCIAS Y CONTRATOS

Buenas tardes, Solicito su amable colaboración en el sentido de determinar si se encuentra contratado o se tienen existencias del producto:

122MN012910 VALPROICO ACIDO 250 MG/5 ML JARABE 120ML: 3 UNIDADES

Ya que se requiere compra de caja menor para atención de paciente de la UCI P

Agradezco el envio de la informacion

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

Responder Responder a todos Reenviar

DISCOLMETS
CALIDAD Y SERVICIO PENSANDO EN SU SALUD
NIT: 828.002.423-5

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

DISCOLMETS SAS
828002423-5
Calle 15 # 33-02-7023267

COTIZACION NRO.	**CTB048647**

Cliente SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.
CC o Nit 900959051
Direccion CARRERA 14 B # 1-45 SUR
Telefono 3282828 - -
Dpto. BOGOTA

Fecha Expedicion 12/06/2024
Condicion de pago CREDITO
Vendedor DIANA CLEMENCIA ARISTIZABAL GO
Fecha entrega / /
Validez Oferta 0 Días

EN ATENCION A SU SOLICITUD DE COTIZACION, OFRECEMOS LOS SIGUIENTES PRODUCTOS:

IT	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	LABORATORIO	CUM	INVIMA	CANT	VR. UNIT.	DCT	IVA	VR. TOTAL
1	ME01763	ACIDO VALPROICO 250MG FCO 120ML	NOVAMED	19955370-7	2016M-0004827	3	5.353	0,00	0	16.059

Observaciones

SIN OTRO EN PARTICULAR Y EN ESPERA DE SUS GRATAS ORDENES

Subtotal	16.059,00
Descuento	0,00
Iva 19%	0,00
Total	16.059,00

Elaboro: JESSICA LORENA AVILA RIVERA

[Fin de Documento ...]

Fecha Elaboracion: 12/06/2024 17:49
Software MantisWeb

339

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141042371345

(415)7707212489984(8020) 000014104237134 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 2 8 0 0 2 4 2 3 | 6. DV: 5 | 12. Dirección seccional: Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1 | 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: DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD SAS
36. Nombre comercial: DISCOLMETS SAS
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 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

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
4 6 4 5	2 0 0 3 0 9 2 5	4 7 7 3	2 0 0 3 0 9 2 5	4 6 5 9	2 1 0 0		7 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 7 9 1 3 1 4 3 3 4 2 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
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
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios 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: 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

Fecha generación documento PDF: 23-05-2024 03:16:36PM

Mediempack Suministros confiables	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	CODIGO
	NOMBRE	COTIZACION CLIENTES	GTL-FO-32-V1
	PROCESO A ÁREA	GESTIÓN TÉCNICA Y LOGÍSTICA	Pagina 1 de 1

COTIZACION No. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E 120624

Fecha : 12/06/24

Razon Social cliente:	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E
NIT del cliente:	900.959.051-7
Nombre de quien Solicita la Compra:	ALEXIS ORJUELA

Tiempo de despacho: (Marque con una X) Inmediato____ 24 horas____ 48 Horas__x__

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	ACIDO VALPROICO 250 MG SUSP X 120 ML NOVAMED	UNIDAD	$ 10.000		3	$ 30.000	$ -	$ 30.000
							$ 30.000	$ -	$ 30.000

OBSERVACIONES: El costo del domicilio es de $17.000 por compras menores a $200.000.
*Esta cotización es válida por 48 horas.
*El producto será entregado 2 a 3 días hábiles despues de generada la orden de compra.

MUCHAS GRACIAS POR COTIZAR CON MEDIEMPACK SAS

Código: GTL-FO-32
Fecha de creación: 25/04/22
Versión:01

COPIA CONTROLADA

Discolmet SAS

Nod $16059=

341

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, JUNIO 12 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	ALEXIS ORJUELA ANGULO
AREA / DEPENDENCIA	SERVICIO FARMACEUTICO
CENTRO DE COSTO	1SCT05 7355001001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

122MN012910 VALPROICO ACIDO 250 MG/5 ML JARABE 120ML 63 UNIDADES

3. JUSTIFICACIÓN

Medicamento sin contrato que se requiere para el paciente YEINER DUBERNEY AREVALO GUTIERREZ CC 1120585940, De Hospitalización pediatria del Hospital Santa Clara

4. ¿Existe en Almacen Central?	SI	NO
		X

Vo.Bo. Funcionario Almacen

Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

342

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

Fecha Actual : martes, 25 junio 2024

Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000077072

PROVEEDOR:	DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD SAS	NIT: 828002423		FECHA:	25/06/2024 03:46 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			ESTADO:	Confirmado
DIRECCION:	CR 12 N 12 - 32			MONEDA:	Pesos
TELEFONO:	3639940			TASA CAM:	0,00
Nº FACTURA:	FEBT125956	% ICA: 4,1400	PLAZO: 0	FECHA FAC:	25/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
122MN012910	VALPROICO ACIDO 250 mg/5 mL JARABE 120ML	FRASCO	3,00	$ 5.353,00	$ 16.059,00	0,00	0,00

DETALLE

CAJA MENOR FACTURA FEBT125956 DEL 25/06/2024

SUBTOTAL:	$ 16.059,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 66,00
RETE FUENTE:	$ 401,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE REG:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 15.592,00

TOTAL COMPROBANTE:

QUINCE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Elaboró: | Revisó Almacen | Revisado Impuestos:

343

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: I
FECHA: 2019-01-25

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	**6271**	**FECHA**	**27/06/2024**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**MEDICAMENTOS**		
VALOR:	**$144.000,00**		
LA SUMA DE:	**CIENTO CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS M.CTE.**		
CONCEPTO:	**FACTURA No. FE157 MEDISPRO SAS NIT 901.575.074-0 MEDICAMENTOS (SODIO CLORURO 20 MEQ/10ML SOLUCIÓN INYECTABLE - AMPOLLA), MEDICAMENTO CRÍTICO Y VITAL NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, SOLICITADO POR ALEXIS ORJUELA ANGULO, SERVICIOS FARMACÉUTICO HOSPITAL SANTA CLARA.**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12913

Fisio

344

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

N°: FE 157

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

Fecha y hora Factura

Generación	24/06/2024, 11:51
Expedición	24/06/2024, 11:51
Vencimiento	24/06/2024
Vendedor	MEDISPRO S.A.S
Centro de costo	0
Cotización	

Ítem	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Vr. Bruto
1	ME0487-CRP	Sodio Cloruro 20meq/10ml solución inyectable - Ampolla - CORPAUL INVIMA: 2012M-0002557-R1	120.00	1,200.00	0 %	144,000.00

Fabian Garcia
1032363733
28/06/24

Cancelado Efectivo

Total items: 1

Valor en Letras:
Ciento cuarenta y cuatro mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 144,000.00

Total Bruto	144,000.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	144,000.00

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

Orden de compra: - C. Mayor.

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
24 JUN 2024

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 prefijo 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

Elaborado por Firma recibido

CUFE:
8eb48c44047929e6a35bd70e8d6d74b61cdd85d3a43a76273840cf613474e1bc45ffa8c9583717b8ebdde56023325e53

345

CE-005-2024

Bogotá D.C., 27 de junio de 2024

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

ASUNTO: CARTA DE AUTORIZACION

Estimado cliente:

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

Agradecemos su colaboración

Sin otro particular,

Cordialmente

FABIAN GARCIA GOMEZ
Representante Legal
e-mail: medisprosas@gmail.com
Teléfono: 3028355838

347

Todas las carpe... ← sodio

www.subredcentrooriente.gov.co

De: Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: jueves, 13 de junio de 2024 11:19 a. m.
Para: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>; Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: RE: SOLICITUD DE EXISTENCIAS Y CONTRATOS

Cordial Saludo,

El presente es con el fin de informar que el medicamento 122MB092216 SODIO CLORURO 20 MEQ/10ML SOLUCION INYECTABLE a la fecha no se encuentra contratado.

Cordialmente,

Angel Eduardo Triana Niño
Dirección de Contratación
Área de Compras

De: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: jueves, 13 de junio de 2024 11:15 a. m.
Para: Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>; Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: SOLICITUD DE EXISTENCIAS Y CONTRATOS

Buenas tardes, Solicito su amable colaboración en el sentido de determinar si se encuentra contratado o se tienen existencias suficientes del producto:

122MB092216 SODIO CLORURO 20 MEQ/10ML SOLUCION INYECTABLE:

Ya que se requiere compra de caja menor para atención de paciente y la cantidad actual de 244 unidades no da respuesta a la necesidad de este medicamento

Agradezco el envio de la informacion

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

348

Todas las carpe... ← sodio

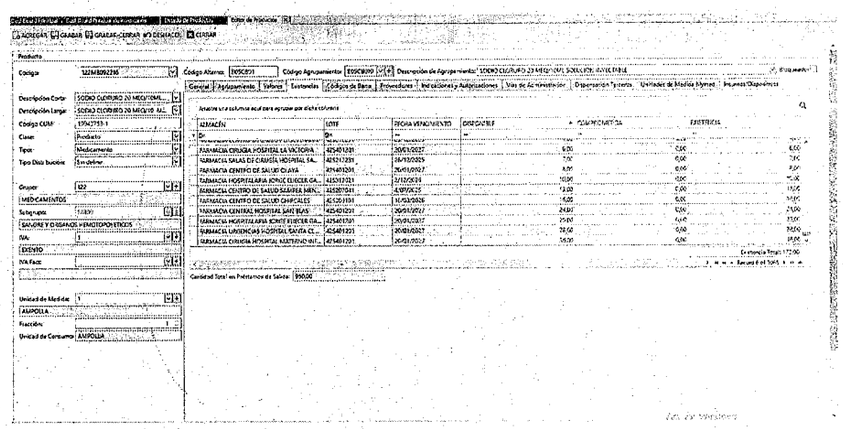
Imprimir ✕ Cerrar

RE: SOLICITUD DE EXISTENCIAS Y CONTRATOS

John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
Vie 14/06/2024 8:06
Para: Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>; Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>; Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo
Me permito informar que revisado el aplicativo Dinámica Gerencial - módulo de inventarios con corte al día de hoy 14 de junio 2024, **NO** se cuenta con existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente, del insumo que se relaciona a continuación:

122MB092216 SODIO CLORURO 20 MEQ/10ML SOLUCION INYECTABLE



Cordialmente,

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

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: Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: jueves, 13 de junio de 2024 11:19 a. m.

	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	CODIGO
Medi empack Suministros confiables	NOMBRE	COTIZACION CLIENTES	GTL-FO-32-V1
	PROCESO A ÁREA	GESTIÓN TÉCNICA Y LOGÍSTICA	Pagina 1 de 1

COTIZACION No. SUBRED26042024

Fecha : 26/04/2024

Razon Social cliente:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
NIT del cliente:	900959051-7
Nombre de quien Solicita la Compra:	

Tiempo de despacho: (Marque con una X) Inmediato____ 24 horas____ 48 Horas_____

Direccion 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/MLX10ML 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

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

351

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14985554802

(415)7707212489984(8020) 000001498555480 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 9 0 1 5 7 5 0 7 4
6. DV: 0
12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá
13. 3 2
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: MEDISPRO S.A.S
36. Nombre comercial: MEDISPRO S.A.S
37. Sigla: MEDISPRO S.A.S

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 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 1: 3 0 2 8 3 5 5 8 3 8
45. Teléfono 2: 3 1 1 2 7 0 9 7 4 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 4 5	2 0 2 2 0 3 1 1	4 6 5 9	2 0 2 2 0 3 1 1	3 3 1 3	4 7 7 3		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 0 4 2 4 8

10- Obligado aduanero

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

Usuarios aduaneros

54. Código: 2 2 2 3

Exportadores

55. Forma: 3
56. Tipo: 1
Servicio 1 2 3
57. Modo
58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X]
60. No. de Folios: 0
61. Fecha: 2024 - 02 - 26 / 09 : 28: 04

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: GARCIA GOMEZ OMAR FABIAN

985. Cargo: Representante legal Certificado

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

Medispro SAS

Med $1'200.000

352

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

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

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

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTA DC, JUNIO 13 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	ALEXIS ORJUELA ANGULO
ÁREA / DEPENDENCIA	SERVICIO FARMACEUTICO
CENTRO DE COSTO	1SCT015 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

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

Vo.Bo. Funcionaria Almacen

Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

Fecha Actual : martes, 25 junio 2024

353

COMPROBANTE ENTRADA

Nº0000000007/046

PROVEEDOR:	MEDISPRO SAS	NIT: #01575074	FECHA:	25/06/2024 02:03 p. m	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C)		ESTADO:	Contabilizado	
DIRECCION:	CR 91 N 19 A - 29 IN 3 AP 308		MONEDA:	Pesos	
TELEFONO:			TASA CAM:		0,00
N° FACTURA:	FE157	% ICA: 0,0000 PLAZO: 0	FECHA FAC:	24/06/2024 12:00 a. m	

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
122MB092216	SODIO CLORURO 20 MEQ/10ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	120.00	$1.200,00	$144.000,00	0.00	0.00

DETALLE

FACTURA FE157 COMPRA POR CAJA MENOR SANTA CLARA DIGITA MARLON

SUBTOTAL:	$144.000,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$0,00
RETE FUENTE:	$0,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE REF:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$144.000,00

TOTAL COMPROBANTE:

CIENTO CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Elaboró: Revisó Almacen: Revisado Impuestos:

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	6272	FECHA	27/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO		
VALOR:	$982.800,00		
LA SUMA DE:	NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. FVEC 70744 NIT 830.142523-0 MEDICOX LTDA NIT 830.142.523-0 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (CLORHEXIDINA GLUOCONATO 4% JABÓN FRASCO DE 60 Y 120 ML), 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 EDUARDT HANNS RODRÍGUEZ, GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO. R.FTE 2.5%.....$24.570,00 R.ICA 4,14 POR MIL..... 4.069,00		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

Medicox® nos une la vida

LTDA.

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: 2024/06/21 12:51:50

01 FACTURA ELECTRONICA DE VENTA **FVEC 70744**

IMPORTADORA Y COMERCIALIZADORA DE
INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS
Actividad económica ICA 4645 Tarifa 4.14 x 1000
Autorización facturación No. 18764072581523
Vigencia 2024/06/07 Rango FVEC-70001 al FVEC-120000
Facturación Electrónica
Vence 2024/10/21

Se conviene el precio y la cosa vendida en Bogotá DC

icontec ISO 9001 SC-CER164025

Cufe: 1ec8386d92e333988f8dddc4327d06be5aa0454e907b64de85ea3d8e8c092fac59a92d187dd5bd199b0fdbd3cfb03613

CLIENTE: SUBRED INTE. SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
DIRECCION: DIAGONAL 34 N° 5 - 43
TELEFONO: 3444484
CIUDAD: - BOGOTÁ - Bogotá D.C

UNIDADES FACTURADAS: 200
FORMA PAGO: CREDITO 90 DIAS

NIT: 900959051 - 7
FECHA: 2024/06/21 ORDEN: 1
VENDEDOR: BIBIANA VARGAS OSPINA
FECHA VENCIMIENTO 2024/09/19

REFERENCIA	CANT	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	IVA	V/UNIT	VALOR TOTAL
PT0303004012 UB: P3 M4NB	100	UNIDAD	WESCOHEX JABON QUIRURGICO CON CLORHEXIDINA 4% BLX60ML CJX50 LOTE:230096725 2026/01/30 INVIMA: 2019M-012898-R2 CUM: 227035-07 .	0	$4,293.00	$429,300.00
PT0303004010 UB: P3 M5NB	100	UNIDAD	WESCOHEX JABON QUIRURGICO CON CLORHEXIDINA 4% BLX120ML WEST LOTE:240099575 2026/04/30 INVIMA: 2019M-012898-R2 CUM: 227035-08 .	0	$5,535.00	$553,500.00

031235
031237

Rfte 2.5% $24570
Rica 4.14% 4.069
$28.639

A pagar $954.161

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
21 JUN 2024
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO

Cancelado Dbuenen 28-06-2024 $19882246 cancelado en efectivo $954.161

OBSERVACIONES COMPRA CAJA MENOR -CLIENTE RECOGE 2 DE LA TARDE

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

Medicox nos une la vida

Fecha de admisión y sello:

Firma del vendedor

Nombre e identificación de quien recibe

SUBTOTAL:	$982,800.00
IVA:	
RETE IVA:	
RETE ICA:	$4,068.79
RETEFUENTE:	$24,570.00
VALOR NETO:	$954,161.21

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, 29 de junio de 2024

Señores.
SUBRED INTE. SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dpto. tesorería
DIAGONAL 34 N° 5 - 43

Asunto: **Autorización recoger Cheque o Efectivo**

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

Cordialmente,

Cristina Palencia

Cristina Palencia Padilla
Profesional Contable
Tel.3125495 Ext 112

CEDULA DE CIUDADANIA

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

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
05 JUL 1988, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de caducidad
13 MAR 2030

COMPRA EN LA MODADLIDAD DE CAJA MENOR PARA DESINFECTANTES UNIDOSIS

Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>

Lun 17/06/2024 2:45 PM

Para:cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>;Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>;John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
CC:Maryury Diaz Cespedes <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>;Pedro Fabian Davalos Berdugo <directorhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co>

1 archivos adjuntos (137 KB)
22. CAJA MENOR DESINFECTANTES - DIA 17 06 24.xls;

Buenas tardes, cordal saludo.

Por medio de la presente envió información correspondiente para la compra por caja menor de 2 ítems con el nombre de:

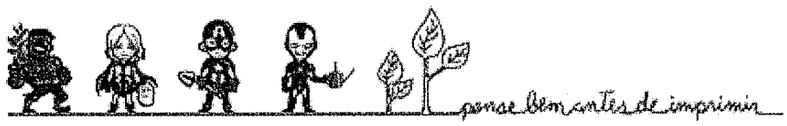
1. CLORHEXIDINA GLUCONATO 4% JABON FRASCO DE 60 ML- Código Dinámica Gerencial: 121QQ031235 - 100 unidades.
2. CLORHEXIDINA GLUCONATO 4 % JABON QUIRURGICO 120 ml- Código Dinámica Gerencial: 121QQ031237- 100 unidades.

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

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: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: lunes, 17 de junio de 2024 2:45 p. m.
Para: cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: Maryury Diaz Cespedes <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>; Pedro Fabian Davalos Berdugo <directorhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: COMPRA EN LA MODADLIDAD DE CAJA MENOR PARA DESINFECTANTES UNIDOSIS

Buenas tardes, cordal saludo.

Por medio de la presente envió información correspondiente para la compra por caja menor de 2 ítems con el nombre de:

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ

Eduardt Hanns González Roa
Cargo: Enfermero - Profesional Especializado
Gestión de Abastecimiento en Insumos.
Apoyo Subgerencia de Servicios de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 6013282828 Ext: 10152
Celular: 3202593512
@subredcentrooriente @subred_centrooriente
@SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co

					MEDICOX LTDA.		POLIFARMA SAS POLIMEDICS	
ITEM	CÓDIGO	NOMBRE/ DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	121QQ031235	Clorhexidina Gluconato 4% jabón fraco de 60 ml	UNIDAD	100	5.535	553.500	4.490	449.000
2	121QQ031237	Clorhexidina Gluconato 4% jabón fraco de 120 ml	UNIDAD	100	4.293	429.300	6.300	630.000
TOTAL						**982.800**		**1.079.000**

364

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

Medicox® nos une la vida

icontec ISO 9001
SC-CER164025

NIT DEL CLIENTE: 900959051 -7 **COTIZACIÓN - N°: 065731**
CLIENTE: SUBRED INTE. SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
DIRECCION: DIAGONAL 34 N° 5 - 43
CIUDAD: BOGOTÁ - Bogotá D.C **FECHA:** 2024/06/17
REPRESENTANTE DE VENTAS: BIBIANA VARGAS OSPINA **VIGENCIA:** 10 DIAS
ELABORADO POR: ADMATE

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	UNIDAD MINIMA DE VENTA	DTO	IVA	VALOR UNIDAD MINIMA VENTA	TOTAL
PT0303004010	WESCOHEX JABON QUIRURGICO CON CLORHEXIDINA 4% BLX120 ML WEST **INVIMA:** 2019M-012898-R2 **OBS:**	100	UNIDAD		0	5,535.00	553,500.00
PT0303004012	WESCOHEX JABON QUIRURGICO CON CLORHEXIDINA 4% BLX60ML CJX50 WEST **INVIMA:** 2019M-012898-R2 **OBS:**	100	UNIDAD		0	4,293.00	429,300.00

OBSERVACIONES:

SUBTOTAL:	$ 982,800.00
DESCUENTO:	
IVA:	
RETEFUENTE:	$ 24,570
RETEICA:	$ 4,069
RETEIVA:	
TOTAL:	**$ 954,161**

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.

365

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14971339561

(415)7707212489984(8020) 000001497133956 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 3 0 1 4 2 5 2 3 | 6. DV: 0

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

13. 3 2

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: MEDICOX LTDA

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 66 19 36 OF 301

42. Correo electrónico: administrativo@medicox.com.co

43. Código postal: 1 1 1 2 2 1

44. Teléfono 1: 6 0 1 3 1 2 5 4 9 5

45. Teléfono 2: 3 1 5 3 6 5 0 9 5 5

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
4 6 4 5	2 0 1 3 0 1 2 5	4 6 6 9	2 0 1 3 0 1 2 5	4 6 5 9			

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	5	7	8	9	1 0	1 4	1 6	4 2	4 8	5 2	5 5															

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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: 2024 - 01 - 10 / 15 : 15: 54

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MORALES GONZALEZ NELLY

985. Cargo: Representante Legal Suplente Certificado

Fecha generación documento PDF: 10-01-2024 03:16:12PM

366

POLIFARMA S.A.S. - POLIMEDIC´S FARMACEUTICA S.A.S.
NIT : 800151064- 0
CL 77 28 B 33
3112668 - 3102340035

Bogota, 18 de junio de 2024

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Atn: DR EDWARD GONZALEZ
DG 34 5 43
3444484
Bogota D.C.-Bogota . Colombia

Ref : Cotización V - 001 - 292

Es grato para nosotros poner a su consideración la siguiente propuesta

Código	Descripción	Unidad	Cantidad	MARCA	Valor Unitario	IVA	Valor Total
0010001001521	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% 120 ML UND	UN	1	PROASEPSIS	6,300.00	0	6,300.00
0010001001113	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% 60 ML UND	UN	1	PROASEPSIS	4,400.00	0	4,400.00
0020001000958	CLORHEXIDINA GLUCONATO 4% X 30 ML JABON	UN	1	WEST	3,990.00	0	3,990.00
0020001000959	CLORHEXIDINA GLUCONATO 4% X 60 ML JABON	UN	1	WEST	4,490.00	0	4,490.00
0020001000960	CLORHEXIDINA GLUCONATO 4% X 120 ML JABON	UN	1	WEST	6,300.00	0	6,300.00
0020001000961	CLORHEXIDINA GLUCONATO 2% X 30 ML JABON	UN	1	WEST	3,800.00	0	3,800.00
0020001000962	CLORHEXIDINA GLUCONATO 2% X 60 ML JABON	UN	1	WEST	4,470.00	0	4,470.00
0020001000963	CLORHEXIDINA GLUCONATO 2% X 120 ML JABON	UN	1	WEST	6,120.00	0	6,120.00

Total Bruto	39,870.00
Total a Pagar	$39,870.00

Elaborado e Impreso por Sligo

Entrega: 1 días despues de recibir su orden de compra o pedido
Forma de Pago : Caja Menor
Validez de la oferta: 30 días a partir de la fecha, junio 18 2024

Cordialmente,

Vendedor Principal
Admin Ventas
POLIFARMA S.A.S. - POLIMEDIC´S FARMACEUTICA S.A.S.

367

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14966279766

(415)7707212489984(8020) 000001496627976 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 0 0 1 5 1 0 6 4 — 6. DV 0

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: POLIMEDIC´S FARMACEUTICA S A S

36. Nombre comercial

37. Sigla: POLIFARMA S.A.S.

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 77 28 B 33

42. Correo electrónico: polifarma_sa@yahoo.com

43. Código postal 1 1 1 2 2 1

44. Teléfono 1 3 1 0 2 3 4 0 0 3 5

45. Teléfono 2 6 0 1 3 1 1 2 6 6 8

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
4 6 4 5	1 9 9 4 0 1 0 3	4 6 5 9	2 0 1 2 0 9 0 3	8 6 9 9			1

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	5	7	8	9	1 0	1 4	4 8	5 2	5 5																	

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar 52 - Facturador electrónico

07- Retención en la fuente a título de rent 55 - Informante de Beneficiarios Finales

08- Retención timbre nacional

09- Retención en la fuente en el impuesto

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogena

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma 56. Tipo

Servicio 1 2 3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☒ — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2023 - 12 - 05 / 17 : 08: 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. Nombre BEDOYA SANCHEZ OSCAR HUMBERTO

985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 10-01-2024 09:47:45AM

Medicox Ltda.

MQ $ 982.800

368

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, JUNIO 17 DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	EDUARDT HANNS GONZALEZ ROA
ÁREA / DEPENDENCIA	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- GESTION DE ABASTECIMIENTO EN INSUMOS
CENTRO DE COSTO	1SCH99 589723003
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

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

3. JUSTIFICACION

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

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

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		NO

Vo.Bo. Funcionario Almacén

EDUARDT HANNS GONZALEZ ROA
Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

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

Hanns Gonz

389

COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000000/6946

PROVEEDOR:	MEDIGOX LTDA	NIT: 830142203		FECHA:	21/03/2024 03:12 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			ESTADO:	Confirmado
DIRECCION:	CL 63 N 19 - 36 OF 301			MONEDA:	Pesos
TELEFONO:				TASA CAM:	0,00
N° FACTURA:	FVE670744	% ICA: 4,1400	PLAZO: 0	FECHA FAC:	21/03/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
1112001055	CLOSEPENTONA GLUCONATO 4% JABON FRASCO 60 ML	FRASCO	100,00	$ 4.295,00	$ 429.500,00	0,00	0,00
1112001057	CLOPERNTONA GLUCONATO 4 % JABON FRASCO 120 ML	FRASCO	100,00	$ 5.325,00	$ 532.500,00	0,00	0,00

OTRALME

CAJA MENOR FISALUD CIUDAD SANTA CLARA SJ

SUBTOTAL:	$ 962.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IVA GRAVADO:	$ 0,00
FLETES:	$ 0,00
IMP NACIONAL:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 4.082,00
RETE FUENTE:	$ 24.340,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DOTRE:	$ 0,00
AJUSTE DED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 954.161,00

TOTAL COMPROBANTE:

NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y UN PESOS CON CERO CTVS MCDA.

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Elaboró | Revisó Almacen | Revisado Impuestos

6273

370

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	**6273**	**FECHA**	**27/06/2024**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO**		
VALOR:	**$1.023.400,00**		
LA SUMA DE:	**UN MILLÓN VEINTITRÉS MIL CUATROCIENTOS PESOS M.CTE.**		
CONCEPTO:	**FACTURA No. FVEC 70931 NIT 830.142523-0 MEDICOX LTDA NIT 830.142 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (FILTRO HUMIDIFICADOR ADULTO NARIZ DE CAMELLO), 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 EDUARD HANNS RODRÍGUEZ, GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO.** **R.FTE 2.5%.....$21.500,00** **R.ICA 4,14 POR MIL..... 3.560,00** **R.IVA 15%..... 24.510,00**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12415

FIJCO

391

Medicox® nos une la vida

LTDA.

01 FACTURA ELECTRONICA DE VENTA **FVEC70931**

IMPORTADORA Y COMERCIALIZADORA DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS
Actividad económica ICA 4645 Tarifa 4.14 x 1000
Autorización facturación No. 18764072581523
Vigencia 2024/06/07 Rango FVEC-70001 al FVEC-120000
Facturación Electrónica
Vence 2024/10/21

icontec ISO 9001 SC-CER164025

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: 2024/06/26 10:03:07

Se conviene el precio y la cosa vendida en Bogotá DC

Cufe: 020c51e17ee7fcd5a5a68be17cce19bcce244898c03c986135e4642b164ff9dca135ee5318c3b087ca7596679bbc453b

CLIENTE: SUBRED INTE. SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. NIT: 900959051 - 7
DIRECCION: DIAGONAL 34 N° 5 - 43 FECHA: 2024/06/26 ORDEN: 1
TELEFONO: 3444484 UNIDADES FACTURADAS: 200 VENDEDOR: BIBIANA VARGAS OSPINA
CIUDAD: BOGOTÁ - Bogotá D.C FORMA PAGO: CREDITO 90 DIAS FECHA VENCIMIENTO 2024/09/24

REFERENCIA	CANT	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	IVA	V/UNIT	VALOR TOTAL
352/5877 UB: P1 M3NA	200	UNIDAD*	FILTRO HUMID. NARIZ DE CAMELLO ADUL. CJX25 MEDTRONIC LOTE:23L0317FAX 2028/11/01 INVIMA: 2018DM-0018672 CUM: No aplica	19	$4,300.00	$860,000.00

Andrea
28-06-2024
5488244
Cancelado
en efectivo
$973.829

OBSERVACIONES: COMPRA POR CAJA MENOR - CLIENTE RECOGE JEFE CAMILO LEGUIZAMON

SON: NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS VEINTINUEVE PESOS 60 CTVS M/CTE.

Medicox nos une la vida

Fecha de admisión y sello:

Firma del vendedor

Nombre e identificación de quien recibe

SUBTOTAL:	$860,000.00
IVA:	$163,400.00
RETE IVA:	$24,510.00
RETE ICA:	$3,560.40
RETEFUENTE:	$21,500.00
VALOR NETO:	$973,829.60

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

372

Medicox® nos une la vida

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: 2024/06/26 10:03:07

01 FACTURA ELECTRONICA DE VENTA **FVEC70931**

LTDA. IMPORTADORA Y COMERCIALIZADORA DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS
Actividad económica ICA 4645 Tarifa 4.14 x 1000
Autorización facturación No. 18764072581523
Vigencia 2024/06/07 Rango FVEC-70001 al FVEC-120000
Facturación Electrónica
Vence 2024/10/21

Se conviene el precio y la cosa vendida en Bogotá DC

icontec ISO 9001 SC-CER164025

Cufe: 020c51e17ee7fcd5a5a68be17cce19bcce2448998c03c986135e4642b164ff9dca135ae5316c3b087ca7596679bbc453b

CLIENTE: SUBRED INTE. SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
DIRECCION: DIAGONAL 34 N° 5 - 43
TELEFONO: 3444484
CIUDAD: BOGOTÁ - Bogotá D.C

NIT: 900959051 - 7
UNIDADES FACTURADAS: 200
FORMA PAGO: CREDITO 90 DIAS
FECHA: 2024/06/26 ORDEN: 1
VENDEDOR: BIBIANA VARGAS OSPINA
FECHA VENCIMIENTO 2024/09/24

REFERENCIA	CANT	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	IVA	V/UNIT	VALOR TOTAL
352/5877 UB: P1 M3NA	200	UNIDAD*	FILTRO HUMID. NARIZ DE CAMELLO ADUL. CJX25 MEDTRONIC LOTE:23L0317FAX 2028/11/01 INVIMA: 2018DM-0018672 CUM: No aplica	19	$4,300.00	$860,000.00

Caja Menor Subred C.O
1SCH 99

Rfte 2.5% $ 21.500
RICA 4.14% 3.560
RIVA 15% 24.510
99.570

A pagar $ 973.830

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
26 JUN 2024
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO
Nalon

OBSERVACIONES COMPRA POR CAJA MENOR - CLIENTE RECOGE JEFE CAMILO LEGUIZAMON

SON: NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS VEINTINUEVE PESOS 60 CTVS M/CTE.

Medicox nos une la vida
Firma del vendedor

Fecha de admisión y sello 1030685132
Nombre e identificación de quien recibe

SUBTOTAL:	$860,000.00
IVA: 1023.400	$163,400.00
RETE IVA:	$24,510.00
RETE ICA:	$3,560.40
RETEFUENTE:	$21,500.00
VALOR NETO:	$973,829.60

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

Bogotá, 29 de junio de 2024

Señores.
SUBRED INTE. SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dpto. tesorería
DIAGONAL 34 N° 5 - 43

Asunto: **Autorización recoger Cheque o Efectivo**

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

Cordialmente,

Cristina Palencia

Cristina Palencia Padilla
Profesional Contable
Tel.3125495 Ext 112

375

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

Medicox® nos une la vida

icontec ISO 9001
SC-CER164025

NIT DEL CLIENTE: 900959051 -7 **COTIZACIÓN - N°: 066207**
CLIENTE: SUBRED INTE. SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
DIRECCION: DIAGONAL 34 N° 5 - 43
CIUDAD: BOGOTÁ - Bogotá D.C **FECHA:** 2024/06/25
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
352/5877	FILTRO HUMID. NARIZ DE CAMELLO ADUL. CJX25 MEDTRONIC **INVIMA:** 2018DM-0018672 **OBS:**	200	UNIDAD*		19	4,300.00	1,023,400.00

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
26 JUN 2024
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO
Marlon

OBSERVACIONES:

SUBTOTAL:	$ 860,000.00
DESCUENTO:	
IVA:	$ 163,400.00
RETEFUENTE:	$ 21,500
RETEICA:	$ 3,560
RETEIVA:	$ 24,510
TOTAL:	**$ 973,830**

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
nos une la vida

Nit. 830.142.523-0
Importadora y comercializadora de dispositivos médicos - quirúrgicos

CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, PENSIONES Y PARAFISCALES.

PERSONA JURIDICA

Yo, **JUAN MANUEL BARRETO JIMENEZ**, identificado con cedula de ciudadanía No. **19.365.577** de Bogotá, en mi condición de Revisor Fiscal de **MEDICOX LTDA**. Identificada con **Nit. 830.142.523-0**, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social, pensiones y parafiscales por concepto de nómina exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

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

Dada en Bogotá, el primer (1) día del mes de Junio de 2024.

JUAN MANUEL BARRETO JIMENEZ
C.C. 19.365.577 de Bogotá

Calle 66 No. 19-36 Oficina 301
PBX: 312 5495 / Tel: 312 5492 / Cel: 315 365 0955
info@medicox.com.co / cotizaciones@medicox.com.co
www.medicox.com.co

374

Producto

Código: 121QQ031551 Código Alterno: Código Agrupamiento: Descripción de Agrupar

Descripción Corta: NARIZ DE CAMELLO
Descripción Larga: NARIZ DE CAMELLO
Código CUM:
Clase: Producto
Tipo: Suministro/Reactivo
Tipo Distribución: Sin definir

Grupo: 121
MEDICO QUIRURGICOS
Subgrupo: QQ03
DISPOSITIVO MEDICOS
IVA: 4
IVA 19%

Indicaciones y Autorizaciones | Vías de Administración | Dispensació
General | Agrupamiento | Valores | Existencias

Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna

ALMACÉN	EXISTENCIA	LOTE
	> 0,00	
FARMACIA CENTRAL HOSPITAL LA VICTORIA	3,00	23G0220FAX
FARMACIA CENTRAL HOSPITAL SAN BLAS	4,00	23G0220FAX
FARMACIA CENTRAL HOSPITAL SANTA CLARA	3,00	23603301
FARMACIA CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY	5,00	20608402
FARMACIA CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY	1,00	2112
FARMACIA CIRUGIA HOSPITAL LA VICTORIA	3,00	20608402
FARMACIA CIRUGIA HOSPITAL LA VICTORIA	5,00	23603301
FARMACIA CIRUGIA HOSPITAL MATERNO INF...	7,00	23603301
FARMACIA HOSPITALARIA JORGE ELIECER GA...	10,00	23603301
	Existencia Total: 43,00	

Estamos atentos a su respuesta.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ

Eduardt Hanns González Roa
Cargo: Enfermero - Profesional Especializado
Gestión de Abastecimiento en Insumos.
Apoyo Subgerencia de Servicios de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 6013282828 Ext: 10152
Celular: 3202593512
@subredcentrooriente @subred_centrooriente
@SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co

378

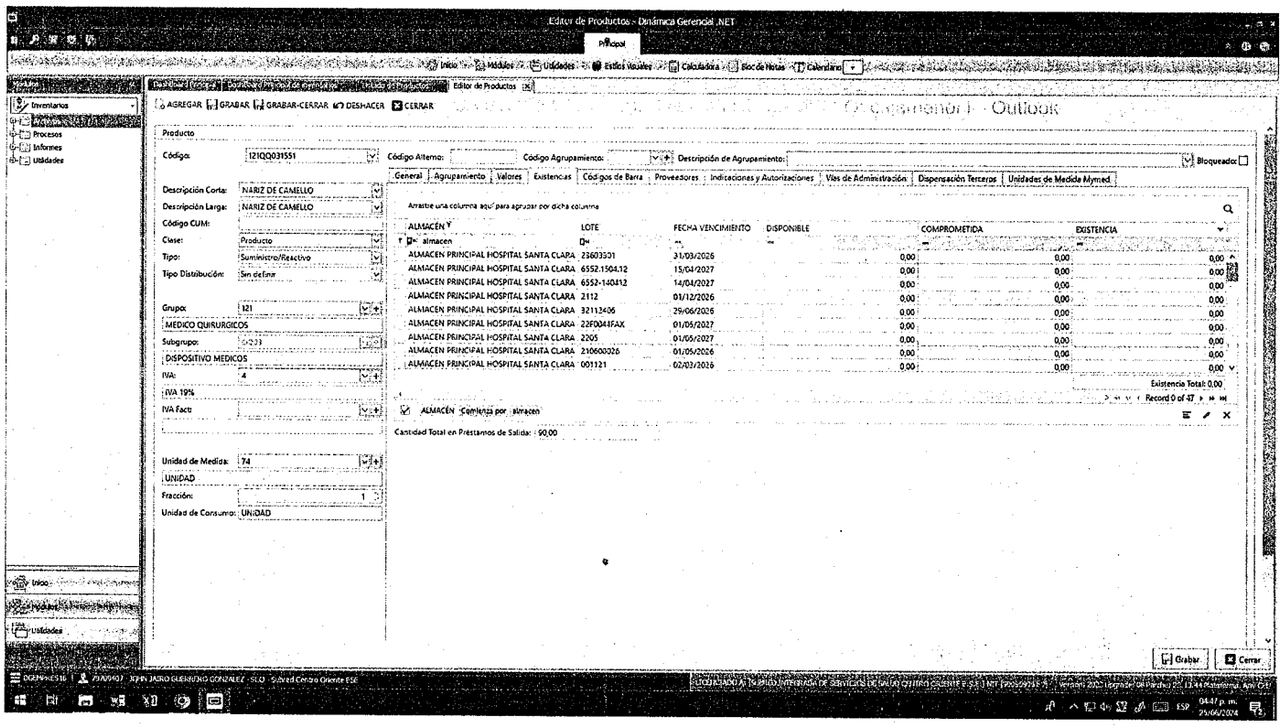
RE: CAJA MENOR 1 ITEMS NARZI DE CAMELLO

John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
Mar 25/06/2024 4:47 PM

Para:Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>;Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>;cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>
CC:Maryury Diaz Cespedes <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>;Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>; Yanith Piragauta Gutierrez <directorhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo

Me permito informar que revisado el modulo de inventarios con corte al día de hoy, frente al insumo 121QQ031551- NARIZ DE CAMELLO no se evidencia existencias de este medicamento en los almacenes de la Subred Centro Oriente.



Cordialmente

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

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

De: Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: martes, 25 de junio de 2024 4:29 p. m.
Para: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: Maryury Diaz Cespedes <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>; Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>; Yanith Piragauta Gutierrez <directorhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: RE: CAJA MENOR 1 ITEMS NARZI DE CAMELLO

Cordial saludo

El insumo 121QQ031551- Nombre/Descripción: NARIZ DE CAMELLO, no se encuentra contratado

399

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14971339561

(415)7707212489984(8020) 000001497133956 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 3 0 1 4 2 5 2 3
6. DV: 0
12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá
13. 2
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: MEDICOX LTDA
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 66 19 36 OF 301
42. Correo electrónico: administrativo@medicox.com.co
43. Código postal: 1 1 1 2 2 1
44. Teléfono 1: 6 0 1 3 1 2 5 4 9 5
45. Teléfono 2: 3 1 5 3 6 5 0 9 5 5

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
4 6 4 5	2 0 1 3 0 1 2 5	4 6 6 9	2 0 1 3 0 1 2 5	4 6 5 9			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 7 8 9 10 14 16 42 48 52 55

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

54. Código: 22 23

Exportadores

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: 2024 - 01 - 10 / 15 : 15: 54

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

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

984. Nombre: MORALES GONZALEZ NELLY
985. Cargo: Representante Legal Suplente Certificado

Fecha generación documento PDF: 10-01-2024 03:16:12PM

380

POLIFARMA S.A.S. - POLIMEDIC´S FARMACEUTICA S.A.S.
NIT : 800151064- 0
CL 77 28 B 33
3112668 - 3102340035

Bogota, 25 de junio 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 - 295

Es grato para nosotros poner a su consideración la siguiente propuesta

Código	Descripción	Unidad	Cantidad	MARCA	Valor Unitario	IVA	Valor Total
0010002000366	FILTRO NARIZ CAMELLO (ADULTO) UND	UN	200	LIFE CARE	5,250.00	19	1,050,000.00

Total Bruto	1,050,000.00
IVA	199,500.00
Total a Pagar	$1,249,500.00

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, junio 25 2024

Elaborado e Impreso por Siigo

Cordialmente,

Vendedor Principal
Admin. Ventas
POLIFARMA S.A.S. - POLIMEDIC´S FARMACEUTICA S.A.S.

381

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14966279766

(415)7707212489984(8020) 000001496627976 6

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

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

13. 3 2

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: POLIMEDIC´S FARMACEUTICA S A S

36. Nombre comercial

37. Sigla: POLIFARMA S.A.S.

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 77 28 B 33

42. Correo electrónico: polifarma_sa@yahoo.com

43. Código postal: 1 1 1 2 2 1

44. Teléfono 1: 3 1 0 2 3 4 0 0 3 5

45. Teléfono 2: 6 0 1 3 1 1 2 6 6 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		**Ocupación**	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 4 5	1 9 9 4 0 1 0 3	4 6 5 9	2 0 1 2 0 9 0 3	8 6 9 9			1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios 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 [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2023 - 12 - 05 / 17 : 08: 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. Nombre: BEDOYA SANCHEZ OSCAR HUMBERTO

985. Cargo: Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 07-03-2024 11:46:51AM

382

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, JUNIO 25 DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	EDUARDT HANNS GONZALEZ ROA
ÁREA / DEPENDENCIA	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- GESTION DE ABASTECIMIENTO EN INSUMOS
CENTRO DE COSTO	
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	121QQ031551	NARIZ DE CAMELLO	UNIDAD	200	NARIZ DE CAMELLO MEDIDA PARA ADULTO

3. JUSTIFICACION

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

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

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		NO

Vo.Bo. Funcionario Almacén

EDUARDT HANNS GONZALEZ ROA
Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo Ó Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

1. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL: **121QQ031551**, NOMBRE/ DESCRICIÓN: **NARIZ DE CAMELLO** , EL CUAL NO ESTA CONTRATADO EN LA INSTITUCIÓN Y ESTAMOS DESABASTECIDOS EN EL MOMENTO.

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

383

Fecha Actual : miércoles, 26 junio 202

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000077107

PROVEEDOR:	MEDICOX LTDA	**NIT:** 830142523		**FECHA:**	26/06/2024 12:17 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CL 66 N 19 - 36 OF 301			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:				**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FVEC70931	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	26/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
121QQ031551	NARIZ DE CAMELLO	UNIDAD	200,00	$ 4.300,00	$ 860.000,00	0,00	19,00

DETALLE

INGRESA POR CAJA MENOR SANTA CLARA LAR

SUBTOTAL:	$ 860.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 163.400,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 24.510,00
RETE ICA:	$ 3.560,00
RETE FUENTE:	$ 21.500,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 973.830,00

TOTAL COMPROBANTE:

NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró:

Revisó Almacen

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR
Revisado Impuestos:

370

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	6274	**FECHA**	28/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MANTENIMIENTO ESE		
VALOR:	$816.620,00		
LA SUMA DE:	OCHOCIENTOS DIECISÉIS MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURA No. FEFC-6570 FANNY CONSTANZA CARDENAS GARCÍA NIT 40.381.815-5 CAMBIO ACEITE, FILTROS, CORREA ALTERNADOR, AÍRE ACONDICIONADO Y CORREA HIDRAÚLICO, PARA LA AMBULANCIA MOVIL 6852 PLACA JQV-150 PERTENECIENTE A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO OROIENTE ESE, SOLICITADO POR DANIEL MURCIA, ATENCIÓN PREHOSPITALARIA. R.FTE 4%.....$28.880,00 R.ICA 9.66 POR MIL..... 6.975,00 R.IVA 15%..... 14.193,00		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

371

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Actividad Económica:

4520 - Mantenimiento y reparación de vehículos automotores (11.04/1000)

Razón Social: Fanny C. Cardenas García Solo Frenos la Sexta F.C.
Identificación: 40381815-5
Teléfono: 3138164311
Dirección: Diagonal 4 A No 18 B 16, Bogota, D.C., Bogota, Colombia.
Condición IVA: IVA
Responsabilidad fiscal: No Aplica - Otros

Número: FEFC-6570
Fecha: 27/06/2024 15:14
Fecha Vto.: 27/06/2024
Forma de pago: Crédito

Sr. (es): SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dirección: Carrera 14 B # 1-45 SUR, .
Municipio: Bogota, D.C., Bogota, Colombia.

NIT: 900959051-7
Tel: 3108829970
AMBULANCIA CHEVROLET NHR
PLACA: JQV-150

Muni. Dest.: Bogota, D.C.

Lin.	Cód.	Artículo	Observaciones	Cant.	Unidad	IVA%	Precio	% Dto.	Total
1		ACEITE MOTOR POR 1/4	REPUESTOS	8.00	Und	0%	28,000.00	0.00	224,000.00
2		FILTRO COMBUSTIBLE		1.00	Und	19%	50,000.00	0.00	50,000.00
3		FILTRO TRAMPA COMBUSTIBLE		1.00	Und	19%	50,000.00	0.00	50,000.00
4	REP-MO-'021-IVA19	FILTRO DE AIRE		1.00	Und	19%	68,000.00	0.00	68,000.00
5		FILTRO ACEITE MOTOR		1.00	Und	19%	60,000.00	0.00	60,000.00
6		CORREA ALTERNADOR		1.00	Und	19%	35,000.00	0.00	35,000.00
7		CORREA AIRE ACONDICIONADO		1.00	Und	19%	80,000.00	0.00	80,000.00
8		CORREA DEL HIDRAULICO		1.00	Und	19%	80,000.00	0.00	80,000.00
9		CAMBIO ACEITE Y FILTROS	MANO DE OBRA	1.00	Und	19%	15,000.00	0.00	15,000.00
10		CAMBIO CORREA ALTERNADOR , AIRE ACONDICIONADO Y CORREA HIDRAULICO		1.00	Und	19%	60,000.00	0.00	60,000.00

Total de líneas: 10

SOLO FRENOS
LA SEXTA F.C.

NIT: 40.381.815-5

393

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

PRESENTO COTIZACION REPARACION AMBULANCIA NHR JQV-150

SEÑORES. SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
NIT: 900.959.051-7	DIRECCION: Calle 9 No. 39 - 46			
NHR JQV-150	MOVIL 6852			
DESCRIPCION REPUESTO		CANTIDAD	VR UND	VR TOTAL
ACEITE MOTOR		8	$ 28.000	$ 224.000
FILTRO DE COMBUSTIBLE		1		$ 50.000
FILTRO TRAMPA COMBUSTIBLE		1		$ 50.000
FILTRO AIRE		1		$ 68.000
FILTRO ACEITE		1		$ 60.000
CORREA ALTERNADOR		1		$ 35.000
CORREA AIRE ACONDICIONADO		1		$ 80.000
CORREA DEL HIDRAULICO		1		$ 80.000
MANO DE OBRA				
CAMBIO ACEITE Y FILTROS		1		$ 15.000
CAMBIO CORREA ALTERNADOR , AIRE AONDICIONADO Y CORREA HIDRAULICO		3	$ 20.000	$ 60.000
			SUB-TOTAL	$ 722.000
			exento	$ 224.000
			IVA 19 %	$ 94.620
			TOTAL	$ 816.620

Cordialmente,

FANNY CARDENAS GARCIA
C.C. 40.381.815 de Villavicencio
Solo frenos la Sexta F.C.

CRA 19 N # 5B 09 Br. EL PROGRESO TELS 313 8164311 - 310 5845538 Bogotá D.C.
E-mail: solofrenoslasexta@gmail.com

379

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141039297856

(415)7707212489984(8020) 000014103929785 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 3 8 1 8 1 5	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 0 3 8 1 8 1 5	1 9 8 5 1 2 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CARDENAS	GARCIA	FANNY	CONSTANZA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
SOLO FRENOS LA SEXTA F.C.	

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 19 5 B 09

42. Correo electrónico: solofrenoslasexta@gmail.com

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

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
4 5 3 0	1 9 9 7 0 3 1 2	4 5 2 0	1 9 9 7 0 3 1 2	4 7 3 2		1 3 1 4	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 2 2 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Usuarios 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 2024 - 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. Nombre CARDENAS GARCIA FANNY CONSTANZA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 09-05-2024 08:51:11AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Página 2 de 4 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141039297856

(415)7707212489984(8020) 000014103929785 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 3 8 1 8 1 5	5	Impuestos de Bogotá	

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 0 2 0 8 0 2	
77. No. Matrícula mercantil	0 1 2 0 2 3 5 3	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	4	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

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	8 0	2 0 1 4 1 2 3 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 generación documento PDF: 09-05-2024 08:51:11AM

376

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Página 3 de 4 **Hoja 5**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141039297856

(415)7707212489984(8020) 000014103929785 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 3 8 1 8 1 5	5	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

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	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía	1 3 5 2 8 2 3 7 4 2		2 0 1 0 5 3 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
MARROQUIN	MORA	MONICA	

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

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 1 0 9 1 4

Fecha generación documento PDF: 09-05-2024 08:51:11AM

377

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 4 de 4 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141039297856

(415)7707212489984(8020) 000014103929785 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
4 0 3 8 1 8 1 5	5	3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio de partes, piezas (autopartes) y accesorios (lujos) para vehículo 4 5 3 0

162. Nombre del establecimiento
SOLO FRENOS LA SEXTA F.C.

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

165. Dirección
AV 6 ANTIGUA 15 A 44

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 2 0 2 3 5 6	2 0 0 2 0 8 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 3 3 3 0 2 4	

2

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**

3

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: 09-05-2024 08:51:11AM

378

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 - 27 DE JUNIO DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	DANIEL MURCIA CRUZ
ÁREA / DEPENDENCIA	APH
CENTRO DE COSTO	9CVG29 238602005
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SAN BLAS

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

REALIZAR SUMINISTRO DE CAMBIO DE ACEITE, CAMBIO DE FILTRO DE COMBUSTIBLE, FILTRO DE TRAMPA COMBUSTIBLE, FILTRO DE AIRE, FILTRO DE ACEITE, CAMBIO DE CORREAS DE ALTERNADOR, AIRE ACONDICIONADO E HIDRAULICO.

3. JUSTIFICACIÓN

SE REQUIERE REALIZAR SUMINISTRO DE CAMBIO DE ACEITE, CAMBIO DE FILTRO DE COMBUSTIBLE, FILTRO DE TRAMPA COMBUSTIBLE, FILTRO DE AIRE, FILTRO DE ACEITE, CAMBIO DE CORREAS DE ALTERNADOR, AIRE ACONDICIONADO E HIDRAULICO A LA MOVIL **6852** CON PLACAS **JQV 150.** 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
		X

N/A

Vo.Bo. Funcionario Almacén

DANIEL MURCIA CRUZ

Vo.Bo. Director Administrativo Ó Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

EL SERVICIO SOLICITADO SE ENCUENTRA CONTEMPLADO 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.

JUAN CARLOS PERILLA MONROY
PROFESIONAL UNIVERSIATRIO

379

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

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°	**6275**	**FECHA**	**28/06/2024**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**MANTENIMIENTO ESE**		
VALOR:	**$302.500,00**		
LA SUMA DE:	**TRESCIENTOS DOS MIL QUINIENTOS PESOS M.CTE.**		
CONCEPTO:	**FACTURA No. FE-59228 COMERCIALIZADORA AIR FRIC SAS NIT 901.243.245-9 REFRIGERANTE R22X800GR AF CX 12 Y GUSANILLO DE 1/4 NECESARIO PARA EL AÍRE ACONDICIONADO DE TOMOGRAFÍA EN EL HOSPITAL SAN BLAS, AUTORIZADO POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA.**		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12900

380

ALMACEN AIR FRIC
Un Mundo en Refrigeración

COMERCIALIZADORA AIR FRIC SAS

Nit 901243245 9

Agentes Responsables de Iva
No somos Grandes Contribuyentes
Actividad CIIU 4759
Tarifa ICA11,04xMil

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764060236395 que habilita desde FE 50001 hasta FE 100000. Vence 2024-11-20

CLIENTE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CEN	VENDEDOR	ANDRES FELIPE MART	FECHA FAC	28-jun-24
NIT	900959051 7	TELÉFONO	3023290575	FECHA VEN	28-jun-24
DIRECCIÓN	DG 34 5 43	CIUDAD	Bogota D.C.	FORMA PAGO	Contado
CORREO	subcentrooriente@saludcapital.gov.co				

Factura Electrónica de Venta No
FE - 59228

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	R00-361	REFRIGERANTE R22X800GR AF C X12 GENERICO	3	Und.	84.034	19%	15.966	252.101
2	G00-002	GUSANILLO DE 1/4	1	Und.	2.101	19%	399	2.101

OBSERVACIONES:

Valor en Letras
TRESCIENTOS DOS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	254.202
IVA	48.298
TOTAL DE LA OPERACIÓN	302.500
RETEFUENTE	0
RETEIVA	0
RETEICA	0
TOTAL MENOS RETENCION	302.500

CONSIGNAR EN DAVIVIENDA CTA CTE 006869993961 O EN BANCOLOMBIA CTA AHO 05300024183 A NOMBRE DE COMERCIALIZADORA AIR FRIC SAS

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica
Fecha y Hora de Generación: 28/06/2024 10:27:25
Medios de Pago: Efectivo

Total líneas o ítems: 2
TOTAL CANTIDADES 4

RECIBI REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS DESCRITAS EN LA PRESENTE FACTURA DE VENTA, QUE SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS LEGALES AL TITULO VALOR ART 774 DEL CODIGO DE COMERCIO Y PAGARE A LA ORDEN DE COMERCIALIZADORA AIR FRIC LOS ARTICULOS ELECTRICOS NO TIENEN CAMBIO O DEVOLUCION. LOS EQUIPOS Y ACCESORIOS ELECTRICOS QUEDAN EXCLUIDOS DE GARANTIA. GARANTIA SOLO APLICA POR DAÑOS O PROBLEMAS DE FABRICACION Y QUEDA EXCLUIDO CUANDO SE OMITA A TIERRA Y PROTECTORES DE VOLTAJE INVERTER O STANDARD SEGÚN SEA EL EQUIPO.

Firma de Recibido:_____

En caso de reclamaciones relacionadas con cuentas por cobrar o pagar, por favor informela via correo electrónico a: airfriccontabilidad@hotmail.com

Calle 19 No. 15 - 12 Teléfono 3340957 - 3133677239
EMAIL: airfric@hotmail.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 168c1bd021b7eb38fb2f8c0a8a986c859b10919acb5d8338872126c0b1331f2cf2cf9f0f95e754485af6bb8c17096c68 --Fecha y Hora de Expedición : 28/06/2024 10:32:32 a. m.

AIR FRIO

Un Mundo en Refrigeración

Agentes Responsables de Iva
No somos Grandes Contribuyentes
Actividad CIIU 4290
Tarifa ICA11.04xMil

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764000236395 que habilita desde FE 50001 hasta FE 100000, Vence 2024-11-20

381

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CEN
NIT: [illegible]
DIRECCION: [illegible]
CORREO: [illegible]@subredcentral.gov.co

VENDEDOR: ANDRES FELIPE MART
TELEFONO: 1023[illegible]
CIUDAD: Bogotá D.C.

FECHA FAC: 28-jun-24
FECHA VEN: 28-jun-24
FORMA PAGO: Contado

Factura Electrónica de Venta No
FE - 59228

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	R00-361	REFRIGERANTE R22X800GR AF C X12 GENERICO	3	Und.	84.034	19%	15.966	252.101
2	G00-002	GUSANILLO DE 1/4	1	Und.	2.101	19%	399	2.101

3822105
7388702005

Secretaría Distrital de Salud
28 JUN 2024

OBSERVACIONES:

Valor en Letras
TRESCIENTOS DOS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

CONSIGNAR EN DAVIVIENDA CTA CTE 008869993961 O EN BANCOLOMBIA CTA AHO 07300024153 A NOMBRE DE COMERCIALIZADORA AIR FRIO SAS

SUBTOTAL	254.202
IVA	48.298
TOTAL DE LA OPERACION	302.500
RETEFUENTE	0
RETEIVA	0
RETEICA	0
TOTAL MENOS RETENCION	302.500
Total lineas o items: 2	
TOTAL CANTIDADES	4

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica
Fecha y Hora de Generación: 28/06/2024 10:27:25
Medios de Pago: Efectivo

RECIBI REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS DESCRITAS EN LA PRESENTE FACTURA DE VENTA, QUE SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS LEGALES AL TITULO VALOR ART 774 DEL CODIGO DE COMERCIO Y PAGARE A LA ORDEN DE COMERCIALIZADORA AIR FRIO. LOS ARTICULOS ELECTRICOS NO TIENEN CAMBIO O DEVOLUCION, LOS EQUIPOS Y ACCESORIOS ELECTRICOS QUEDAN EXCLUIDOS DE GARANTIA. GARANTIA SOLO APLICA POR DAÑOS O PROBLEMAS DE FABRICACION Y QUEDA EXCLUIDO CUANDO SE OMITA A TIERRA Y PROTECTORES DE VOLTAJE INVERTER O STANDARD SEGUN SEA EL EQUIPO.

Firma de Recibido: _____

En caso de reclamaciones relacionadas con cuentas por cobrar o pagar, por favor informarlo vía correo electrónico a: airficontabilidad@hotmail.com

Calle 19 No. 15 - 12 Telefono 3540957 - 3133677239
EMAIL: airfric@hotmail.com

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14898583391

(415)7707212489984(8020) 000001489858339 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 9 0 1 2 4 3 2 4 5 | 6. DV: 9

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: COMERCIALIZADORA AIR FRIC S.A.S

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 19 15 12 BARRIO LOS MARTIRES

42. Correo electrónico: airfric@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 1 1 2 6 4 3 6 4 8

45. Teléfono 2

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
4 7 5 9	2 0 1 8 1 2 2 2					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 7 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

07- Retención en la fuente a título de rent

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

55 - Informante de Beneficiarios Finales

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 [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2023 - 02 - 24 / 10 : 04: 39

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: PRIETO GUERRA ARMANDO

985. Cargo: Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 24-02-2023 10:04:50AM

383

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14898583391

(415)7707212489984(8020) 000001489858339 1

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 8 1 2 2 1	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 8 1 2 2 6	
77. No. Matrícula mercantil	3 0 4 6 8 7 4	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	4	
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 8 1 2 2 1	
81. Hasta	2 9 9 9 1 2 2 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control
Superintendencia de Sociedades 5

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 2 0 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

Fecha generación documento PDF: 24-02-2023 10:04:50AM

384

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14898583391

(415)7707212489984(8020) 000001489858339 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	13.	14. Buzón electrónico
9 0 1 2 4 3 2 4 5	9	Impuestos de Bogotá	3 2	

Representación

1	98. Representación: REPRS LEGAL PRIN 1 8		99. Fecha inicio ejercicio representación: 2 0 1 8 1 2 2 1		
	100. Tipo de documento: Cédula de Ciudadaní 1 3	101. Número de identificación: 1 1 3 1 3 7 1 4		102. DV	103. Número de tarjeta profesional
	104. Primer apellido: PRIETO	105. Segundo apellido: GUERRA	106. Primer nombre: ARMANDO		107. Otros nombres
	108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal		
2	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		
3	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		
4	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		
5	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		

385

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14898583391

(415)7707212489984(8020) 000001489858339 1

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

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 7 1 8 7 3 6		1 6 2 7 7 4

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
FLOREZ	MANRIQUE	LUCY	

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

135. Fecha de nombramiento
2 0 1 1 1 0 2 7

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

386

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14898583391

(415)7707212489984(8020) 000001489858339 1

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

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

1

160. Tipo de establecimiento: Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica: Comercio al por menor de otros artículos domésticos en establecimientos e 4 7 5 9
162. Nombre del establecimiento: COMERCIALIZADORA AIR FRIC S.A.S	
163. Departamento: Bogotá D.C. 1 1	164. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1
165. Dirección: CL 19 15 12	
166. Número de matrícula mercantil: 3 0 4 6 8 7 5	167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 1 8 1 2 2 6
168. Teléfono: 3 1 1 2 6 4 3 6 4 8	169. Fecha de cierre

2

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

3

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

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, 28/06/2024 DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	CARLOS GÓMEZ
ÁREA / DEPENDENCIA	GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CENTRO DE COSTO	
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	HOSPITAL SAN BLAS

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

TRES TARROS DE 800 GRAMOS DE GAS REFRIGERANTE R22 Y UNA TIRA DE SOLDADURA.

3. JUSTIFICACIÓN

NECESARIOS DE MARENA URGENTE PARA MANTENIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL AÍRE ACONDICIONADO DEL TAC DEL HOSPITAL SAN BLAS

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		X

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo Ó Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

ACTUALMENTE NO CONTAMOS CON CONTRATO PARA EL SUMINISTRO DE ESTE INSUMO EN LA SUPERVISION REALIZADA POR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA.

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

Fecha Actual : viernes, 28 junio 2024

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000077268

PROVEEDOR:	COMERCIALIZADORA AIR FRIC SAS	**NIT:** 901243245		**FECHA:**	28/06/2024 12:15 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CL 19 N 15 - 12 BRR LOS MARTIRES			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3112643648			**TASA CAM:**	0.00
Nº FACTURA:	FE59228	**% ICA:** 0,0000	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	28/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
152RM014641	REFRIGERANTE R - 22	UNIDAD	3,00	$ 84.034,00	$ 252.102,00	0,00	19,00
152RM015001	GUSANILLOS (VALVULA)	UNIDAD	1,00	$ 2.101,00	$ 2.101,00	0,00	19,00

DETALLE

INGRESA POR CAJA MENOR A SAN BLAS

SUBTOTAL:	$ 254.203,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 48.298,00
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:	-$ 1,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 302.500,00

TOTAL COMPROBANTE:

TRESCIENTOS DOS MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró: | Reviso Almacen | Adriana M. Lugo CUENTAS POR PAGAR Revisado Impuestos:

625

387

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 Nº	825	FECHA:	06/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	GASTOS EFECTIVO		
BANCO:	DAVIVIENDA		
VALOR:	5.000.000		
PAGADO CHEQUE Nº	92959-1		
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

388

DAVIVIENDA

CHEQUERA 930069596764

Cheque No. 92959-1 51

DOSNUEVECINCONUEVEUNO

AÑO 2024 MES 04 DÍA 26

$ 5'000'000

Páguese a la orden de: Blanca Paulina Suárez Rosas

La suma de: Cinco Millones de Pesos M/N

pesos M/L

dispapeles

92959-1 - 2023/04/26

10-2021 pagado el impuesto de timbre

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza donde DAVIVIENDA tenga oficina.

92959-1

Firma(s) Autorizada(s)

Banco Davivienda S.A.

⑥⑪ ⑆0000⑈0051⑆930069596764⑈92959⑆1

Gastos en efectivo

Cheque No. 92959-1

DOSNUEVECINCONUEVEUNO

COMPROBANTE

ELABORADO POR	REVISADO POR	AUTORIZADO POR	RECIBE
			C.C. O NIT.

389

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°	826	FECHA	14/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	GASTOS EFECTIVO		
BANCO:	DAVIVIENDA		
VALOR:	5.000.000		
PAGADO CHEQUE N°	92960-9		

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

390

DAVIVIENDA

CHEQUERA 930068598764

Cheque No. **92960-9** 51

DOSNUEVESEISCERONUEVE

AÑO	MES	DÍA
2023	04	26

$ [illegible]

Páguese a la orden de: Sloma Paulina Suarez Rosas

La suma de: Cinco Millones de Pesos M/L

pesos M/L

dispapeles

92960-9 - 2023/04/26

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza donde DAVIVIENDA tenga oficina.

92960-9 Firma(s) Autorizada(s)

10-2021 pagado el impuesto de timbre

⑥ ⑤ 0000 0051 930068598764 929609

Cheque No. **92960-9**

DOSNUEVESEISCERONUEVE

COMPROBANTE

ELABORADO POR	REVISADO POR	AUTORIZADO POR	RECIBE
			C.C. O NIT.

391

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 Nº	827	FECHA	21/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO		
BANCO:	DAVIVIENDA		
VALOR:	2.400.000		
PAGADO CHEQUE Nº	92961-2		
LA SUMA DE:	DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M.CTE.		
CONCEPTO:	FACTURAS No. FE6659 EMERGENCIAS CLÍNICAS SAS NIT 800.105.155-7 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (CATÉTER HEMODIÁLISIS TEMP 2 LUMEN 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 ANÍS CRISTINA GONZÁLEZ ROMERO, SERVICIOS COMPLEMENTARIOS/UNIDAD RENAL. R.FTE. 2.5%.....$60.000 R.ICA 4.14 POR MIL..... 9,936		

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12216

392

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

Emerclínicas
EFICIENCIA Y CALIDAD EN ESTERILIZACION

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	maryoliruiz@hotmail.com	**Remisión**	6.903
Order Reference Prefijo		**Numero**	

FACTURA ELECTRONICA DE VE

FE 6659

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-06-13	11:07:32
Expedición	2024-06-13	11:08:06
Vencimiento	2024-09-13	

Descripción	UN	Cantida	% IVA	INVIMA	MARCA	CUM	Valor Unitario	Valor Total
CATETER HEMODIAL TEMP 2LUMEN 14 FR X 20 CM UND	UN	6.00	0,00	2023DM-0026943	EASYCATH	NA	400,000.00	2,400,000.00
T231125 KIT CATETER HEMODIAL TEMP 2LUMEN 14 FR X	F.V : 2026-11-24			6.00				

Total Bruto	2,400,000.00
RTE-FTE 2.5%	60,000.00
Retenc. ICA	9,936.00
Total a Pagar	**$ 2.330.064,00**

CONDICION DE PAGO

Credito Clientes Efectivo 2.330.064,00 Cuota 1 Vence el 2024-09-13

VALOR EN LETRAS

Dos Millones Trescientos Treinta Mil Sesenta Y Cuatro Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Rfte 2.5% 60.000=
R.ICA 4,14% 9.936=
69.936=

A pagar 2.330.064

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E.
Subred Integrada de Servicios de Salud
13 JUN 2024
Dirección General de Gestión
IR BECERRA

Firma Elaborado por : MAGALLI GOMEZ

Firma Recibido

EMERCLINICAS S.A.S
NIT 800.105.155-7

Recibido 28/06/2024
Ch. # 22961-2. $2.330.064

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.** 18764072573937 **aprobado en** 2024-06-07 **vigente** 12 Meses, **prefijo** FE **desde el número** 6659 **al** 10000

CUFE :6148e5f9b5574072a9da6813a56202bfcd86beb726434e5d4aa62cc469ad3f91c75ca4eb01d55250e9e515fa6dd5b788

ORIGINAL

393

DAVIVIENDA

CHEQUERA 930068596764

Cheque No. **92961-2** 51

DOSNUEVESEISUNODOS

AÑO	MES	DÍA

$

Páguese a la orden de:

La suma de:

pesos M/L

92961-2 - 2023/04/26

dispapeles

10-2021 pagado el impuesto de timbre

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza donde DAVIVIENDA tenga oficina.

92961-2

Firma(s) Autorizada(s)

⑆0000⑈0051⑆930068596764⑈92961 2

Cheque No. **92961-2**

DOSNUEVESEISUNODOS

COMPROBANTE

EMERCLINICAS S.A.S
NIT 800.105.155-7

ELABORADO POR	REVISADO POR	AUTORIZADO POR	RECIBE
			C.C. O NIT. 1034307358

Emergencias Clínicas S.A.S.
Servicio de esterilización alta y baja temperatura
Hemodiálisis - Productos Médicos

Emerclínicas

Bogotá D.C., 27 de junio de 2024

EMERGENCIAS CLÍNICAS S.A.S – EMERCLÍNICAS S.A.S
NIT. 800.105.155-7

Autorización:

Luis Gabriel Gomez identificado con C.C **86.048.505** de Villavicencio actuando en representación legal de **Emergencias Clinicas S.A.S**, autoriza a la señora **Zulmig Garcia** identificada con cédula de ciudadanía no **1.034.307.353** de Bogotá, para retirar cheque a nombre de nuestra compañía.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

LUIS GABRIEL GÓMEZ REINA
Representante Legal

Carrera 103B No. 23G-45 • Teléfonos: 415 3037 - 300 3986 Cel: 3144319671 • E-mail: emerclinicassas@gmail.com
www.emerclinicas.com • Bogotá, D.C. • Colombia

395

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.034.307.353**

GARCIA GALAVIS
APELLIDOS

ZULMIG CAROLINA
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-NOV-1983**
TACHIRA-SAN CRISTOBAL
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

22-DIC-2015 LA CALERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1513900-00841660-F-1034307353-20160728 **0050**532632G 1 45896088

596

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIA Y/O CONTRATO

John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
Mar 04/06/2024 9:08
Para:Unidad Renal <unidadrenal@subredcentrooriente.gov.co>;Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@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>

Cordial saludo

Me permito informar que una vez visado el módulo de inventarios con corte al día de hoy 04 de junio de 2024, no se registra el insumo con la descripción Catéter Hemodiálisis TEMP 2LUMEN 14 FR X 20 CM, por lo anterior no se cuenta con existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente.

Cordialmente.

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

De: Unidad Renal <unidadrenal@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: martes, 4 de junio de 2024 8:37 a. 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 Hemodiálisis TEMP 2LUMEN 14 FR X 20 CM	UNIDAD	6	400.000	2.400.000
TOTAL					2.400.000

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

de los siguientes dispositivos pendiente en la modalidad de trámite por caja menor:

398

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: 3 2

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: EMERGENCIAS CLINICAS SAS

36. Nombre comercial: EMERGENCIAS CLINICAS SAS

37. Sigla: EMERCLINICAS S A S

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 103 B 23 G 45

42. Correo electrónico: emerclinicassas@gmail.com

43. Código postal: 1 1 0 9 1 1

44. Teléfono 1: 4 1 5 3 0 3 7

45. Teléfono 2: 3 2 1 2 0 3 9 7 1 1

CLASIFICACIÓN

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 4 5	1 9 9 0 0 8 2 8	3 2 5 0	2 0 1 6 0 3 3 0	8 6 9 9	3 3 1 2		1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 7 9 1 0 1 4 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario
55 - Informante de Beneficiarios Finales
07- Retención en la fuente a título de renta
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Usuarios 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: Sí ☐ No X — 60. No. de Folios: 0 — 61. 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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 07-03-2024 11:53:55AM

Emerclínicas

COTIZACION			N° 201500344			
			FECHA		4/06/2024	
DIRIGIDO A	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	VALIDEZ	60 DIAS			
CIUDAD	BOGOTA	ENTREGA	A CONVENIR			
		OBJETO	COTIZACION			

ITEMS	PRODUCTO	CANT	PRESENTACION	Valor Unitario	IVA 19%	Valor total
1	CATETER TEMP PRECURVADO D/LUMEN ADUL 14FR-20CM INS	6	UNIDAD	$ 400.000		$ 2.400.000
TOTAL						$ 2.400.000

OBSERVACIONES:

NIT 800.105.155-7
Carrera 103 B N° 23 G-45 – Teléfonos: 3003986 – 4153037 – E-mail:emerclinicassas@gmail.com www.emerclinicas.com Bogotá, D.C Colombia

Emergencias Clinicas 400

MMQ $ 2'400.000=

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

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	Bogotá, 04 de junio de 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	Diana Johana Sierra P.
ÁREA / DEPENDENCIA	Unidad Renal.
CENTRO DE COSTO	1SCT03 735201707
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	Santa clara.

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

6. Catéter hemodialisis 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

Diana Johana Sierra P.
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.

401

Fecha Actual : miércoles, 19 junio 202

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000076888

PROVEEDOR:	EMERGENCIAS CLINICAS SAS	**NIT:** 800105155		**FECHA:**	19/06/2024 11:28 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 103 B N 23 G - 45			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	6014153037			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE6659	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	13/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
121QQ035732	CATETER DOBLE LUMEN HEMODIALISIS 14 FR X 20 CM (UR)	UNIDAD	6,00	$400.000,00	$2.400.000,00	0,00	0,00

DETALLE

FACTURA FE-6659 CAJA MENOR SANTA CLARA UNIDAD RENAL DIGITA MARLON

SUBTOTAL:	$2.400.000,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$9.936,00
RETE FUENTE:	$60.000,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$2.330.064,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL SESENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró: | Revisó Almacen | Fáriana M. Lugo CUENTAS POR PAGAR Revisado Impuestos:

402

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

I. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº	828	FECHA	21/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MEDICAMENTOS		
BANCO:	DAVIVIENDA		
VALOR:	1.852.594		
PAGADO CHEQUE Nº	92962-6		

LA SUMA DE:	UN MILLÓN OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M.CTE.
CONCEPTO:	FACTURA No. FEBT 125333 DISITRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGIAS SAS NIT 828.002.423-5 MEDICAMENTOS (FIBRINOGENOPOLVO LIOFILIZADO + SOLVENTES (SELLANTES DE FIBRINA) 4 ML (TISSEEL KIT 4 VIALES), NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON CIRUGÍA DE NEUROLOGÍA, MEDICAMENTO CRÍTICO Y VITAL, SOLICITADO POR ALEXIS ORJUELA ANGULO, SERVICIOS FARMACÉUTICO HOSPITAL SANTA CLARA, R.FTE. 2.5%.....$46.315 R.ICA 4.14 POR MIL..... 7.,670

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

403

DAVIVIENDA

CHEQUERA 930068598764

Cheque No. 92962-6 51

DOSNUEVESEISDOSSEIS

AÑO	MES	DÍA

$

Páguese a la orden de:

La suma de:

pesos M/L

dispapeles

92962-6 - 2028/04/26

10-2021 pagado el impuesto de timbre

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza donde DAVIVIENDA tenga oficina.

92962-6

Firma(s) Autorizada(s)

⑆ 0000 0051 930068598764 9 29626

Cheque No. 92962-6

DOSNUEVESEISDOSSEIS

COMPROBANTE

DISCOLMEDICA S.A.S.
NIT: 828.002.423-5
CL -BTA 1

ELABORADO POR	REVISADO POR	AUTORIZADO POR	RECIBE

Recibido por:

C.C. O NIT. 1018 5118

Fisico 404

DISCOLMETS
CALIDAD Y SERVICIO PENSANDO EN SU SALUD
NIT: 828.002.423-5

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

icontec ISO 9001 CO-SC-6897-1

IQNet

CREDITO
FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No.
FEBT125333
F.EXP: 18-06-2024

Somos Responsables de Iva - NO somos Agentes Retenedores de IV 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:** DISTRITO CAPITAL - BOGOTA
Teléfono: - - 0 **Forma Pago:** CREDITO **Dias:** 90 **Medio Pago:** Inst. No Determinado
Favor cancelar antes de: 16-09-2024

CUFE: ce3d7cad2461d3fe3756763e4d47ac4d259fc7d164fb0cfe0f29078b48a94724a76c80033358671023d6a45a0ab51542

PRODUCTO Ref.	Descripción	Labo.	Lote.	Venc.	Cant.	Iva	Pr. Bruto	%Dct	Total
INS	FIBRINOGENO+APROTININA+TROMBINA+CLORURO DE CALCIO KIT4ML R.S INVIMA:2009M-0010258 CUM:20002144-5 ATC:B02BC30 REG: Circular 13 de 2022	BAXTER	D8A196AD	30/11/2025	2	0	926.297,00	.0	1.852.594,00

RFte 2.5% 46.315
R.ICA 4 M% 7.670
$53.985

A pagar $1'798.609

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
10 JUN 2024

DISCOLMEDICA S.A.S.
NIT: 828.002.423-5
CL -BTA 1
Recibido por:
10-185-118.

CHEQUE # 92962-6 $1.798.609

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

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

Codigo: 22 Vendedor: DIANA CLEMENCIA ARISTIZABAL GONZALEZ

SUBTOTAL	1.852.594
Descuento	0
Iva	0
Total Factura	**1.852.594**
ReteIva	0
ReteFte	46.315
ReteIca	0

Mercancía Excluida: 1.852.594	BASE IVA 0	**TOTAL NETO**	1.806.279

Son: UN MILLON OCHOCIENTOS SEIS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

SOLO ACEPTAMOS RECLAMOS HASTA TRES DIAS DESPUES DE RECIBIDA LA MERCANCIA. FAVOR GIRAR CON CHEQUE CRUZADO A NOMBRE DE DISCOLMEDICA SAS EXIJA RECIBO DE CAJA. ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS LEGALES A UN TITULO VALOR NEGOCIABLE DE ACUERDO A LA LEY 1231 DE JULIO 17 2008 - ARTICULO 772 A 774 Y 777 Y 779 DEL CODIGO DE COMERCIO. NOS RESERVAMOS LA PROPIEDAD DE LA MERCANCIA MIENTRAS NO SEA CANCELADA TOTALMENTE. EL NO PAGO DE ESTA FACTURA AUTORIZA A DISCOLMEDICA SAS A LLEVAR LA INFORMACIÓN A LAS CENTRALES DE RIESGO.

BANCOLOMBIA	cta cte	45431348898
AV VILLAS	cta cte	411170962
AGRARIO	cta cte	339050002304
BBVA	cta cte	483009478
DAVIVIENDA	cta cte	077769999861
POPULAR	cta cte	110390134195
OCCIDENTE	cta cte	383003126

Fecha y Hora Elaboracion; 18/06/2024 13:21
Fecha y Hora Expedición: 18/06/2024 13:42

RECIBI CONFORME
Nombre:
Identificación:
Cargo:
Fecha de Recibido:

Elaboró:	Revisó:	Dcto PP:
JESSICA LORENA AVILA RIVERA	JESSICA LORENA AVILA RIVERA	0.00

DISCOLMETS
CALIDAD + SERVICIO PENSANDO EN TU SALUD

icontec ISO 9001 CO-SC-6397-1

IQNet

Neiva, 28 de junio 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

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 DISCOLMETS S.A.S autorizo a la señora **JAIRO IVAN RAMIREZ** identificado con la cédula de ciudadanía No **10.185.118**, para reclamar pagos a nombre de DISCOLMETS S.A.S.

Agradezco su atención.

Atentamente,

ADDY FERNANDO CORTES CUBILLOS

406

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.185.118

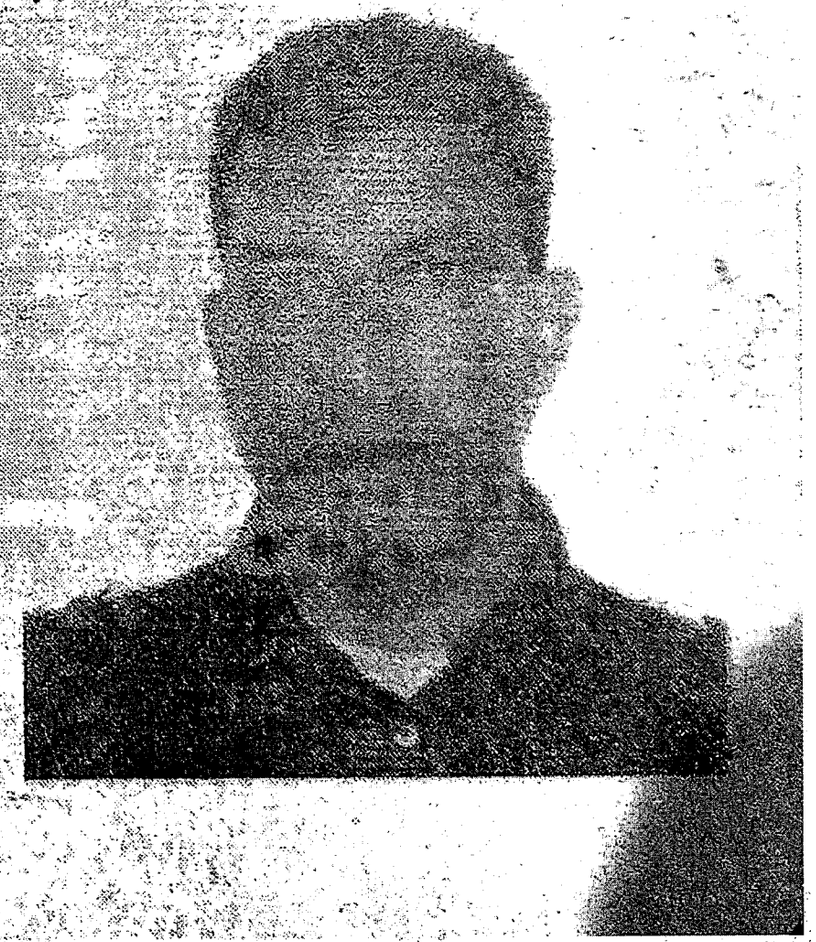
RAMIREZ MEJIA

APELLIDOS

JAIRO IVAN

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-MAY-1977**

LA DORADA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	B+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-ABR-1996 LA DORADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00179847-M-0010185118-20090919 0016294039A 2 1200107528

DISCOLMETS
CALIDAD Y SERVICIO PENSANDO EN SU SALUD

icontec ISO 9001 CO-SC-6897-1

IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

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 Y TECNOLOGIAS EN SALUD S.A.S. - DISCOLMETS 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 Articulo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Y en conformidad Articulo 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 primero (01) día del mes de junio de 2024.

FIRMA REVISOR FISCAL
ROBERTO GONZALEZ RINCON

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
villavivencio@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. 313 347 4409
pereira@discolmedica.com.co

www.discolmets.com.co

409

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.
CONSULTA EXTERNA

N° INGRESO: 15227602 FECHA DE FOLIO: 20/05/2023 9:47:23 a. m. N° FOLIO: 129

DATOS DEL PACIENTE

No. Historia Clínica: 51809282
Nombre Paciente: NORBERTA RINCON MUÑOZ
Fecha Nacimiento: 31/marzo/1965 Edad Actual: 58 Años / 6 Meses / 30 Días
Dirección: CARRERA 2A 26 A SUR 09
Procedencia: BOGOTA
Entidad: CAPITAL SALUD EPS-S
Plan Beneficios: TIPOLOGIA CONSULTORIO BASICO CAPITAL SALUD EPSS

Tipo De Documento: Cédula_Ciudadanía
Identificación: 51809282 Sexo: Femenino
Estado Civil: Soltero
Teléfono: 3212715485
Ocupación:
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Finalidad Consulta: No_Aplica
Causa Externa: Enfermedad_General
Responsable:
Dirección Responsable:
Religión:
Centro de Atención: 50L - CENTRO DE SALUD OLAYA
Area de Servicio: 1SCH09 - SANTA CLARA HOSPITALIZACION NEUROCIRUGIA
Nombre Acudiente:
Telefono Acudiente:
Responsable:
Nivel Educativo: 2.BASICA PRIMARIA
Etnia: 6.NINGUNO DE LOS ANTERIORES
Discapacidad: NO
Tipo Discapacidad:

DATOS GENERALES

T. POSTOPERATORIO	TIEMPO DE POP	COMPLICACIONES POP	CLASIFICACION CLAVIEN

SI UNA MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA CONSULTA POR DOLOR ABDOMINAL O CREE ESTAR EN ESTADO DE EMBARAZO, SE DEBE ORDENAR PRUEBA RÁPIDA DE EMBARAZO

MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA: RECUERDA FECHA DE FUM: FUM:

FORMULA OBSTETRICA

CREE ESTAR EN ESTADO DE EMBARAZO: SE SOLICITA INTERCONSULTA GINECO SE SOLICITA PRUEBA DE EMBARAZO:

ACTUALMENTE USA UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO: CUAL: ¿DESEA EMBARAZO?

☐ DESCARTAR EL EMBARAZO SIN IMPORTAR EL MOTIVO DE LA CONSULTA

DILIGENCIAR EN CASO DE ARTRITIS REUMATOIDE

RESULTADO DE DAS 28	0,0000	☐ NO CALCULABLE	AL FINALIZAR LA HISTORIA CLINICA TENER EN CUENTA ESTOS DIAGNOSTICOS SI ES ARTRITIS REUMATOIDE
RESULTADO DE HAQ	0,0000	☐ NO CALCULABLE	J990, M051,M052,M053,M058,M059,M060,M062,M063,M068,M069.
CRITERIO EULAR	0,0000	☐ NO CALCULABLE	
RX PIE		FECHA	
RX MANO		FECHA	

MOTIVO DE CONSULTA

REMITIDO POR OFTALMOLOGIA.

ENFERMEDAD ACTUAL

DOLOR RETROOCULAR Y CEFALEA EPISODICA DE LARGA DATA, CON AUMENTO DE LA INTENSIDAD DEL MISMO DESDE EL PRESENTE AÑO. TAC DE ORBITA CON CONTRASTE CON LESION EXTRAAXIAL PARASELAR DERECHA EN RELACION CON SENO CAVERNOSO Y LIGAMENTO PETROCLINOIDEO IPSILATERAL, MINIMO REALCE AL CONTRASTE, NO EDEMA VASOGENICO, NO SIGNOS RADIOLOGICOS DE HERNIACION CEREBRAL,

ANTECEDENTES

Tipo: Médicos Fecha: 04/08/2016
Detalle: DOLOR PRECORDIAL AESTUDIO
Tipo: Médicos Fecha: 30/09/2016
Detalle: PRESWBUICIA , RESTO NO NUEVOS
Tipo: Médicos Fecha: 18/03/2017
Detalle: PENFIGO VULGAR EN TTO CON PREDNISOLONA
Tipo: Médicos Fecha: 26/12/2018
Detalle: DISLIPIDEMIAS
Tipo: Quirúrgicos Fecha: 20/04/2019
Detalle: QX DE GLAUCOMA HACE 1 AÑOCESAREA #1
Tipo: Alérgicos Fecha: 20/04/2019
Detalle: NIEGA
Tipo: Traumáticos Fecha: 20/04/2019
Detalle: NIEGA
Tipo: F[illegible]ológicos Fecha: 20/04/2019
Detalle: [illegible]3+CALCIO ATORVASTATINA 20 MG AL DIA
Tipo: Familiares Fecha: 20/04/2019
Detalle: DM MADRE HIJO DISCAPACITADO
Tipo: Médicos Fecha: 22/04/2019
Detalle: ESPOLON CALCANEO , LUMBAGO , ESPICONDILITIS MEDIA DERECHA

410

Tipo: Otros Fecha: 25/04/2019
Detalle: SIN CAMBIOS
Tipo: Otros Fecha: 18/06/2019
Detalle: SIN CAMBIOS
Tipo: Médicos Fecha: 31/07/2019
Detalle: DISLIPIDEMIA,GASTRITIS
Tipo: Médicos Fecha: 03/09/2019
Detalle: ESGUINCE CUELLO DE PIE DERECHO
Tipo: Médicos Fecha: 08/07/2020
Detalle: TRATRONO DE TIROIDES
Tipo: Inmunológicos Fecha: 05/11/2021
Detalle: VACUNADA CON PFIZER EL 28/05/2021 Y 18/06/2021
Tipo: Otros Fecha: 05/11/2021
Detalle: NIEGA NUEVOS
Tipo: Médicos Fecha: 26/05/2022
Detalle: NO
Tipo: Médicos Fecha: 26/05/2022
Detalle: TIROTOXICOSIS BOCIO
Tipo: Médicos Fecha: 05/06/2023
Detalle: TIROTOXICOSIS , OBESIDAD, MASA EN OJO DERECHO
Tipo: Quirúrgicos Fecha: 05/06/2023
Detalle: PTERIGIO DERECHO ,
Tipo: Alérgicos Fecha: 05/06/2023
Detalle: NIEGA
Tipo: Traumáticos Fecha: 05/06/2023
Detalle: NIEGA
Tipo: Familiares Fecha: 05/06/2023
Detalle: MADRE Y TIOS DIABETS
Tipo: Farmacológicos Fecha: 05/06/2023
Detalle: ORLISTAT 120X3 , LOSARTAN 50X2 , AMLODIPINO 5X1 , ACETAMINOFEN
Tipo: Quirúrgicos Fecha: 20/04/2023
Detalle: SIN CAMBIOS
Tipo: Alérgicos Fecha: 27/04/2022
Detalle: NIEGA.
Tipo: Quirúrgicos Fecha: 27/04/2022
Detalle: CORRECCION DE GLAUCOMA Y RESECCION DE PTERIGIO 2018
Tipo: Farmacológicos Fecha: 27/04/2022
Detalle: ACETAMINOFEN
Tipo: Médicos Fecha: 27/04/2022
Detalle: NIEGA
Tipo: Alérgicos Fecha: 11/09/2020
Detalle: NIEGA CONOCIDOS
Tipo: Médicos Fecha: 11/09/2020
Detalle: HIPOTIROIDISMO, GLAUCOMA.
Tipo: Tóxicos Fecha: 20/04/2019 Ninguno
Detalle: CIGARRILLLOS NIEGA ALCOHOL NIEGA PSA NEIGA
Tipo: Tóxicos Fecha: 05/06/2023 Ninguno
Detalle: NIEGA
Ginecobstétricos 20/10/2017 G2P1C1V2A0m0
Planifica False G2P1C1V2A0m0
FUP 07/07/1988 G 2 P 1 A C 1 V 2 E M
Ginecobstétricos 15/01/2019 G3P3
Planifica False
FUP G P A C V E M
Ginecobstétricos 20/04/2019 FUR 2 AÑOS
Planifica False
FUP 07/07/1988 G 2 P 1 A C 1 V 1 E M
Ginecobstétricos 14/11/2020 G1P1C1V2A0
Planifica False
FUP 07/07/1988 G 2 P 1 A C 1 V 2 E M
Ginecobstétricos 05/06/2023 G3A1P1C1 CESAREA NO ES CALRO MOTIVO , FURA LOS 50 AÑOS
Planifica False
FUP G P A C V E M

CONSULTA EXTERNA

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

FECHA DE FOLIO: 20/05/2023 0:47:23 a. m. N° FOLIO: 129

Nombre Paciente: NORBERTA RINCON MUÑOZ Identificación: 51809282 Sexo: Femenino

Ginecobstétricos 18/12/2021 G2P1C1A0V2

Planifica False

FUP 07/07/1988 G 2 P 1 A C 1 V 2 E M

PACIENTE EDAD REPRODUCTIVA NO

PLANIFICA	DESEA O PLANEA UN EMBARAZO	SE REMITE A CONSULTA:	

SINTOMATICO RESPIRATORIO NO

Tos Mayor de 15 Dias — Convive Con Tosedor

Tos Seca — Antecedentes de Baciloscopia — Examen de BK

SINTOMATOCO DE PIEL NO

Mancha Hipocromica — Área Hipoanestesica:

Placas Eritematosas — Ulcera Redondeada con centro Granulomatoso Indoloro

LABORATORIOS Y PARACLINICOS

REVISIÓN POR SISTEMAS

Menarquia Años Ciclos FUR

EXÁMEN FISICO

TEMP: ,00 FR: FC: TA: / TAM: ,00 EVA: /10 GLASGOW: /15

PESO: 0,00 TALLA: 0,00 IMC: ,00 SAT.O2: FiO2: CONDICIONES:

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR: 0,0000 ESTADO NUTRICIONAL: Desnutrición III ---> <=14

OBSERVACIONES

SISTEMA

CABEZA Y CUELLO
NO SE EXPLORA

OTORRINONARINGOLOGICO
NO SE EXPLORA

CARDIO PULMONAR Y/O TORAX
NO SE EXPLORA

GASTROINTESTINAL Y/O ABDOMEN
NO SE EXPLORA

OSEOMUSCULAR Y/O EXTREMIDADES
NO SE EXPLORA

GINECO Y/O URINARIO
NO SE EXPLORA

PIEL Y FANERAS
NO SE EXPLORA

NEUROLOGICO
PROPOTOSIS OCULAR DERECHA. PTOSIS OCULAR DERECHA. LIMITACION PARA LA MIRADA VERTICAL SUPERIOR Y LATERAL OJO DERECHO. VISION DOBLE OJO DERECHO.

OTROS
NO SE EXPLORA

OBSERVACIONES

ANALISIS
CUADRO ANOTADO. SE SOLICITA RM DE CEREBRO Y DE SILLA TURCA SIMPLE Y CON CONTRASTE. CITA NEUROCIRUGIA CON RESULTADOS.

TIPO DE DIETA

PLAN DE MANEJO HC
SE SOLICITA RM DE CEREBRO Y DE SILLA TURCA SIMPLE Y CON CONTRASTE. CITA NEUROCIRUGIA CON RESULTADOS.

REQUIERE AISLAMIENTO NO **TIPO DE AISLAMIENTO**

CRITERIOS RUTA DE ACTIVACION INTEGRAL (RIAS)

RUTA ACTIVAR PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Reconoce los Derechos y Deberes

Derec

Debe

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal	Dx Ingreso	Dx Egreso
D420	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LAS MENINGES CEREBRALES	Presuntivo	☑	☑	☑

Eliminar Archivar Informar Responder Responder a todos Reenviar Zoom

RE: SOLICITUD DE EXISTENCIAS Y CONTRATO

AN Angel Triana Niño

Responder Responder a todos Reenviar

Para: Alexis Orjuela Angulo; Miguel Angel Cortes Tovar; compras; Jaime Leonardo Gonzalez Al Mié 05/06/2024 12:22

CC: Referente Farmaceutico

Cordial Saludo,

Se verifica el contrato vigente a la fecha, y los medicamentos relacionados anteriormente no se encuentran contratados.

Cordialmente,

Angel Eduardo Triana Niño
Dirección de Contratación
Área de Compras

De: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: miércoles, 5 de junio de 2024 11:37 a. m.
Para: Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; Jaime Leonardo Gonzalez Aldana <compras4@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: SOLICITUD DE EXISTENCIAS Y CONTRATO

Buenas tardes, solicito su amable colaboración en el sentido de verificar si se encuentran existencias o están contratados los siguientes medicamentos

122MB095297 FIBRINOGENO POLVO LIOFILIZADO + SOLVENTES (SELLANTES DE FIBRINA) 4 ML (TISSEEL KIT 4 VIALES): 2 KIT

122MV043186 ACIDO TRICLOROACETICO 85% SOLUCIÓN TOPICA PREPARACIÓN MAGISTRAL SDMDU: CANTIDAD 1 FRASCO
122MV043079 PERCLORURO FERRICO 40% FRASCO PREPARACIÓN MAGISTRAL SDMDU: CANTIDAD 1 FRASCO

122MJ032602 RIFAMPICINA 300 MG CAPSULA: 1000 UNIDADES

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

Responder Responder a todos Reenviar

413

Eliminar | Archivar | Informar | Responder | Responder a todos | Reenviar | Zoom | Leído / No leído | Clasificar | Marcar/Desmarcar | Imprimir

RE: SOLICITUD DE EXISTENCIAS Y CONTRATO

M Miguel Angel Cortes Tovar
Para: Alexis Orjuela Angulo; Angel Triana Niño; compras; Jaime Leonardo Gonzalez Aldana
CC: Referente Farmaceutico

Responder | Responder a todos | Reenviar
Jue 06/06/2024 7:34

Dr. Alexis, buenos días, cordial saludo. De acuerdo con su solicitud, comedidamente me permito informar que revisado el stock de inventario del almacén Principal - unidad Santa Clara, los sub almacenes y las farmacias, no contamos con existencias de los medicamentos mencionados.

122MB095297 FIBRINOGENO POLVO LIOFILIZADO + SOLVENTES (SELLANTES DE FIBRINA) 4 ML (TISSEEL KIT 4 VIALES): 2 KIT

122MV043186 ACIDO TRICLOROACETICO 85% SOLUCIÓN TOPICA PREPARACIÓN MAGISTRAL SDMDU: CANTIDAD 1 FRASCO
122MV043079 PERCLORURO FERRICO 40% FRASCO PREPARACIÓN MAGISTRAL SDMDU: CANTIDAD 1 FRASCO

122MJ032602 RIFAMPICINA 300 MG CAPSULA: 1000 UNIDADES

Cordialmente,

Miguel Angel Cortes Tovar
Profesional Universitario
Almacén Unidad Santa Clara

De: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: miércoles, 5 de junio de 2024 11:37 a. m.
Para: Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>; Angel Triana Niño <compras3@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; Jaime Leonardo Gonzalez Aldana <compras4@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: SOLICITUD DE EXISTENCIAS Y CONTRATO

Buenas tardes, solicito su amable colaboración en el sentido de verificar si se encuentran existencias o están contratados los siguientes medicamentos

122MB095297 FIBRINOGENO POLVO LIOFILIZADO + SOLVENTES (SELLANTES DE FIBRINA) 4 ML (TISSEEL KIT 4 VIALES): 2 KIT

122MV043186 ACIDO TRICLOROACETICO 85% SOLUCIÓN TOPICA PREPARACIÓN MAGISTRAL SDMDU: CANTIDAD 1 FRASCO
122MV043079 PERCLORURO FERRICO 40% FRASCO PREPARACIÓN MAGISTRAL SDMDU: CANTIDAD 1 FRASCO

122MJ032602 RIFAMPICINA 300 MG CAPSULA: 1000 UNIDADES

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

Responder | Responder a todos | Reenviar

414

DISCOLMETS
CALIDAD Y SERVICIO PENSANDO EN SU SALUD
NIT: 828.002.423-5

DISCOLMETS SAS
828002423-5
Calle 15 # 33-02-7023267

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

COTIZACION NRO.	CTB048279

Cliente SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.
CC o Nit 900959051
Direccion CARRERA 14 B # 1-45 SUR
Telefono 3282828 - -
Dpto. BOGOTA

Fecha Expedicion 05/06/2024
Condicion de pago CREDITO
Vendedor DIANA CLEMENCIA ARISTIZABAL GO
Fecha entrega / /
Validez Oferta 0 Días

EN ATENCION A SU SOLICITUD DE COTIZACION, OFRECEMOS LOS SIGUIENTES PRODUCTOS:

IT	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	LABORATORIO	CUM	INVIMA	CANT	VR. UNIT.	DCT	IVA	VR. TOTAL
1	ME06187	FIBRINOGENO+APROTININA+TROMBINA+CLO RURO DE CALCIO KIT4ML JERINGA PRELLENADA	BAXTER	20002144-5	2009M-0010258	8	926.297	0,00	0	7.410.376

x2

Observaciones

SIN OTRO EN PARTICULAR Y EN ESPERA DE SUS GRATAS ORDENES

Subtotal	7.410.376,00
Descuento	0,00
Iva 19%	0,00
Total	7.410.376,00

Elaboro: JESSICA LORENA AVILA RIVERA

[Fin de Documento ...]

Fecha Elaboracion: 05/06/2024 11:15
Software MantisWeb

415

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141042371345

(415)7707212489984(8020) 000014104237134 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 2 8 0 0 2 4 2 3 — 6. DV 5

12. Dirección seccional: Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1

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: DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD SAS

36. Nombre comercial: DISCOLMETS SAS

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 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

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
4 6 4 5	2 0 0 3 0 9 2 5	4 7 7 3	2 0 0 3 0 9 2 5	4 6 5 9	2 1 0 0		7 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 7 9 1 3 1 4 3 3 4 2 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
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
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios 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: 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

Fecha generación documento PDF: 23-05-2024 03:16:36PM

416

Descargar Pantalla completa Imprimir Ocultar correo electrónico

FarmaPOS Ltda
Productos Farmaceuticos y Quirúrgicos

Fredy Ortega Traslaviña
Gerente Comercial
310 880 3936
Cra. 25 No. 39A - 41 Bogotá, D.C.
Tels.: 269 4909 - 368 7445 Ext. 103
e-mail: fredy.ortega@farmapos.com
www.farmapos.com

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

FO Fredy Ortega <fredy.ortega@farmapos.com>
Para: Alexis Orjuela Angulo Mié 05/06/2024 15:48

DR Alexis

El producto
122MB095297 FIBRINOGENO POLVO LIOFILIZADO + SOLVENTES (SELLANTES DE FIBRINA) 4 ML (TJSSEEL KIT 4 VIALES): 2 KIT

Se dejo de comercializar en el país, el único producto similar es el ultracongelado.

FarmaPOS Ltda
Productos Farmaceuticos y Quirúrgicos

Fredy Ortega Traslaviña
Gerente Comercial
310 880 3936
Cra. 25 No. 39A - 4
Tels.: 269 4909 - 36
e-mail: fredy.ortega@
www

AVISO LEGAL.
Este mensaje es confidencial y para uso exclusivo de sus destinatarios; su indebida utilizacion, difusión, distribución o copia está prohibida y es sancionada por la ley.
FarmaPOS Ltda evita defectos en el mensaje y sus archivos adjuntos, por lo tanto no se responsabiliza por daños provocados por su recibo o uso, y es obligacion del destinatario verificar su contenido. Si por error recibe este mensaje, por favor bórrelo.
VISITENOS
www.FarmaPOS.com

IMPRIMIR SOLO SI ES NECESARIO

...

Responder Reenviar

VM Ventas Mediempack
Muy buenas tar... Mié 05/06/2024 14:28

BD Bogota Discolmedica
No suele recibi... Mié 05/06/2024 11:25

JG John Elver Gonzalez
Cordial saludo: ... Mié 05/06/2024 10:52

AA Usted
Buenos días sol... Mié 05/06/2024 10:50

Todas las carpe... ← John Elver Gonzalez <ventas6@ddb.com.co>

Imprimir ✕ Cerrar

Re: SOLICITUD DE COTIZACIÓN

John Elver Gonzalez <ventas6@ddb.com.co>
Mié 05/06/2024 10:52
Para: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>; Jhon F. Gomez <jhon@ddb.com.co>

Cordial saludo:
Me permito informar que actualmente DDB no se encuentra comercializando los productos en mencion.
Quedo atento.

El mié, 5 jun 2024 a las 10:50, Alexis Orjuela Angulo (<abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>) escribió:

> Buenos días solicito su amable colaboración en el sentido de cotizar los siguientes medicamentos
>
> 122MB095297 FIBRINOGENO POLVO LIOFILIZADO + SOLVENTES (SELLANTES DE FIBRINA) 4 ML (TISSEEL KIT 4 VIALES): 2 KIT
>
> 122MJ032602 RIFAMPICINA 300 MG CAPSULA: 1000 UNIDADES
>
> Agradezco el envio de la información
>
> Cordialmente
>
> *ALEXIS ORJUELA ANGULO*
> Químico Farmacéutico
> Supervisor Contratos Medicamentos
> Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

--

---

depósito® de drogas BOYACÁ ...mucho más que medicamentos

John E. González
Asesor Ventas
ventas6@ddb.com.co
Transversal 93 # 51-98 Bodega 18
Tel (+571) 743 25 97 Ext. 204
Cel (300) 748 42 72

Discolmets SAS
Med $1'852.594

418

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

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA	BOGOTA DC, JUNIO 05 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	ALEXIS ORJUELA ANGULO
AREA / DEPENDENCIA	SERVICIO FARMACEUTICO
CENTRO DE COSTO	1SCT05 735SD1001
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

122MB095297 FIBRINOGENO POLVO LIOFILIZADO + SOLVENTES (SELLANTES DE FIBRINA) 4 ML (TISSEEL KIT 4 VIALES): 2 KIT

3. JUSTIFICACIÓN

Medicamento actualmente sin contrato, que se requiere para la atención de paciente con cirugia de neurologia, medicamento critico 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

4. ¿Existe en Almacen Central?	SI	NO
		X

Vo.Bo. Funcionario Almacen

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.

Fecha Actual : miércoles, 19 junio 202

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000076910

PROVEEDOR:	DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD SAS	**NIT:**	828002423	**FECHA:**	19/06/2024 03:39 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 12 N 12 - 32			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	8659940			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FEBT125333	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	18/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
122MB095297	FIBRINOGENO POLVO LIOFILIZADO + SOLVENTES (SELLANTES DE FIBRINA) 4 ML (TISSEEL KIT 4 VIALES)	VIAL	2,00	$926.297,00	$1.852.594,00	0,00	0,00

DETALLE

FACTURA FEBT 125333 COMPRA POR CAJA MENOR SANTA CLARA DIGITA MARLON

SUBTOTAL:	$1.852.594,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$7.670,00
RETE FUENTE:	$46.315,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$1.798.609,00

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Elaboró: | Revisó Almacen | Revisado Impuestos:

470

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°	**829**	**FECHA**	**25/06/2024**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO**		
BANCO:	**DAVIVIENDA**		
VALOR:	**1.499.400**		
PAGADO CHEQUE N°	**92963-1**		

LA SUMA DE:	**UN MILLÓN CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS M.CTE.**
CONCEPTO:	**FACTURA No. FE01-253332 BIOPLAST SAS NIT 830.040.574-8 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (MÁSCARA DE NO RE INHALACIÓN CON RESERVORIO ADULTO INCLUYE EXTENSIÓN DE 2 A 3 METROS), NECESARIO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SOLICITADO POR EDUART HANNS GONZÁLEZ ROA, GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO..** **R.ICA 11.04 POR MIL..... ...13,910,oo** **R.IVA 15%..... 35.910,oo**

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12918

BIOPLAST

NIT. 830.040.574-8 Responsable de Iva

F-CO-014 FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

No FE01-253332

AUTORETENEDORES - RES.DIAN 010346 DEL 24/09/09 - ACTIVIDAD ECONOMICA 3250 ICA 11.04 X MIL

SEÑORES:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE
NIT:	900959051-7
DIRECCION:	DIAG.34 No.5-43
TELEFONO:	2882550-3444484
CIUDAD:	BOGOTA D.C.
EMAIL:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

FECHA Y HORA DE PROCESO:	12/06/2024 - 12:27
FECHA DE VENCIMIENTO:	10/09/2024
REFERENCIA OC:	CAJA MENOR
LINEAS FACTURADAS:	1
FORMA DE PAGO:	90 Días

CUFE: 592c8eaef6332684241961428490 09a7f07e6f917125f87b491043408c3b86dded6d10e45cd098edb1e58a00318e4f71

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA DIAN 18764055022591 DE 2023-08-31 DEL FE01-237970 AL FE01-500000 VIGENCIA: 2024-08-30
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES EN ICA SEGUN RESOLUCION DDI-010761 DEL 30 DE MARZO DE 2016 - BIENES EXENTOS DECRETO 417 DE 17/03/2020
FACTURADOR ELECTRÓNICO DIRECTO - MODALIDAD DE SOFTWARE PROPIO - FABRICANTE: ATOMCOL SYSTEM SAS - NIT. 900.777.604

LINEA	DESCRIPCION	REG. SANITARIO	LOTE	FECHA VENCIMIENTO	CANT. LOTE	CANT. TOTAL	UNIDAD	VALOR UNITARIO	TOTAL	IVA
1	MASCARA OXIGENO ADULTO CON RESERVORIO, BIOLIFE	2017DM-0000410 R1	10010324	30/03/2029	350	350	UND	3.600	1.260.000	19

RFCA 11.04% $13.910
RIVA 15% 35.910
$49.820

A pagar $1'449.580

Cancelada
Junio 27 2024
cheque No 92963-1

BIOPLAST SA
830040574-1

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

CSD
12 JUN 2024

Son:	UN MILLÓN CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS
OBSERVACIONES	REMSIONAR POR CIERRE DE MES CJA MENOR. Basado en Pedidos de cliente 167529. Basado en Entregas 41527.
Entregar en:	Tranversal 5 Este # 19 - 50 Sur (Por la entrada de Urgencias)

Subtotal	1.260.000
Descuentos:	0
IVA	239.400
Valor a pagar	1.499.400

BIOPLAST S.A.S | C.C. O NIT | FIRMA Y SELLO COMPRADOR

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA A LA LETRA DE CAMBIO, PARA TODOS SUS EFECTOS LEGALES, SEGÚN EL ARTÍCULO 774 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO. LAMERCANCÍA VIAJA POR CUENTA Y RIESGO DEL COMPRADOR. LA CANCELACIÓN DESPUÉS DE LA FECHA DE VENCIMIENTO CAUSA INTERESES DE MORA A LA TASA MÁXIMA LEGALMENTE PERMITIDA.

452

DAVIVIENDA

CHEQUERA 930068596764

Cheque No. **92963-1** 51

DOSNUEVESEISTRESUNO

AÑO	MES	DÍA
2021	04	15

$ [illegible]

Banco Davivienda S.A.

Páguese a la orden de: Bioplast SAS

La suma de: Un Millon Cuatrocientos Cincuenta y Nueve Mil Ochocientos Cuarenta pesos M/L

dispapeles

92963-1 - 2023/04/26

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza donde DAVIVIENDA tenga oficina.

92963-1 Firma(s) Autorizada(s)

10-2021 pagado el impuesto de timbre

⑈ 0000 0051 930068596764 ⑈ 929631

Cheque No. **92963-1**

DOSNUEVESEISTRESUNO

COMPROBANTE

BIOPLAST SA

ELABORADO POR	REVISADO POR	AUTORIZADO POR	RECIBE
			C.C. O NIT. 5886271

BIOPLAST S.A.

KRA 92 No. 64C – 24
TELEFONO (571)4382224

Bogotá D.C., Junio 26 de 2024

Señores

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

Ciudad

Respetados Señores:

Por medio de la presente autorizamos al Señor **ALEXANDER RODRIGUEZ GUZMAN,** identificado con C.C. No. 5.886.271, para recoger pago a nombre de **BIOPLAST SAS** con NIT No.830.040.574-8.

Agradecemos la atención a la presente.

Cordialmente

BIOPLAST S.A.

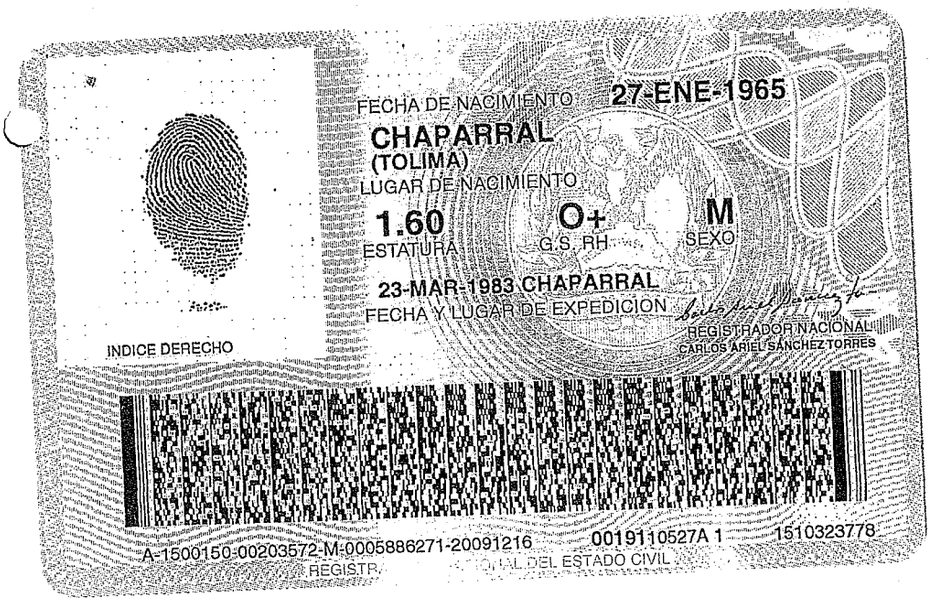
Lida Aurora Sánchez C.

Directora Contabilidad

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.886.271
RODRIGUEZ GUZMAN
APELLIDOS
ALEXANDER
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-ENE-1965
CHAPARRAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
23-MAR-1983 CHAPARRAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00203572-M-0005886271-20091216 0019110527A 1 1510323778
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

425

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA COMPAÑÍA BIOPLAST S.A.S.
CON NIT. 830.040.574 – 8

CERTIFICA

Que la compañía BIOPLAST S.A.S. identificada con NIT. 830.040.574 -8 se encuentra **EXONERADA DEL PAGO** de aportes a salud, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, sobre los trabajadores que individualmente considerados devengan menos de 10 salarios mínimos mensuales vigentes, conformé a lo estipulado en el artículo 65 de la ley 1819 de diciembre 29 de 2016, por ser contribuyente de impuesto sobre la renta y complementarios.

De igual manera certificamos que se ha cumplido con el pago de afiliación y pago al sistema integral de seguridad social (SALUD, PENSION, Riesgos Laborales- ARL) y parafiscales (Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar - ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA) durante (204) meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha, conforme al art. 50 de la ley 789 de 2002. Por último, también se certifica que la compañía se encuentra al día en el pago de salarios y demás prestaciones sociales a los trabajadores.

La presente se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a los veinte (20) días del mes de Mayo de 2024.

WILSON HERNANDEZ PEÑALOZA
T.P. 58.688-T
Revisor Fiscal- BIOPLAST S.A.S

Bioplast SAS

MHQ $1'499'400=

426

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 23 DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	EDUARDT HANNS GONZALEZ ROA
ÁREA / DEPENDENCIA	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- GESTION DE ABASTECIMIENTO EN INSUMOS
CENTRO DE COSTO	1SCH99 589723003
UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

ITEM	CÓDIGO	NOMBRE / DESCRIPCIÓN DETALLADA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	OBSERVACIONES
1	121QQ031517	MASCARA DE NO REINHALACION CON RESEVORIO ADULTO INCLUYE EXTENSIÓN DE 2 A 3 METROS	UNIDAD	350	

3. JUSTIFICACIÓN

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

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

4. ¿Existe en Almacén Central?	SI	NO
		NO

Vo.Bo. Funcionario Almacén

EDUARDT HANNS GONZALEZ ROA
Nombre Funcionario y/o Contratista

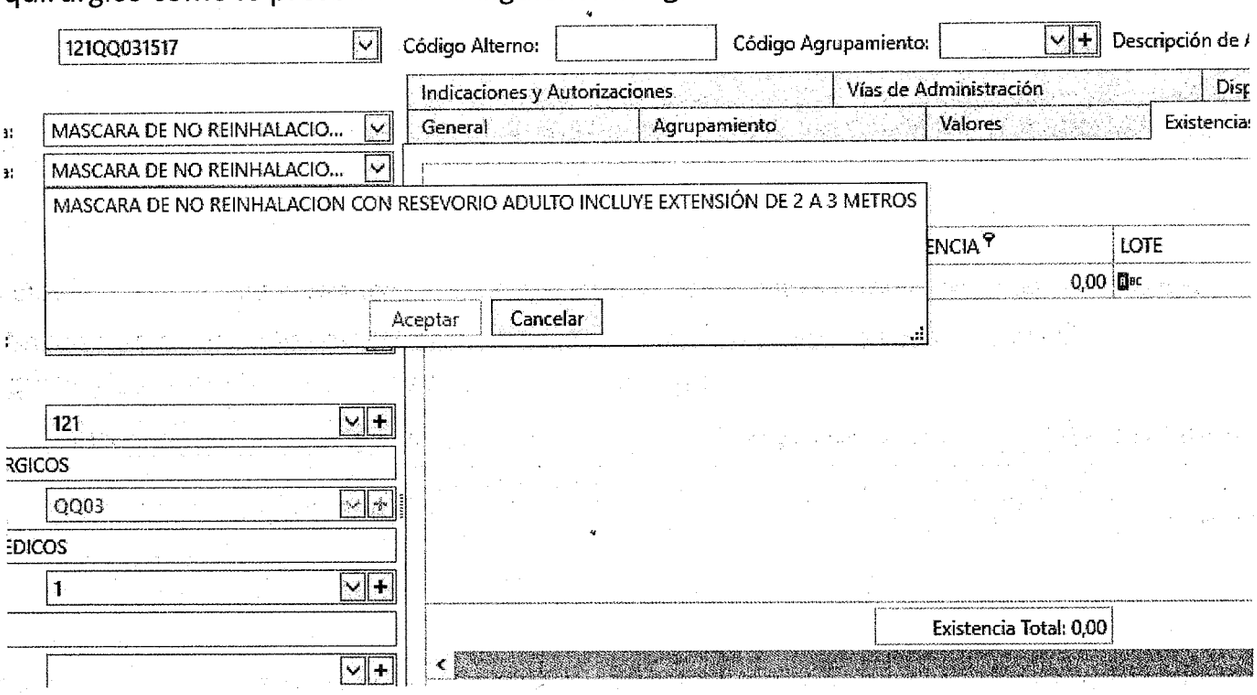
Vo.Bo. Director Administrativo Ó Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

1. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL: 121QQ031517 - NOMBRE / DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO: MASCARA DE NO REINHALACION CON RESEVORIO ADULTO INCLUYE EXTENSIÓN DE 2 A 3 METROS - EL CUAL NO ESTA ENTREGADO EN LA INSTITUCIÓN Y SIN EXISTENCIAS.

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

Solicito de su amable colaboración para verificar el siguiente dispositivo medico quirúrgico como le presento en la siguiente imagen:



En el momento nos encontramos de cero (0) existencias y su requerimiento es prioritario, el promedio mensual es de 500 unidades y se esta solicitando por caja menor de 350 unidades en este momento se encuentra para estudio de mercado.

Estoy atento de su respuesta, gracias.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ

Eduardt Hanns González Roa
Cargo: Enfermero - Profesional Especializado
Gestión de Abastecimiento en Insumos.
Apoyo Subgerencia de Servicios de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: 6013282828 Ext: 10152
Celular: 3202593512
@subredcentrooriente @subred_centrooriente
@SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co

en el momen

478

RE: COMPRA POR CAJA MENOS PARA MASCARA DE NO REINHALACION ADULTO

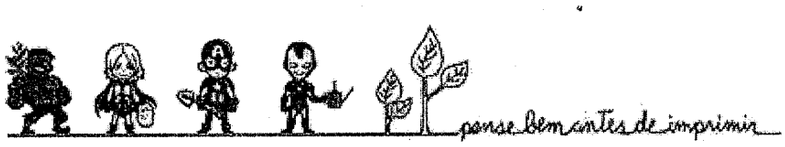
Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>
Jue 23/05/2024 8:23 AM
Para:John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>;Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>;cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>
CC:Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>;Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo

El dispositivo MASCARA DE NO REINHALACION CON RESEVORIO ADULTO INCLUYE EXTENSIÓN DE 2 A 3 METROS, no se encuentra contratado

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

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 0548
@subredcentrooriente @subred_centrooriente
@SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co



De: John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: jueves, 23 de mayo de 2024 8:21 a. m.
Para: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>; Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>; Edilsa Esther Maury Bello <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: RE: COMPRA POR CAJA MENOS PARA MASCARA DE NO REINHALACION ADULTO

Cordial saludo

Me permito informar que una vez visado el módulo de inventarios con corte al día de hoy 23 de mayo de 2024, **No se** registra el insumo con la descripción MASCARA DE NO REINHALACION CON RESEVORIO ADULTO INCLUYE EXTENSIÓN DE 2 A 3 METROS, por lo anterior no se cuenta con existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente.

BIOPLAST S.A

BIOLIFE

NIT. 830.040.574-8 REGIMEN COMUN

F-CO-015

COTIZACION N. 2093

SEÑOR(ES): SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORI
NIT/C.C: 900959051-7
DIRECCIÓN: DIAG.34 No.5-43
TELÉFONO: 2882550-3444484

FECHA: 23/05/2024
VALIDEZ: 23/06/2024
REFERENCIA: CAJA MENOR
COND. DE PAGO: 90 Días

ITEM		UNIDAD	CANT.	VR UNITARIO	% IVA	TOTAL
1	MASCARA OXIGENO ADULTO CON RESERVORIO (NO REINHALACION) extension de mt BIOLIFE	UND	350	3.600	19,00	1.260.000

COMENTARIOS: CAJA MENOR

BIOPLAST S.A.

SUB-TOTAL	$	1.260.000
IVA	$	239.400
VALOR TOTAL	$	1.499.400

20 AÑOS BIOPLAST S.A BIOLIFE

430

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14982120641

(415)7707212489984(8020) 000001498212064 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 3 0 0 4 0 5 7 4 — 6. DV: 8

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 13. 2

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: BIOPLAST S.A.S

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: CR 92 64 C 24

42. Correo electrónico: directoracontabilidad@bioplast.co

43. Código postal: 1 1 0 1 1 1

44. Teléfono 1: 4 3 8 2 2 2 4

45. Teléfono 2: 3 0 0 2 7 0 4 0 7 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
3 2 5 0	1 9 9 7 1 2 1 6	2 2 2 9	1 9 9 7 1 2 1 6					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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

Usuarios aduaneros

54. Código: 2 2 2 3

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
2	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: 2024 - 02 - 15 / 08 : 51: 00

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: PINZON DIAZ GUSTAVO

985. Cargo: Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 19-03-2024 10:49:16AM

431

POLIFARMA S.A.S. - POLIMEDIC´S FARMACEUTICA S.A.S.
NIT : 800151064- 0
CL 77 28 B 33
3112668 - 3102340035

Bogota, 23 de mayo de 2024

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Atn: EDUARDT GONZÁLEZ
DG 34 5 43
3444484
Bogota D.C.-Bogota . Colombia

Ref : Cotización V - 001 - 273

Es grato para nosotros poner a su consideración la siguiente propuesta

Código	Descripción	Unidad	Cantidad	MARCA	Valor Unitario	IVA	Valor Total
0010002001105	MASCARILLA P/OXIGENO NO REINHALACIÓN ADULTO CON RE	UN	1	G L O B A L HEALTHCARE	4,750.00	19	4,750.00

Total Bruto	4,750.00
IVA	903.00
Total a Pagar	$5,653.00

Entrega: 1 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 23 2024

Elaborado e Impreso por Siigo

Cordialmente,

Vendedor Principal
Admin. Ventas
POLIFARMA S.A.S. - POLIMEDIC´S FARMACEUTICA S.A.S.

432

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14966279766

(415)7707212489984(8020) 000001496627976 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 0 0 1 5 1 0 6 4 — 6. DV: 0

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 13 2

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: POLIMEDIC´S FARMACEUTICA S A S

36. Nombre comercial:

37. Sigla: POLIFARMA S.A.S.

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 77 28 B 33

42. Correo electrónico: polifarma_sa@yahoo.com

43. Código postal: 1 1 1 2 2 1

44. Teléfono 1: 3 1 0 2 3 4 0 0 3 5

45. Teléfono 2: 6 0 1 3 1 1 2 6 6 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 4 5	1 9 9 4 0 1 0 3	4 6 5 9	2 0 1 2 0 9 0 3	8 6 9 9			1

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	5	7	8	9	1 0	1 4	4 8	5 2	5 5																	

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar 52 - Facturador electrónico

07- Retención en la fuente a título de rent 55 - Informante de Beneficiarios Finales

08- Retención timbre nacional

09- Retención en la fuente en el impuesto

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogena

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2023 - 12 - 05 / 17 : 08: 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. Nombre: BEDOYA SANCHEZ OSCAR HUMBERTO

985. Cargo: Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 07-03-2024 11:46:51AM

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

433

Fecha Actual : jueves, 20 junio 2024

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000076918

PROVEEDOR:	BIOPLAST S.A.S	**NIT:** 830040574		**FECHA:**	20/06/2024 08:17 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 92 N 64 C - 24			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	4382224			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE01253332	**% ICA:** 11,0400	**PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	12/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
121QQ031517	MASCARA DE NO REINHALACION CON RESEVORIO ADULTO INCLUYE EXTENSIÓN DE 2 A 3 METROS	UNIDAD	350,00	$3.600,00	$1.260.000,00	0,00	19,00

DETALLE

FACTURA FE01-253332 COMPRA POR CAJA MENOR SANTA CLARA DIGITA MARLON

SUBTOTAL:	$1.260.000,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$239.400,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$35.910,00
RETE ICA:	$13.910,00
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:	$1.449.580,00

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Elaboró:	Revisó Almacen	Revisado Impuestos:

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°	830	FECHA	26/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	GASTOS EFECTIVO		
BANCO:	DAVIVIENDA		
VALOR:	5.000.000		
PAGADO CHEQUE N°	92964-3		

LA SUMA DE:	CINCO MILLONES DE PESOS M.CTE.
CONCEPTO:	GASTOS EN EFECTIVO GENERADOS EN CAJA MENOR ASIGNADA A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

DAVIVIENDA

CHEQUERA 330008684764

Cheque No. 92964-3 51

DOS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO

AÑO MES DÍA

$

Banco Davivienda S.A.

Páguese a la orden de:

La suma de:

dispapeles

pesos M/L

92964-3 - 330280929

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza donde DAVIVIENDA tenga oficina.

92964-3

Firma(s) Autorizada(s)

10-2021 pagado el impuesto de timbre

Cheque No. 92964-3

DOS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO TRES

COMPROBANTE

ELABORADO POR	REVISADO POR	AUTORIZADO POR	RECIBE
			C.C. O NIT.

436

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 Nº	831	FECHA	28/06/2024
RUBRO PRESUPUESTAL:	MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO		
BANCO:	DAVIVIENDA		
VALOR:	3.458.820		
PAGADO CHEQUE Nº	92965-7		

LA SUMA DE:	TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS MC.TE.
CONCEPTO:	FACTURAS No. FE 13059 POLIMDIC'S FARMACÉUTICA SAS NIT 800.151.064-0 D ISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (CATÉTER EPICUTANEO 2FR 24G), 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. R.FTE. 2.5%.....$86.471 R.ICA 4.14 POR MIL..... 14.320

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

12419

437

Caja MENOR

polifarma®
PRODUCTOS MÉDICOS

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 13059

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-06-19	11:13:47
Expedición	2024-06-19	11:14:21
Vencimiento	2024-09-19	

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 15.386
Numero

Descripción	Cantidad	UN	INVIMA	MARCA	CUM	Valor Unitario	% IVA	Valor Total
CATETER EPICUTÁNEO CAVA NEONATAL G24 UND	10	UN	2015DM-0013929	VYGON	NA	345,882.00	0	3,458,820
151122GG CATETER EPICUTÁNEO CAVA NEONATAL G24 UND	F.V : 2027-11-30				10.00			

Total Bruto	3,458,820.00
RETEFUENTE VENT	86,470.50
Retenc. ICA	14,319.51
Total a Pagar	**$ 3.358.029,99**

CONDICION DE PAGO
Credito Clientes Efectivo 3.358.029,99 Cuota 1 Vence el 2024-09-19

VALOR EN LETRAS
Tres Millones Trescientos Cincuenta Y Ocho Mil Veintinueve Pesos M/Cte Con 99/100

OBSERVACIONES
CAJA MENOR
SOLICITADA POR EL JEFE CAMILO LEGUIZAMÓN

R. Fte 2.5% $86.471
RICA 9/14 ‰ 14.320
100.791
A pagar $3'358.029=
CHEQUE # 92965-7
$3358029

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
19 JUN 2024
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO

POLIFARMA S.A.S.
NIT: 800.151.064-0

RECIBE:
C.C NO:
CARGO:
FECHA: HORA:
FIRMA:
SELLO:

Firma Elaborado por : CARMEN ALICIA J

Firma Recibido

Elaborado e Impreso por Sigo SAS Nit: 830.048.145 -8

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (articulo 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 :d738e5c68c0891820a4305f439b7d2db20f02f1b36790c7914be5e18d7004dfe34cff59112d0bdd73fae098a82cf96a9

ORIGINAL

438

DAVIVIENDA

CHEQUERA 930068596764

Cheque No. **92965-7** 51

DOSNUEVESEISCINCOSIETE

AÑO	MES	DÍA
2023	04	26

$

Banco Davivienda S.A.

Páguese a la orden de:

La suma de:

pesos M/L

dispapeles

92965-7 - 2023/04/26

10-2021 pagado el impuesto de timbre

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza donde DAVIVIENDA tenga oficina.

92965-7

Firma(s) Autorizada(s)

⑦⑪ ⑆0000⑈0051⑆930068596764⑈92965⑦

Cheque No. **92965-7**

DOSNUEVESEISCINCOSIETE

COMPROBANTE

ELABORADO POR	REVISADO POR	AUTORIZADO POR	RECIBE
			1122900
			C.C. O NIT.

polifarma®
PRODUCTOS MÉDICOS

Bogotá, D.C., Junio 28 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

Calle 77 No. 28 B - 33 Bogotá, D.C. - Colombia - Teléfono.: (601) 311 2668 - Celular: 310 234 0035
E-mail: polifarma_sa@yahoo.com • polifarmasa@gmail.com

110

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 4.122.900

ROJAS LOPEZ

APELLIDOS

JORGE ALBERTO

NOMBRES

FIRMA

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-NOV-1968

SOATA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

15-JUN-1987 GAMEZA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01262345-M-0004122900-20211103 0075962775A 1 8502773773

ALBERTO OBANDO LEON
Contador Público - Universidad Santo Tomas

A QUIEN INTERESE

El suscrito Revisor Fiscal,

Certifica que la sociedad, **POLIFARMA S.A.S. "POLIMEDIC'S FARMACEUTICA S.A.S."**, con domicilio en esta ciudad, e identificada con el Nit. No. 800.151.064-0, ha apropiado y cumplido cabalmente en el año 2023 y en lo que va corrido del 2024 con la liquidación y el pago oportuno por concepto de la cancelación de sus obligaciones con los Sistemas de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y Parafiscales (aportes a las Cajas de Compensación familiar) de todo el personal que se encuentra laborando dentro de la misma y que así lo requiere. De acuerdo con el artículo 25 de la ley 1607 del 26 de diciembre de 2012 se encuentra exonerada del pago de aportes parafiscales al instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y al servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) desde el 1 de julio del año 2013 fecha en la que se implementó el sistema de retenciones en la fuente para el recaudo del impuesto sobre la renta para la equidad – CREE. También certifico que la empresa ha cumplido con el pago oportuno de sus nóminas, encontrándose a paz y salvo por todo concepto laboral y prestacional.

Lo anterior para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, Articulo 1º de la ley 828 de 2003 y del Art. 23 de la ley 1150 de 2007.

La presente se expide a los diecisiete (17) días del mes de junio del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

C.P. ALBERTO OBANDO LEON
Revisor Fiscal – POLIFARMA S.A.S.
CC # 13.837.414
TP # 9463-T

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

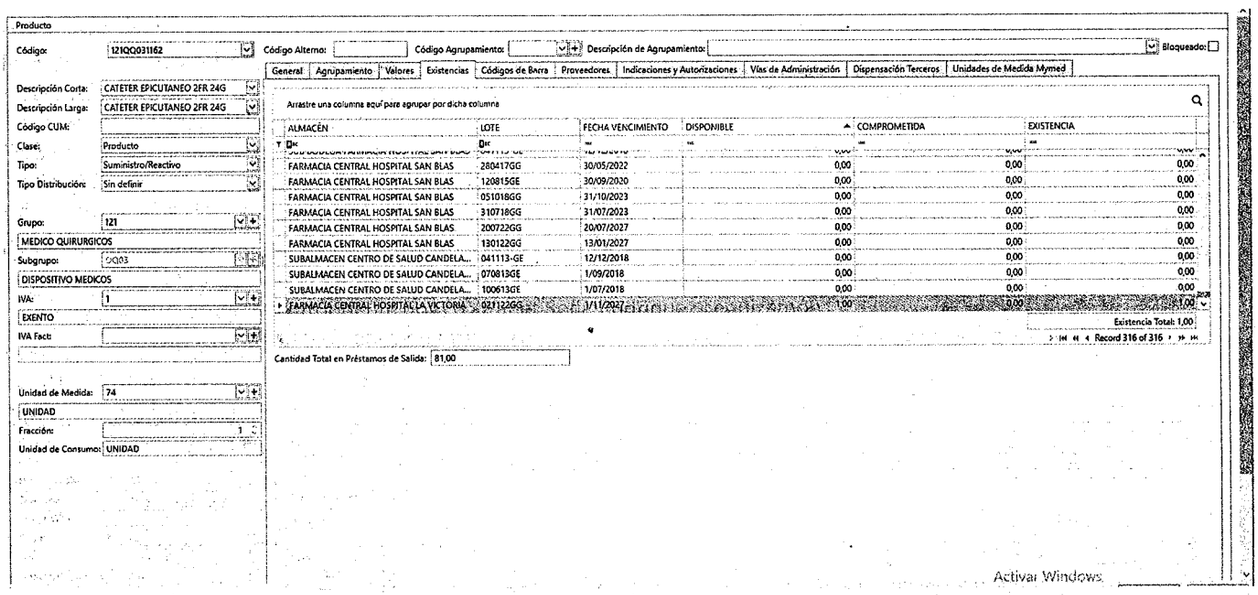
John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>

Mar 4/06/2024 11:49 AM

Para:Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>;cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>;Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>;compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>
CC:Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>;Maryuri Diaz Cespedes <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 04 de junio 2024, **NO** se cuenta con existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente, del insumo que se relaciona a continuación:



Producto

Código: 121QQ031162 | Código Alterno: | Código Agrupamiento: | Descripción de Agrupamiento: | Bloqueado:

Descripción Corta: CATETER EPICUTANEO 2FR 24G
Descripción Larga: CATETER EPICUTANEO 2FR 24G
Código CUM:
Clase: Producto
Tipo: Suministro/Reactivo
Tipo Distribución: Sin definir
Grupo: 121 MEDICO QUIRURGICOS
Subgrupo: QQ03 DISPOSITIVO MEDICOS
IVA: 1 EXENTO
IVA Facti:
Unidad de Medida: 74 UNIDAD
Fracción: 1
Unidad de Consumo: UNIDAD

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

Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna

ALMACÉN	LOTE	FECHA VENCIMIENTO	DISPONIBLE	COMPROMETIDA	EXISTENCIA
FARMACIA CENTRAL HOSPITAL SAN BLAS	2804 17GG	30/05/2022	0,00	0,00	0,00
FARMACIA CENTRAL HOSPITAL SAN BLAS	120815GE	30/09/2020	0,00	0,00	0,00
FARMACIA CENTRAL HOSPITAL SAN BLAS	051018GG	31/10/2023	0,00	0,00	0,00
FARMACIA CENTRAL HOSPITAL SAN BLAS	310718GG	31/07/2023	0,00	0,00	0,00
FARMACIA CENTRAL HOSPITAL SAN BLAS	200722GG	20/07/2027	0,00	0,00	0,00
FARMACIA CENTRAL HOSPITAL SAN BLAS	130122GG	13/01/2027	0,00	0,00	0,00
SUBALMACEN CENTRO DE SALUD CANDELA...	041113-GE	12/12/2018	0,00	0,00	0,00
SUBALMACEN CENTRO DE SALUD CANDELA...	070813GE	1/09/2018	0,00	0,00	0,00
SUBALMACEN CENTRO DE SALUD CANDELA...	100613GE	1/07/2018	0,00	0,00	0,00
FARMACIA CENTRAL HOSPITAL LA VICTORIA	021122GG	1/11/2027	1,00	0,00	1,00

Existencia Total: 1,00

Record 316 of 316

Cantidad Total en Préstamos de Salida: 81,00

Activar Windows

Cordialmente

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ

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

443

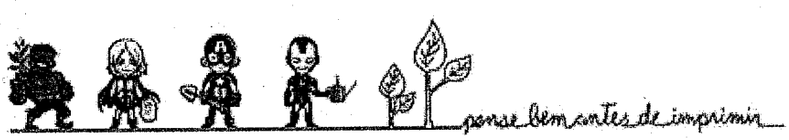
RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>
Mar 4/06/2024 11:46 AM
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>;Maryuri Diaz Cespedes <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>;Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo
El dispositivo 121QQ031162 - CATETER EPICUTANEO 2FR 24G, se encuentra en perfeccionamiento de contato.

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: 3023405602 - 3023290548
@subredcentrooriente @subred_centrooriente
@SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ



De: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: martes, 4 de junio de 2024 11:17 a. 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>; Maryuri Diaz Cespedes <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>; Yanet Sofia Rodríguez Leguizamón <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Buenos Días, Cordial Saludo

En relación a solicitud de urgencia vital envío descripción y codificación del insumo para confirmación de existencias y contrato para poder gestionar caja menor:

1. 121QQ031162 - CATETER EPICUTANEO 2FR 24G

POLIFARMA S.A.S. - POLIMEDIC´S FARMACEUTICA S.A.S.
NIT : 800151064- 0
CL 77 28 B 33
3112668 - 3102340035

Bogota, 4 de junio 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 - 281

Es grato para nosotros poner a su consideración la siguiente propuesta

Código	Descripción	Unidad	Cantidad	MARCA	Valor Unitario	IVA	Valor Total
0010001000280	CATETER EPICUTÁNEO CAVA NEONATAL G24 UND	UN	10	VYGON	345,882.00	0	3,458,820.00

Total Bruto	3,458,820.00
Total a Pagar	$3,458,820.00

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, junio 4 2024

Elaborado e Impreso por Siigo

Cordialmente,

Vendedor Principal
Admin. Ventas
POLIFARMA S.A.S. - POLIMEDIC´S FARMACEUTICA S.A.S.

945

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14966279766

(415)7707212489984(8020) 000001496627976 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 0 0 1 5 1 0 6 4 — 6. DV: 0

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 13. 3 2

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: POLIMEDIC´S FARMACEUTICA S A S

36. Nombre comercial:

37. Sigla: POLIFARMA S.A.S.

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 77 28 B 33

42. Correo electrónico: polifarma_sa@yahoo.com

43. Código postal: 1 1 1 2 2 1

44. Teléfono 1: 3 1 0 2 3 4 0 0 3 5

45. Teléfono 2: 6 0 1 3 1 1 2 6 6 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 4 5	1 9 9 4 0 1 0 3	4 6 5 9	2 0 1 2 0 9 0 3		8 6 9 9			1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios 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 [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2023 - 12 - 05 / 17 : 08: 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. Nombre: BEDOYA SANCHEZ OSCAR HUMBERTO

985. Cargo: Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 07-03-2024 11:46:51AM

Polimedic's Farmaceutica SAS

MMQ $3'458.820

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, JUNIO 4 DE 2024
NOMBRE FUNCIONARIO	CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO
ÁREA / DEPENDENCIA	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- GESTIÓN DE ABASTECIMIENTO EN INSUMOS
CENTRO DE COSTO	2MIC52 7311010002
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	121QQ031162	CATETER EPICUTANEO 2FR 24G	UNIDAD	10	

3. JUSTIFICACION

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 neonatos de la unidad materno infantil 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 caracter 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

Vo.Bo. Funcionario Almacen

CRSTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO
Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo Ó
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

1. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL:121QQ031162, NOMBRE/ DESCRICIÓN:CATETER EPICUTANEO 2FR 24G: NO CONTRATADO CON LA INSTITUCIÓN.

Vobo Mayuy Dion C

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

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

Fecha Actual : miércoles, 26 junio 202

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000077086

PROVEEDOR: POLIMEDIC S FARMACEUTICA S A POLIFARMA S A S **NIT:** 800151064
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.)
DIRECCION: CL 71 29 A 23
TELEFONO: 2405051
Nº FACTURA: FE13059 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 0

FECHA: 26/06/2024 09:15 a. m.
ESTADO: Confirmado
MONEDA: Pesos
TASA CAM: 0,00
FECHA FAC: 19/06/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
121QQ031162	CATETER EPICUTANEO 2FR 24G	UNIDAD	10,00	$345.882,00	$3.458.820,00	0,00	0,00

DETALLE

FACTURA FE 13059 COMPRA POR CAJA MENOR SANTA CLARA DIGITA MARLON

SUBTOTAL:	$3.458.820,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$14.320,00
RETE FUENTE:	$86.471,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$3.358.029,00

TOTAL COMPROBANTE:

TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL VEINTINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró:

Revisó Almacen

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR
Revisado Impuestos:

2024-06-28

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 Junio 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 Junio de 2024, igualmente anexo comprobante efectivo del No. 6233 al 6275 y bancos No. 825 a 831 e impuestos generados en este periodo.

Atentamente,

YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN
Directora Administrativa

Copia: Cuentas Por Pagar
Presupuesto
Costos

Anexo: Cuatrocientos Cuarenta y Siete (447) folios

Aprobó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Revisó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Elaboró: Blanca Paulina Suárez Rosas, Secretaria

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

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

DEBE A:

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

POR CONCEPTO: Reembolso de Caja Menor de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., Cuenta Corriente No. 008469999208, Banco Davivienda, correspondiente al mes de Junio de 2024, la suma de Veintidós Millones Treinta y Ocho Mil Quinientos Cuarenta y Cinco Pesos M.cte.($22.038.545,oo).

VALOR TOTAL ($22.038.545,oo)

Dada en Bogotá D.C., el 28 de junio de 2024

Atentamente.

YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN
Directora Administrativa

Aprobó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Revisó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Elaboró: Blanca Paulina Suárez Rosas, Secretaria

Valentina Peña
28/06/24
Presupuesto
3:55 P.M.

junio 28/24.
3:55pm

28/06/2024
11:10pm.

2024-06-28

BALANCE CAJA MENOR
MES JUNIO DE 2024

Valor girado del Banco Davivienda	37.916.000,oo
Comprobante Efectivo 6233 a 6275	13.223.293, oo
Saldo efectivo	4.030.993,oo
Comprobante Bancos Proveedores 827,828.829,831.	8.936.282,oo
Saldo banco	12.398.435,oo
Impuestos retenciones -Mayo - 2024	(673.003,oo)
TOTAL	**$37.916.000,oo**
SUMAS IGUALES	**37.916.000,oo** **$37.916.000,oo**

Atentamente.

YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN
Directora Administrativa

Aprobó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Revisó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Elaboró: Blanca Paulina Suárez Rosas, Secretaria

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
CHEQUES GIRADOS JUNIO -2024-

CUENTA CORRIENTE No 008469999208 BANCO DAVIVIENDA
PROVEEDORES

FECHA	DETALLE	VALOR	RETENCIONES	VALOR NETO
21/06/2024	Comprobante -827- Emergencias Clínicas SAS, Fra. FE6659	2.400.000,00	69.936,00	2.330.064,00
21/06/2024	Comprobante -828- Distriibuidora Colombiana de Medicamentos y Tecnologías en Salud SAS, Fra. FEBT125333	1.852.594,00	53.985,00	1.798.609,00
25/06/2024	Comprobante -829- Bioplast SAS, Fra. FE01-253332	1.499.400,00	49.820,00	1.449.580,00
28/06/2024	Comprobante -831- cheque 92965-7 Polimedics Farmacéutica SAS Fra. FE13059	3.458.820	100.791,00	3.358.029,00
	TOTAL	**9.210.814**	**274.532,00**	**8.936.282,00**

Vo.Bo. ORDENARDOR GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

SOLICITUD REEMBOLSO DE CAJA MENOR 2024

VR./ESTAB. CAJA MEI 37.916.000
VR./ SOLIC. REEMBOI 22.038.545
SALDO CAJA MENOR 15.877.455
% REEMBOLSO: 58.12%

MES: Junio-24

No. COMP	FECHA	BENEFICIARIO	No. Nit	CONCEPTO	Mater. Y Suminist	Gto Transporte y Comunicación	Impresos y Publicaciones	Mto ESE	Imptos, Tasas, Contribuc, Derechos y Multas	Bienestar E Incentivos	GASTOS DE OPERACIÓN Medicamentos	Adquisiones de Bienes PIC	Material Médico Quirúrgico	Mto Equipo Hospitalario	Valor Bruto	RETENCIONES PRACTICADAS EN EL MES Rte Fte	Rte Fte	Rte Fte	Rte Fte	Rte Fte	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Iva	Total Retenciones	Vr. Neto
					4312020100203	4212020200501	4212020200401	4212020200803	4218040701	4212020200909	4244246010301	4245010506	4245010401	4245020801		1,0%	2,5%	3,5%	4%	6%	4,14%	6,9%	9,66%	11,04%	12,14%	0.015%		
6234	06/06/2024	Lubricantes Escamilla Ltda.	901.087.925-1	Aceite y filtros para ael vehículo de placa OBG 336 perteneciente a la Subred Centro Oriente E.S.E., asignado a la Gerencia.				237.000							237.000												0	237.000,00
6235	06/06/2024	Bonné Santé Group SAS	901.256.347-8	Medicamentos (Lugol, Sufato Férrico, Ácido 3% y 85%), necesarios para preparaciones magistrales para la realización de colposcopias en el Hospital La Victoria							732.050				732.050												0	732.050,00
6236	06/06/2024	Juan Isidro Gordillo	79.905.787	Transporte actividades de mantenimiento		123.900									123.900												0	123.900,00
6237	06/06/2024	Miguel Cortes	19.340.564,00	Transporte actividades de mantenimiento		100.300									100.300												0	100.300,00
6238	06/06/2024	Luis Prieto	1.108.457.098	Transporte inspección actividades de mantenimiento		147.500									147.500												0	147.500,00
6239	07/06/2024	William Dario Clavijo Benavides	79.976.994-1	Discos para corte de pulidora de mantenimiento				53.000							53.000												0	53.000,00
6240	12/06/2024	Nelly Camila López Mendoza	1.090.508.604	Traslado a unidades de la Subred Centro Oriente E.S.E.relacionadas con al área de Activos Fijos		82.600									82.600												0	82.600,00
6241	12/06/2024	Comercializadora Air Fric SAS	901.243.245-9	Tres tarros de 800 gramos de gas refrigerante R410A, necesarios para mantenimiento y funcionamiento de la planta de aire medicinal, ubicada en el Hospital Santa Clara				155.999							155.999												0	155.999,00
6242	12/06/2024	Lubricantes Escamilla Ltda.	901.087.925-1	Aceite y filtros (aceite, aire, sedimentador) servicio de limpieza filtro para ael vehículo de placa OBG 274 perteneciente a la Subred Centro Oriente E.S.E., asignado a la Dirección Administrativa.				366.349							366.349												0	366.349,00
6243	12/06/2024	Sodimac Colombia S.A.	900.155.107-1	Cargador de 12 a 24 voltios necesario para planta eléctrica del Hospital Santa Clara.				169.900							169.900												0	169.900,00
6244	13/06/2024	Servicios Especializados Integrados de Mantenimiento SAS	830.053.911-3	Empapque para autoclave marca Macroingenio, ubicada en el área de Esterilización del Hospital Jorge Eliécer Gaitán										1.071.000	1.071.000		22.500						8.694			25.650	56.844	1.014.156,00
6245	13/06/2024	Eduardo Duran Gómez	13.843.363-5	Autenticación poderes tres (3) proceso de Cuentas Médicas, uno (1) proceso de Cartera					17.612						17.612												0	17.612,00
6246	14/06/2024	CDA Ecotec SAS	900.364.255-8	Revisión técnico mecánica para el vehículo administrativo de placas OBG 356 perteneciente a la Subred Centro Oriente E.S.E.					299.503						299.503												0	299.503,00

No. COMP	FECHA	BENEFICIARIO	No. Nit	CONCEPTO	Mater. Y Suminist	Gto Transporte y Comunicación	Impresos y Publicaciones	Mto ESE	Imptos, Tasas, Contribuc, Derechos y Multas	Bienestar E Incentivos	Medicamentos	Adquisiones de Bienes PIC	Material Médico Quirúrgico	Mto Equipo Hospitalario	Valor Bruto	Rte Fte	Rte Fte	Rte Fte	Rte Fte	Rte Fte	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Iva	Total Retenciones	Vr. Neto
					4212020102303	4212020200691	4212020200601	4212020200803	4218040701	4212020220969	4344245010301	4245010305	4245010401	4245020801		1,0%	2,5%	3,5%	4%	6%	4,14%	6,9%	9,66%	11,04%	12,14%	0.015%		
6247	14/06/2024	José Aureliano Ávila Muñoz	11.373.707-9	Fotocopiado de formatos para el proyecto investigación Biomonitoreo de Metales y Función Cognitiva en Escolares de Bogotá 2023.			59.990								59.990												0	59.990,00
6248	18/06/2024	Eduardo Duran Gómez	13.834.363-5	Autenticación firma del Agente Especial Interventor en siete (7) poderes proceso de Cuentas Médicas					26.894						26.894												0	26.894,00
6249	18/06/2024	Kassel Group SAS	830.053.900-2	Servicio de calibración Termo Lactodensímeto,requerido para da rcumplimiento de acciones realizadas por Entorno Gestión Vigilancia Sanitaria PIC								603.330			603.330				20.280				4.898			14.450	39.628	563.702,00
6250	19/06/2024	Madecentro Colombia SAS	811.028.650-1	Chapa,requerida para da rcumplimiento de acciones realizadas por Entorno Gestión Programas PIC								16.052			16.052												0	16.052,00
6251	19/06/2024	Climaco Cárdenas Pérez	3.171.665-1	Chapas,requerida para da rcumplimiento de acciones realizadas por Entorno Gestión Programas PIC								94.500			94.500												0	94.500,00
6252	19/06/2024	Universal de Cauchos Hurtado SAS	830.085.540-1	Tapón Eliptico Interno,requerida para da rcumplimiento de acciones realizadas por Entorno GestiónOperativa y Táctica PIC								21.420			21.420												0	21.420,00
6253	19/06/2024	José aureliano Ávila Muñoz	11.373.707-9	Impresión a color y laminación de fichas educativas ,requerida para da rcumplimiento de acciones realizadas por Entorno Gestión Operativa y Táctica PIC								500.000			500.000					30.000			4.830				34.830	465.170,00
6254	19/06/2024	Jairo Rodriguez Leal	19.260.543-1	Memorias USB Interfaz Tipo C,requerida para da rcumplimiento de acciones realizadas por Entorno Vigilancia Sanitaria PIC								958.800			958.800												0	958.800,00
6255	20/06/2024	Comercializadora Nuevo Porvenir Diaz y Cia. En C	900.272.391-6	Chapa para escritorio donde se custodia recursos de caja menor de la Subred Centro Oriente E.S.E.	13.000,00										13.000												0	13.000,00
6256	20/06/2024	Servientrega S.A.	860.512.330-3	Envio de comunicacionesoficiales fuera de Bogotá por correo certificado		184.000									184.000												0	184.000,00
6257	20/06/2024	Sodimac Colombia S.A.	800.242.106-2	Malla mosquito (angeo) necesarios para subsanar hallazgo dejado por Ambiental	827.200,00										827.200												0	827.200,00
6258	21/06/2024	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
6259	24/06/2024	Luis Eduardo Monroy Pedroza	1,023,879,033-0	Insumos ferretería,requeridos para da rcumplimiento de acciones realizadas por Entorno Laborala PIC								303.000			303.000												0	303.000,00
6260	24/06/2024	Luis Eduardo Monroy Pedroza	1,023,879,033-0	Insumos ferretería,requeridos para da rcumplimiento de acciones realizadas por Entorno GPA ISP PIC								110.000			110.000												0	110.000,00
6261	24/06/2024	Tornlexito SAS	900.238.480-1	Insumos ferretería,requeridos para da rcumplimiento de acciones realizadas por Entorno Gestión Operativa y Táctica PIC								37.999			37.999												0	37.999,00
6262	25/06/2024	Distriquimicos Aldar SAS	830.010.484-5	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (Insumos urgente para Laboratorio Clínico), necesario para la prestación del servicio de salud a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.									1.214.854		1.214.854												0	1.214.854,00

No. COMP	FECHA	BENEFICIARIO	No. Nit	CONCEPTO	Mater. Y Suminist	Gto Transporte y Comunicación	Impresos y Publicaciones	Mto ESE	Imptos, Tasas, Contribuc, Derechos y Multas	Bienestar E Incentivos	Medicamentos	Adquisiones de Bienes PIC	Material Médico Quirúrgico	Mto Equipo Hospitalario	Valor Bruto	Rte Fte	Rte Fte	Rte Fte	Rte Fte	Rte Fte	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Iva	Total Retenciones	Vr. Neto
					4212020100503	4212020200601	4212020200801	4212020200803	4219040701	4219020200809	4244245010301	4245010305	4345010401	4345020801		1,0%	2,5%	3,5%	4%	6%	4,14%	6,9%	9,66%	11,04%	12,14%	0.015%		
6263	25/06/2024	Pedro P Munevar	79.261.047	Transporte actividades de mantenimiento		59.000									59.000												0	59.000,00
6264	26/06/2024	Bonné Sante Group SAS	901.256.347-8	Medicamentos (Ácido Tricloroacetico 85% frasco 250 ml, Percloruro Férrico 40% frasco 250ml), requeridos para la atención de paciente con cirugía de Dermatología							426.950				426.950												0	426.950,00
6265	26/06/2024	Angie Siena Garzón Zuñiga	1.023.918.195-3	Aceite de referencia 20 W 50 para el funionamiento del vehículo administrativo de placa OBG 179 perteneciente a la Subred Centro Oriente E.S.E.				22.000							22.000												0	22.000,00
6266	26/06/2024	Juan Isidro Gordillo	79.905.787	Transporte al trasladarse a unidades de la Subred Centro Oriente E.S.E. para realizar actividades de mantenimiento.				79.650							79.650												0	79.650,00
6267	27/06/2024	Cristian Eduardo Babadias	1.024.534.936	Transporte actividades de mantenimiento		44.250									44.250												0	44.250,00
6268	27/06/2024	Cristian Mendivil	1.101.782.922	Transporte actividades de mantenimiento		44.250									44.250												0	44.250,00
6269	27/06/2024	Miguel Francisco Lastre Cárdenas	9.141.154	Transporte actividades de Gestión de la tecnología Biomédica		88.500									88.500												0	88.500,00
6270	27/06/2024	Distribuidora Colombiana de Medicamentos y Tecnologías en Salud SAS	828.002.423-5	Medicamentos (Valproico Ácido 250 mg/5ml jarabe), necesarios para la atención de pacientes con cirugía de neurología, medicamento crítico y vital							16.059				16.059		401				66						467	15.592,00
6271	27/06/2024	Medispro SAS	901.575.074-0	Medicamentos (Sodio Cloruro 20 Meq/10ml Solución Inyectable - Ampolla), Medicamento Crítico Y Vital Necesarios Para La Atención De Pacientes Que Acuden A Los Servicios De Salud De La Subred Centro Oriente							144.000				144.000												0	144.000,00
6272	27/06/2024	Medicox Ltda.	830.142.523-0	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (Clorhexidina Gluoconato 4% jabón frasco de 60 y 120 ml), necesario para la prestación del servicio de salud a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.									982.800		982.800		24.570				4.069						28.639	954.161,00
6273	27/06/2024	Medicox Ltda.	830.142.523-0	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (Filtro Humidificador Adulto Nariz de Camello), necesario para la prestación del servicio de salud a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.									1.023.400		1.023.400		21.500				3.560					24.510	49.570	973.830,00
6274	28/06/2024	Fanny Constanza Cárdenas García	40.381.815-5	Cambio aceite, filtros, correa alternador, aire acondicionado y correa hidraúlica, para la ambulancia movil 6852 de placa JQV-150 perteneciente a la Subred Centro Oriente ESE				816.620							816.620				28.880				6.975			14.193	50.048	766.572,00
6275	28/06/2024	Comercializadora Air Fric SAS	901.243.245-9	Refrigerante R22X800GR y gusanillo de 1/4 necesario para el aire acondicionado de Tomografía en el Hospital San Blas				302.500							302.500												0	302.500,00

No. COMP	FECHA	BENEFICIARIO	No. Nit	CONCEPTO	Mater. Y Suminist	Gto Transporte y Comunicación	Impresos y Publicaciones	Mto ESE	Imptos, Tasas, Contribuc, Derechos y Multas	Bienestar E Incentivos	Medicamentos	Adquisiones de Bienes PIC	Material Médico Quirúrgico	Mto Equipo Hospitalario	Valor Bruto	Rte Fte	Rte Fte	Rte Fte	Rte Fte	Rte Fte	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Ica	Rte Iva	Total Retenciones	Vr. Neto
					4212020100303	4212022200401	4212022300801	4212020200803	4219040701	4212020200809	4244245210701	4245010305	4245010401	4245022801		1,0%	2,5%	3,5%	4%	6%	4,14%	6,9%	9,66%	11,04%	12,14%	0.015%		
827B	21/06/2024	Emergencias Clínicas SAS	800.105.155-7	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (Catéter Hemodiálisis TEMP 2 LUMEN 14 FR X 20 CM), necesarios de manera urgente para atención de pacientes que se encuentran en la UCI por enfermedades renales agudas									2.400.000		2.400.000		60.000				9.936						69.936	2.330.064,00
828B	21/06/2024	Distribuidora Colombiana de Medicamentos y Tecnologías en Salud SAS	828.002.423-5	Medicamentos (Fibrinogenopolvo liofilizado + solventes (sellantes de fibrina) 4 ML (Tisseel Kit 4 viales), necesarios para la atención de pacientes con cirugía de neurología, medicamento crítico y vital			-				1.852.594		-		1.852.594		46.315				7.670			-			53.985	1.798.609,00
829B	25/06/2024	Bioplast SAS	830.040.574-8	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (máscara de no re inhalación con reservorio adulto incluye extensión de 2 a 3 metros), necesario para la prestación del servicio de salud a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.									1.499.400		1.499.400									13.910		35.910	49.820	1.449.580,00
831B	28/06/2024	Polimedic's Famacéutica SAS	800.151.064-0	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (Catéter Epicutaneo 2FR 24G), necesario para la prestación del servicio de salud a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.									3.458.820		3.458.820		86.471				14.320						100.791	3.358.029,00
													0		0												0	-
					840.200,00	874.300,00	59.990,00	2.203.018,00	344.009,00	250.000,00	3.171.653,00	2.645.101,00	10.579.274,00	1.071.000,00	22.038.545	0	261.757	0	49.160	45.000	39.621	0	27.812	13.910	0	114.713	551.973	21.486.572,00
Vr Rubro Prespuesto					2.625.000,00	3.250.000,00	1.800.000,00	3.437.000,00	583.000,00	250.000,00	4.500.000,00	3.094.000,00	14.633.000,00	2.343.000,00														
Modificacion					0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00														
Nuevo Vr Rubro Presupuesto					2.625.000,00	3.250.000,00	1.800.000,00	3.437.000,00	583.000,00	250.000,00	4.500.000,00	3.094.000,00	14.633.000,00	2.343.000,00														
Saldo Vr. Rubro Presupuesto				-	1.784.800,00	2.375.700,00	1.740.010,00	1.233.982,00	238.991,00	- 0,00	1.328.347,00	448.899,00	4.053.726,00	1.272.000,00	15.677.455		-											

YANET SOFIA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN
Ordenador Gasto - Caja Menor

BLANCA PAULINA SUAREZ ROSAS
Cuentadante - Caja Menor

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

VALOR DE CAJA MENOR MÁS REPRESENTANTIVO MES JUNIO DE 2024

FECHA	CONCEPTO	BANCO	VALOR
07/06/2024	Abono por transferencia reembolso mes Mayo de 2024	DAVIVIENDA	26.483.806,00

Vo.Bo. ORDENADORA GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
MOVIMIENTOS DE FONDOS DE CAJA MENOR
MES JUNIO DE 2024

ENTIDAD	SALDO ANTERIOR	INGRESOS	EGRESOS	SALDO ACTUAL
BANCO DAVIVIENDA	$ 9.850.911,00	26.483.806,00	23.936.282,00	$ 12.398.435,00
				$ -
EFECTIVO	$ 2.254.286,00	$ 15.000.000,00	$ 13.223.293,00	$ 4.030.993,00
TOTAL	$ 12.105.197,00	$ 41.483.806,00	$ 37.159.575,00	$ 16.429.428,00

YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN
Ordenadora Gasto

Elaboro: Blanca Paulina Suárez Rosas

GASTOS CAJA MENOR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA JUNIO DE 2024							
COMP.	FECHA	NOMBRE DE PROVEEDOR	NIT	CONCEPTO	No. FACTURA	VALOR	No. ENTRADA ALMACÉN
6234	06/06/2024	Lubricantes Escamilla Ltda.	901.087.925-1	Aceite y filtros para ael vehículo de placa 0BG 336 perteneciente a la Subred Centro Oriente E.S.E., asignado a la Gerencia.	FELE 131071	237.000,00	76725
6235	06/06/2024	Bonne Sante Group SAS	901.256.347-8	Medicamentos (Lugol, Sufato Férrico, Ácido 3% y 85%), necesarios para preparaciones magistrales para la realización de colposcopias en el Hospital La Victoria	BS 4227	732.050,00	76703
6239	07/06/2024	William Dario Clavijo Benavides	79.976.994-1	Discos para corte de pulidora de mantenimiento	0918	53.000,00	76724
6241	07/06/2024	Comercializadora Air Fric SAS	901.243.245-9	Tres tarros de 800 gramos de gas refrigerante R410A, necesarios para mantenimiento y funcionamiento de la planta de aíre medicinal, ubicada en el Hospital Santa Clara	FE-15583	155.999,00	76913
6243	07/06/2024	Sodimac Colombia SAS	900.155.107-1	Cargador de 12 a 24 voltios necesario para planta eléctrica del Hospital Santa Clara.	512100292660	169.900,00	76846
6242	12/06/2024	Lubricantes Escamilla Ltda.	901.087.925-1	Aceite y filtros (aceite, aíre, sedimentador) servicio de limpieza filtro para ael vehículo de placa OBG 274 perteneciente a la Subred Centro Oriente E.S.E., asignado a la Dirección Administrativa.	FELE13165	366.349,00	76930
6244	12/06/2024	Servicios Especializados Integrados de Mantenimiento SAS	830.053.911-3	Empapque para autoclave marca Macroingenio, ubicada en el área de Esterilización del Hospital Jorge Eliécer Gaitán	FYE 664	1.014.156,00	76909
6250	19/06/2024	Madecentro Colombia SAS	811.028.650-1	Chapa,requerida para da rcumplimiento de acciones realizadas por Entorno Gestión Programas PIC	209-512626	16.052,00	77070

6251	19/06/2024	Climaco Cárdenas Pérez	3.171.665-1	Chapas,requerida para da rcumplimiento de acciones realizadas por Entorno Gestión Programas PIC	231	94.500,00	77098
6252	19/06/2024	Universal de Cauchos Hurtado SAS	830.085.540-1	Tapón Eliptico Interno,requerida para da rcumplimiento de acciones realizadas por Entorno GestiónOperativa y Táctica PIC	UE 185938	21.420,00	77106
6254	19/06/2024	Jairo Rodríguez Leal	19.260.543-1	Memorias USB Interfaz Tipo C,requerida para da rcumplimiento de acciones realizadas por Entorno Vigilancia Sanitaria PIC	Cta Cobro	958.800,00	77215
6255	20/06/2024	Comercializadora Nuevo Porvenir Diazy Cia. S En C	900.272.391-6	Chapa para escritorio donde se custodia recursos de caja menor de la Subred Centro Oriente E.S.E.	PV8115	13.000,00	76962
6257	20/06/2024	Sodimac Colombia SAS	800.242.106-2	Malla mosquito (angeo) necesarios para subsanar hallazgo dejado por Ambiental	99071395060	827.200,00	77085
6259	21/06/2024	Luis Eduardo Monroy Pedroza	1,023,879,033-0	Insumos ferretería,requeridos para da rcumplimiento de acciones realizadas por Entorno Laborala PIC	A256	110.000,00	77094
6260	21/06/2024	Luis Eduardo Monroy Pedroza	1,023,879,033-0	Insumos ferretería,requeridos para da rcumplimiento de acciones realizadas por Entorno GPA ISP PIC	A257	303.000,00	77088
6261	21/06/2024	Torniexito SAS	900.238.480-1	Insumos ferretería,requeridos para da rcumplimiento de acciones realizadas por Entorno Gestión Operativa y Táctica PIC	FVEL6032	37.999,00	77096
6262	24/06/2024	Distriquímico Aldir SAS	830.010.484-5	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (Insumos urgente para Laboratorio Clínico), necesario para la prestación del servicio de salud a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	FEC35011	1.214.854,00	77103

6273	27/06/2024	Medicox Ltda.	830.142.523-0	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (Filtro Humidificador Adulto Nariz de Camello), necesario para la prestación del servicio de salud a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	FVEC70931	973.830,00	77107
6270	27/06/2024	Distribuidora Colombiana de Medicamentos y Tecnologías en Salud SAS	828.002.423-5	Medicamentos (Valproico Ácido 250 mg/5ml jarabe), necesarios para la atención de pacientes con cirugía de neurología, medicamento crítico y vital.	FEBT125996	15.592,00	77070
6271	27/06/2024	Medispro SAS	901.575.074-0	Medicamentos (Sodio Cloruro 20 Meq/10ml Solución Inyectable - Ampolla), Medicamento Crítico Y Vital Necesarios Para La Atención De Pacientes Que Acuden A Los Servicios De Salud De La Subred Centro Oriente	FE-157	144.000,00	77046
831B	28/06/2024	Polimedic´s Famacéutica SAS	800.151.064-0	Dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios (Catéter Epicutaneo 2FR 24G), 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 13059	3.358.029,00	77086
6275	28/06/2024	Comercializadora Air Fric SAS	901.243.245-9	Refrigerante R22X800GR y gusanillo de 1/4 necesario para el aíre acondicionado de Tomografía en el Hospital San Blas	FE-59228	302.500,00	77268
						18.100.594,00	

Vo.Bo. ORDENARDOR 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 CCPET	RUBRO	VALOR ANUAL 2024	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEBRE	DICIEMBRE	TOTAL	SALDO
42	GASTOS	454.992.000	0	28759660	26110136	22246232	26.483.806	22.038.545	0	0	0	0	0	0	125.638.379	329.353.621
421	Funcionamiento	154.356.000	0	7303775	7594859	4616768	7.997.139	4.571.517	0	0	0	0	0	0	32.084.058	122.271.942
4212	Adquisición de bienes y servicios	147.360.000	0	6741337	7152940	4398614	7.594.096	4.227.508	0	0	0	0	0	0	30.114.495	117.245.505
421202	Adquisiciones diferentes de activos	147.360.000	0	6741337	7152940	4398614	7.594.096	4.227.508	0	0	0	0	0	0	30.114.495	117.245.505
42120201	Materiales y suministros	42.516.000	0	2519722	1267200	1064764	1.978.915	840.200	0	0	0	0	0	0	7.670.801	34.845.199
42120201003	Otros bienes transportables (excepto productos metálicos, maquinaria y equipo)	31.500.000	0	1683610	512200	813000	1.802.200	840.200	0	0	0	0	0	0	5.651.210	25.848.790
4212020100303	Materiales y Suministros	31.500.000	0	1683610	512.200,00	813000	1802200	840200	0	0	0	0	0	0	5.651.210	25.848.790
42120201004	Productos metálicos y paquetes de software	11.016.000	0	836112	755000	251764	176.715	0	0	0	0	0	0	0	2.019.591	8.996.409
4212020100401	Gastos de Computador	11.016.000	0	836112	755.000,00	251764	176.715	0	0	0	0	0	0	0	2.019.591	8.996.409
42120202	Adquisición de servicios	104.844.000	0	4221615	5885740	3333850	5.615.181	3.387.308	0	0	0	0	0	0	22.443.694	82.400.306
42120202006	Servicios de alojamiento; servicios de suministro de comidas y bebidas; servicios de transporte; y servicios de distribución de electricidad, gas y agua	39.000.000	0	2614615	2415950	1691630	2.501.980	874.300	0	0	0	0	0	0	10.098.475	28.901.525
4212020200601	Gastos de Transporte y Comunicación	39.000.000	0	2614615	2.415.950,00	1691630	2.501.980	874.300	0	0	0	0	0	0	10.098.475	28.901.525
42120202008	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción	62.844.000	0	1357000	3219790	1392220	2.863.201	2.263.008	0	0	0	0	0	0	11.095.219	51.748.781
4212020200801	Impresos y Publicaciones	21.600.000	0	357000	0,00	358750	386.750	59.990	0	0	0	0	0	0	1.162.490	20.437.510
4212020200803	Mántenimiento ESE	41.244.000	0	1000000	3.219.790,00	1033470	2.476.451	2.203.018	0	0	0	0	0	0	9.932.729	31.311.271
42120202009	Servicios para la comunidad, sociales y personales	3.000.000	0	250000	250000	250000	250.000	250.000	0	0	0	0	0	0	1.250.000	1.750.000
4212020200909	Bienestar e Incentivos	3.000.000	0	250000	250.000,00	250000	250.000	250.000	0	0	0	0	0	0	1.250.000	1.750.000
4218	Gastos por tributos, tasas, contribuciones, multas, sancior	6.996.000	0	562438	441919	218154	403.043	344.009	0	0	0	0	0	0	1.969.563	5.026.437
421801	Impuestos	6.996.000	0	562438	441919	218154	403.043	344.009	0	0	0	0	0	0	1.969.563	5.026.437
42180407	Contribución de vigilancia - Superintendencia Nacional de	6.996.000	0	562438	441919	218154	403.043	344.009	0	0	0	0	0	0	1.969.563	5.026.437
4218040701	Impuestos y Contribuciones	6.996.000	0	562438	441.919,00	218154	403.043	344.009	0	0	0	0	0	0	1.969.563	5.026.437
4245	Gastos de comercialización y producción	300.636.000	0	21455885	18515277	17629464	18.486.667	17.467.028	0	0	0	0	0	0	93.554.321	207.081.679
424501	Materiales y suministros	266.724.000	0	19259836	17412082	17629464	17.337.997	16.396.028	0	0	0	0	0	0	88.035.407	178.688.593
42450103	Otros bienes transportables (excepto productos metálicos, maquinaria y equipo)	91.128.000	0	4831620	5113000	4461750	5.366.037	5.816.754	0	0	0	0	0	0	25.589.161	65.538.839
4245010301	Medicamentos	54.000.000	0	1768620	2.102.500,00	1461750	2.367.477	3.171.653	0	0	0	0	0	0	10.872.000	43.128.000
4245010305	Adquisicion de bienes PIC	37.128.000	0	3063000	3.010.500,00	3000000	2.998.560	2.645.101	0	0	0	0	0	0	14.717.161	22.410.839
42450104	Productos metálicos, maquinaria y equipo	175.596.000	0	14428216	12299082	13167714	11.971.960	10.579.274	0	0	0	0	0	0	62.446.246	113.149.754
4245010401	Material Médico-Quirúrgicos	175.596.000	0	14428216	12.299.082,00	13167714	11.971.960	10.579.274	0	0	0	0	0	0	62.446.246	113.149.754
424502	Adquisición de servicios	33.912.000	0	2196049	1103195	0	1.148.670	1.071.000	0	0	0	0	0	0	5.518.914	28.393.086
42450206	Servicios de alojamiento; servicios de suministro de comidas y bebidas; servicios de transporte; y servicios de distribución de electricidad, gas y agua	3.000.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.000.000
424502060201	Adquisición Otros Servicios	3.000.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.000.000
42450208	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción	28.116.000	0	2196049	1103195	0	1.148.670	1.071.000	0	0	0	0	0	0	5.518.914	22.597.086
4245020801	Mantenimiento Equipos Hospitalarios	28.116.000	0	2196049	1.103.195,00	0	1.148.670	1.071.000	0	0	0	0	0	0	5.518.914	22.597.086
42450209	Servicios para la comunidad, sociales y personales	2.796.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.796.000
4245020903	Adquisición de Servicios de Salud	2.796.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.796.000

LISTADO AUXILIAR GENERAL

DESDE EL 01/06/2024 AL 03/07/2024 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:**	25.810.903,00
EGB	503273	04/06/2024	Tesoreria Comprobante de Egreso Nº 000000000527080	000000000527080	Confirmado	26.483.806,00	0,00	-672.903,00
REC	501876	06/06/2024	Tesoreria Recibo de Caja Nº 000000000533123	000000000533123	Confirmado	0,00	673.003,00	100,00
NDP	7729	25/06/2024	Confirmación de la Nota 12856	12856	Confirmado	0,00	583.347,00	583.447,00
NDP	7730	25/06/2024	Confirmación de la Nota 12858	12858	Confirmado	0,00	732.050,00	1.315.497,00
[illegible]	416815	25/06/2024	REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES JUNIO 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6233 A Y BANCOS 8125 A CAUSACION RETENCION IMPUESTOS (Cuenta por Pagar Factura 3006CJM2024)	CxP 516865	Confirmado	0,00	3.405.980,00	4.721.477,00
NDP	7731	25/06/2024	Confirmación de la Nota 12859	12859	Confirmado	0,00	53.000,00	4.774.477,00
NDP	7732	26/06/2024	Confirmación de la Nota 12862	12862	Confirmado	0,00	1.014.156,00	5.788.633,00
[illegible]	7752	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12902	12902	Confirmado	0,00	15.959,00	5.804.592,00
NDP	7760	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12910	12910	Confirmado	0,00	22.000,00	5.826.592,00
NDP	7770	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12921	12921	Confirmado	0,00	93,00	5.826.685,00
NDP	7750	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12900	12900	Confirmado	0,00	458.500,00	6.285.185,00
NDP	7751	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12901	12901	Confirmado	0,00	997.100,00	7.282.285,00
NDP	7753	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12903	12903	Confirmado	0,00	94.500,00	7.376.785,00
NDP	7754	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12904	12904	Confirmado	0,00	21.420,00	7.398.205,00
NDP	7755	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12905	12905	Confirmado	0,00	958.800,00	8.357.005,00
NDP	7756	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12906	12906	Confirmado	0,00	13.000,00	8.370.005,00
NDP	7757	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12907	12907	Confirmado	0,00	413.000,00	8.783.005,00
NDP	7758	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12908	12908	Confirmado	0,00	37.999,00	8.821.004,00
NDP	7759	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12909	12909	Confirmado	0,00	1.214.854,00	10.035.858,00
NDP	7761	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12911	12911	Confirmado	0,00	426.950,00	10.462.808,00
NDP	7762	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12912	12912	Confirmado	0,00	15.592,00	10.478.400,00
[illegible]	7763	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12913	12913	Confirmado	0,00	144.000,00	10.622.400,00
NDP	7764	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12914	12914	Confirmado	0,00	954.161,00	11.576.561,00
NDP	7765	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12915	12915	Confirmado	0,00	973.830,00	12.550.391,00
NDP	7766	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12916	12916	Confirmado	0,00	2.330.064,00	14.880.455,00
NDP	7767	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12917	12917	Confirmado	0,00	1.798.609,00	16.679.064,00
NDP	7768	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12918	12918	Confirmado	0,00	1.449.580,00	18.128.644,00
[illegible]	7769	30/06/2024	Confirmación de la Nota 12919	12919	Confirmado	0,00	3.358.029,00	21.486.673,00
				TOTAL DE LA CUENTA :		26.483.806,00	22.159.576,00	
				GRAN TOTAL :		26.483.806,00	22.159.576,00	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
900959051

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo: 516865 **Factura:** 3006CJM2024 **Estado:** Confirmado

Tercero: Nit 900959051 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Proveedor: 900959051 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Fecha: martes 25 de junio de 2024 12:05 p. m. **Fecha Vencimiento:** 25/06/2024 **Plazo:** 0 Días

Cuenta: 240101003 - CAJA MENOR

Cuenta NIIF: 240101003 - CAJA MENOR

Valor: $ 3.405.980,00

Valor: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Observaciones: REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES JUNIO 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6233 A Y BANCOS 8125 A CAUSACION RETENCION IMPUESTOS

CONCEPTOS

Concepto		Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
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	7ADM03	Debito	$ 100.300,00
		Cuenta NIIF:	511123001			
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1108457098	511123001	7ADM03	Debito	$ 147.500,00
		Cuenta NIIF:	511123001			
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1090506604	511123001	7ADM12	Debito	$ 82.600,00
		Cuenta NIIF:	511123001			
	Porcentaje		Valor Base			
94	GASTOS MANTENIMIENTO	901087925	511115001	7ADM07	Debito	$ 20.002,00
		Cuenta NIIF:	511115001			
	Porcentaje		Valor Base			
116	GASTOS LEGALES	13834363	511164001	7ADA01	Debito	$ 17.612,00
		Cuenta NIIF:	511164001			
	Porcentaje		Valor Base			
94	GASTOS MANTENIMIENTO	900364255	511115001	7ADM07	Debito	$ 299.503,00
		Cuenta NIIF:	511115001			
	Porcentaje		Valor Base			
705	REGISTRO IMPRESOS PUBLICACIONES SUSCRIPCIONES Y AFILIACIONES	11373707	511121001	7ADA14	Debito	$ 59.990,00
		Cuenta NIIF:	511121001			
	Porcentaje		Valor Base			

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo: 516865 **Factura:** 3006CJM2024 **Estado:** Confirmado

Tercero: Nit 900959051 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Proveedor: 900959051 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Fecha: martes 25 de junio de 2024 12:05 p. m. **Fecha Vencimiento:** 25/06/2024 **Plazo:** 0 Días

Cuenta: 240101003 - CAJA MENOR

Cuenta NIIF: 240101003 - CAJA MENOR

Valor: $ 3.405.980,00

Valor: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Observaciones: REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES JUNIO 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6233 A Y BANCOS 8125 A CAUSACION RETENCION IMPUESTOS

CONCEPTOS

Concepto		Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
116	GASTOS LEGALES	13834363	511164001	7ADA01	Debito	$ 26.894,00
		Cuenta NIIF:	511164001			
	Porcentaje		Valor Base			
281	MANTENIMIENTO - SERV AMBU-OTRAS ACT EXTRAMU	830053900	731402005	6S3P024	Debito	$ 603.330,00
		Cuenta NIIF:	731402005			
	Porcentaje		Valor Base			
285	IMPRE, PUBLI, SUSCRIP Y AFILI - SERV AMBU-OTRAS ACT EXTRAMU	11373707	731402009	6S3P031	Debito	$ 500.000,00
		Cuenta NIIF:	731402009			
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	860512330	511123001	7ADM09	Debito	$ 184.000,00
		Cuenta NIIF:	511123001			
	Porcentaje		Valor Base			
120	VARIOS - GASTOS	80845602	511190002	7ADM05	Debito	$ 250.000,00
		Cuenta NIIF:	511190002			
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	79261047	511123001	7ADM03	Debito	$ 59.000,00
		Cuenta NIIF:	511123001			
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	79905787	511123001	7ADM03	Debito	$ 79.650,00
		Cuenta NIIF:	511123001			
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1024534936	511123001	7ADM03	Debito	$ 44.250,00
		Cuenta NIIF:	511123001			
	Porcentaje		Valor Base			

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo: 516865 **Factura:** 3006CJM2024 **Estado:** Confirmado

Tercero: Nit 900959051 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Proveedor: 900959051 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Fecha: martes 25 de junio de 2024 12:05 p. m. **Fecha Vencimiento:** 25/06/2024 **Plazo:** 0 Días

Cuenta: 240101003 - CAJA MENOR

Cuenta NIIF: 240101003 - CAJA MENOR

Valor: $ 3.405.980,00

Valor: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Observaciones: REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES JUNIO 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6233 A Y BANCOS 8125 A CAUSACION RETENCION IMPUESTOS

CONCEPTOS

Concepto		Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	1101782922	511123001	7ADM03	Debito	$ 44.250,00
		Cuenta NIIF:	511123001			
	Porcentaje		Valor Base			
107	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE - GASTOS	9141154	511123001	7ADM02	Debito	$ 88.500,00
		Cuenta NIIF:	511123001			
	Porcentaje		Valor Base			
652	MANTENIMIENTO - AMBULANCIA	40381815	738602005	9CVG29	Debito	$ 816.620,00
		Cuenta NIIF:	738602005			
	Porcentaje		Valor Base			
44	RETEFUENTE RTEFTE SERVICIOS 4%	830053900	243605005		Credito	$ 20.280,00
		Cuenta NIIF:	243605005			
04	SERVICIOS GENERALES DECLARANTES Porcentaje	4,00	Valor Base	507.000,00		
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS	830053900	243627002		Credito	$ 4.898,00
		Cuenta NIIF:	243627002			
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS Porcentaje	9,66	Valor Base	507.000,00		
61	RETENCION IVA POR SERVICIOS	830053900	243625002		Credito	$ 14.450,00
		Cuenta NIIF:	243625002			
21	RETENCION IVA REGIMEN COMUN Porcentaje	15,00	Valor Base	96.330,00		
43	RETEFUENTE SERVICIOS GENERALES 6%	11373707	243605004		Credito	$ 30.000,00
		Cuenta NIIF:	243605004			
05	SERVICIOS GENERALES NO DECLARANTES Porcentaje	6,00	Valor Base	500.000,00		

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo: 516865 **Factura:** 3006CJM2024 **Estado:** Confirmado

Tercero: Nit 900959051 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Proveedor: 900959051 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Fecha: martes 25 de junio de 2024 12:05 p. m. **Fecha Vencimiento:** 25/06/2024 **Plazo:** 0 Días

Cuenta: 240101003 - CAJA MENOR

Cuenta NIIF: 240101003 - CAJA MENOR

Valor: $ 3.405.980,00

Valor: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Observaciones: REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES JUNIO 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6233 A Y BANCOS 8125 A CAUSACION RETENCION IMPUESTOS

CONCEPTOS

Concepto		Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS	11373707	243627002		Credito	$ 4.830,00
		Cuenta NIIF:	243627002			
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS Porcentaje 9,66 Valor Base 500.000,00					
43	RETEFUENTE SERVICIOS GENERALES 6%	80845602	243605004		Credito	$ 15.000,00
		Cuenta NIIF:	243605004			
05	SERVICIOS GENERALES NO DECLARANTES Porcentaje 6,00 Valor Base 250.000,00					
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS	80845602	243627002		Credito	$ 2.415,00
		Cuenta NIIF:	243627002			
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS Porcentaje 9,66 Valor Base 250.000,00					
44	RETEFUENTE RTEFTE SERVICIOS 4%	40381815	243605005		Credito	$ 28.880,00
		Cuenta NIIF:	243605005			
04	SERVICIOS GENERALES DECLARANTES Porcentaje 4,00 Valor Base 722.000,00					
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS	40381815	243627002		Credito	$ 6.975,00
		Cuenta NIIF:	243627002			
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS Porcentaje 9,66 Valor Base 722.000,00					
61	RETENCION IVA POR SERVICIOS	40381815	243625002		Credito	$ 14.193,00
		Cuenta NIIF:	243625002			
21	RETENCION IVA REGIMEN COMUN Porcentaje 15,00 Valor Base 94.620,00					

CUOTAS

No. Cuota	Fecha Vencimiento	Valor
1	25/06/2024	$ 3.405.980,00
	Total Cuotas:	$ 3.405.980,00

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo: 516865 **Factura:** 3006CJM2024 **Estado:** Confirmado

Tercero: Nit 900959051 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Proveedor: 900959051 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Fecha: martes 25 de junio de 2024 12:05 p. m. **Fecha Vencimiento:** 25/06/2024 **Plazo:** 0 Días

Cuenta: 240101003 - CAJA MENOR

Cuenta NIIF: 240101003 - CAJA MENOR

Valor: $ 3.405.980,00

Valor: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Observaciones: REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES JUNIO 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6233 A Y BANCOS 8125 A CAUSACION RETENCION IMPUESTOS

CUOTAS

No. Cuota	Fecha Vencimiento	Valor

ELABORO **REVISO**

Bogotá, 03 de julio de 2024

Doctor
ORLANDO MARTÍNEZ HENAO
Profesional Especializado – Contador (E)
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente ESE
BOGOTÁ D.C.

Asunto: Entrega de Conciliación Mes Junio de 2024

Respetado doctor Martínez:

Cordial saludo, la presente tiene como finalidad remitirle Conciliación correspondiente al mes de Junio de 2024 de la Cuenta Corriente No. 0084 6999 9208 de la Caja Menor de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Agradezco la atención prestada.

Atentamente.

YANET SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN
Directora Administrativa

Anexo: Tres (3) folios

Aprobó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Revisó: Yanet Sofía Rodríguez Leguizamón, Directora Administrativa
Elaboró: Blanca Paulina Suárez Rosas, Secretaria

Recibí 4/7/2024

Copia

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
CONCILIACION BANCARIA BANCO DAVIVIENDA CAJA MENOR SUBRED CENTRO ORIENTE
CUENTA CORRIENTE N. 008469999208
MES JUNIO DE 2024

			EXTRACTO	LIBRO
		SALDO A COMPARAR	19.536.108,00	12.398.435,00
MAS	A	Consignaciones No Registradas		
	B	Notas Crédito		
	C	Ajustes		
		SUMAS	19.536.108,00	12.398.435,00
MENOS	D	Cheques En Mano		7.137.673,00
	E	Notas Débito		
	F	Ajustes		
		M	**19.536.108,00**	**19.536.108,00**

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
21/06/2024	92961-2	Emergencias Clínicas SAS, Fra. FE6659	2.330.064,00
25/06/2024	92963-1	Bioplast SAS, Fra. FE01-253332	1.449.580,00
28/06/2024	92965-7	Polimedics Farmacéutica SAS Fra. FE13059	3.358.029,00

TOTAL D 7.137.673,00

F. AJUSTES

MENOS EN LIBROS

TOTAL 0,00

F. AJUSTES

TOTAL F.

Elaboró

BLANCA PAULINA SUÁREZ ROSAS

Reviso

ORLANDO MARTÍNEZ HENAO
Profesional Especializado - Contador (E)

Aprobó

YANET SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMÓN
Director Administrativo

DAVIVIENDA

Fogafin Seguridad para tu ahorro | Producto protegido por el Seguro de Depósitos www.fogafin.gov.co

H.01

CUENTA CORRIENTE
0084 6999 9208

INFORME DEL MES: JUNIO /2024

Apreciado Cliente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE NTE E.S.E
gerencia@subredcentrooriente.gov.co

Saldo Anterior	$9,850,911.00
Más:Créditos	$26,483,806.00
Menos: Débitos	$16,798,609.00
Nuevo Saldo	$19,536,108.00

Días Sobregiro	0
Interés de Sobregiro	$0.00
Tasa Sobregiro	30.76% E.A
Tasa Mora	30.76% E.A

Fecha Día	Mes	Clase de Movimiento	Oficina	Doc.	Valor	Saldo
07	06	Cheque Pagado por Ventanilla	BTA SANTA ISABEL	9591	$5,000,000.00-	$4,850,911.00+
07	06	Abono Transferencia 0550008400747591 9009590517 TRANSFERENCIA TERCEROS	PORTAL-EMPRESARIAL	7987	$26,483,806.00+	$31,334,717.00+
14	06	Cheque Pagado por Ventanilla	BTA SANTA ISABEL	9609	$5,000,000.00-	$26,334,717.00+
27	06	Cheque Pagado por Ventanilla	BTA SANTA ISABEL	9643	$5,000,000.00-	$21,334,717.00+
28	06	Cheque Pagado por Proceso de Canje	BTA CENTRO CANJE	9626	$1,798,609.00-	$19,536,108.00+

Interés de Sobregiro: 2.26 % M.V. 30.76 % E.A.

Este producto cuenta con seguro de depósitos
Cualquier diferencia con el saldo, favor comunicarla a nuestra revisoría fiscal KPMG Ltda. A.A. 77859 de Bogotá.
Recuerde que usted también cuenta con nuestro Defensor del Consumidor Financiero: **José Guillermo Peña González** Dirección: Av. 19 No. 114 -09, Of. 502. Bogotá D.C., Colombia. Teléfono: (+57 601) 2131370 | 2131322 Correo Electrónico: defensordelcliente@davivienda.com.
Para mayor información en www.davivienda.com

Banco Davivienda S.A NIT.860.034.313-7

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

LIBRO AUXILIAR DE BANCOS CAJA MENOR 2024

CUENTA CORRIENTE No 008469999208 BANCO DAVIVIENDA

En Bogotá D.C., a los veinticinco (25) dias 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	9.850.911,00		9.850.911,00
06/06/2024	Comprobante -825- cheque 92959-1 Gastos Efectivo		5.000.000,00	4.850.911,00
07/06/2024	Abono por transferencia reembolso mes Mayo de 2024	26.483.806,00		31.334.717,00
14/06/2024	Comprobante -826- cheque 92960-9 Gastos Efectivo		5.000.000,00	26.334.717,00
21/06/2024	Comprobante -827- cheque 92961-2 Emergencias Clínicas SAS, Fra. FE6659		2.330.064,00	24.004.653,00
21/06/2024	Comprobante -828- cheque 92962-6 Distribuidora Colombiana de Medicamentos y Tecnologías en Salud SAS, Fra. FEBT125333		1.798.609,00	22.206.044,00
25/06/2024	Comprobante -829- cheque 92963-1 Bioplast SAS, Fra. FE01-253332		1.449.580,00	20.756.464,00
26/06/2024	Comprobante -830- cheque 92964-3 Gastos Efectivo		5.000.000,00	15.756.464,00
28/06/2024	Comprobante -831- cheque 92965-7 Polimedics Farmacéutica SAS Fra. FE13059		3.358.029,00	12.398.435,00
	Cierre Junio de 2024	36.334.717,00	23.936.282,00	
	Saldo que pasa		12.398.435,00	
	Sumas Iguales	36.334.717,00	36.334.717,00	
	Saldo que pasa	12.398.435,00		12.398.435,00

Vo.Bo. ORDENADORA GASTO

Vo.Bo. CUENTADANTE