

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 N°

6276

FECHA

03/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

IMPUESTOS TASAS DERECHOS CONTRIBUCIONES Y MULTAS

VALOR:

\$551.973,00

LA SUMA DE:

QUINIENTOS CINCUENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SETENTA Y 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 JUNIO DE 2024 EN LA CAJA MENOR DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.


Vb.Bo. ORDENADOR DEL GASTO


Vb.Bo. CUENTADANTE

**DAVIVIENDA**

(92)02500588468526

**FORMATO DE CONVENIOS
EMPRESARIALES****DATOS DEL CONVENIO**

| | | | |
|--|-------|--------------------------------------|-------|
| Nombre del convenio: SUBROG. Centro Oriente | | Código convenio: 008400747591 | |
| Referencia 1: | | Referencia 2: | |
| No. factura | Valor | No. factura | Valor |
| | | | |
| | | | |

Sello del cajero

FORMA DE PAGO RECAUDO / PLANILLA

| | | | | | |
|---|------------|--|-------|---|--------------------------|
| <input type="radio"/> Efectivo <input type="radio"/> Cheque | | CARGO A CUENTA O TARJETA DE CRÉDITO | | <input type="radio"/> Cuenta de Ahorro <input type="radio"/> Cuenta Corriente <input type="radio"/> Tarjeta de Crédito* | |
| | | No. 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 \$ | \$51.973 |
| | | | | <input type="radio"/> No. cheques | Total cheque \$ |
| | | | | | Total \$ \$51.973 |

COBRO POR VENTANILLA

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

PAGO DE PLANILLA

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Planilla asistida <input type="radio"/> Pin único | Número planilla / Pin único | Periodo liquidado (AAAA/MM) |
|---|-----------------------------|-----------------------------|

DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCIÓN

| | | |
|--|---------------|--------------------|
| Nombre y apellido: SUBROG. Centro Oriente | Teléfono | Ciudad |
| Documento identidad: <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input checked="" type="radio"/> NIT | No. documento | 900959051-7 |

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 cheques celebrados en su nombre. Los cheques depositados en esta consignación serán objeto de verificación 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 cubiere 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 del cajero.

- BANCO -**BANCO DAVIVIENDA**

Recibo Empresarial
Fecha: 03/07/2024 Hora: 15:47:37
Jornada: Normal
Oficina: 0010
Terminal: CJO010W104
Usuario: 106

DATOS DEL CONVENIO

Nombre del Convenio:
SUBROG. 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: \$51,973.00
Costo transacción: \$0.00
No. Transacción: 284928
Quien realiza la transacción
Tipo Id: NIT
Número Id: 9009590517
Transacción exitosa en línea
Por favor verifique que la
información impresa es correcta.

RECIBO DE CAJA

SANDRA MARINA MORENO JIMENEZ

Número : 000000000541974

CONSECUTIVO 000000000541974

ESTADO Confirmado

FECHA DEL RECIBO 5/07/2024 10:14:30 a. m.

VALOR \$ 551.973,00

TERCERO 900959051

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

CENTRO DE COSTO

DETALLE

REINTEGRO DE IMPUESTOS MES DE JUNIO 2024 - IMPUESTOS GENERADOS EN EL
MES DE JUNIO 2024 EN LA CAJA MENOR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE - CONSIGNACION REALIZADA EL 03 DE JULIO DE 2024

VALOR EN LETRAS

QUINIENTOS CINCUENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON
CERO CTVS M/Cte.

RECAUDO NRO

USUARIO CREA SANDRA MARINA MORENO JIMENEZ

| FORMAS DE PAGO | | | | | | | |
|---|---------------|-------------------|---------------|---------------|---------------|--------------|---------|
| vr Efectivo : | \$ 551.973,00 | 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 N° 008400747591 | 900959051 | | 111006001 | \$ 551.973,00 | \$ 0,00 | | |
| 88 REINTEGRO CAJA MENOR - COMPRAS | 900959051 | | 240101003 | \$ 0,00 | \$ 551.973,00 | | |
| 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]



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

RESOLUCIÓN No 5 2 6 DEL 0 5 JUL 2024

"Por la cual se hace un nombramiento ordinario en la planta de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E."

EL AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

En ejercicio de las facultades legales y reglamentarias en especial las que le confiere la resolución No. 2024420000003568-6 del día 7 de mayo de 2024 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y,

CONSIDERANDO

Que la Ley 909 del 2004 en su artículo 23 dispone: *"Clases de nombramientos. Los nombramientos serán ordinarios, en periodo de prueba o en ascenso, sin perjuicio de lo que dispongan las normas sobre las carreras especiales. Los empleos de Libre nombramiento y remoción serán provistos por nombramiento ordinario, previo cumplimiento de los requisitos exigidos para el desempeño del empleo y el procedimiento establecido por la Ley"*.

Que el empleo de Libre Nombramiento y Remoción de Director Administrativo Código 009 Grado 05, dependiente de la Subgerencia Corporativa de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., se encuentra vacante y debe ser provisto.

Que la Dirección de Gestión del Talento Humano certificó que verificada la hoja de vida de la doctora **DIANA MARIA LOPEZ DURANGO** identificada con cédula de ciudadanía No. 43.553.899, cumple con los requisitos y el perfil requerido para ser nombrada en el empleo de libre Nombramiento y Remoción de Director Administrativo Código 009 Grado 05, asignado a la Dirección Administrativa de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Que atendiendo lo previsto en los Decretos Distritales 189 de 2020 y 782 de 2020, las Circulares Externas 004 de 2019 y 038 de 2020 expedida por el Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital; la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., adelantó el trámite legal administrativo de aplicación de pruebas y publicación de hoja de vida en la página del D.A.S.C.D. a nombre de la doctora **DIANA MARIA LOPEZ DURANGO** identificada con cédula de ciudadanía No. 43.553.899 como aspirante a ocupar el empleo de Libre Nombramiento y Remoción denominado Director Administrativo Código 009 Grado 05 de la Dirección Administrativa, por el término de cinco (5) días hábiles; publicación que se surtió en la página web: www.serviciocivil.gov.co, durante los días comprendidos del 26 de junio al 04 de julio de 2024, sin que se hubiera recibido observación alguna a la misma.

1- INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6277

FECHA

08/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL

MANTENIMIENTO ESE

VALOR:

\$49.980,00

SUMA DE:

CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. BDCO2604 BDIAZ HERMANOS SAS NIT 900.282.582-9 RODAMIENTOS NECESARIOS PARA ARREGLO DE MOTOBOMBA QUE INYECTA AGUA POTABLE AL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL SANTA CLARA, SOLICITADO POR JOSÉ JUVENAL HENAO ARIZA, INGENIERO BIOMÉDICO.

Diana López D
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Olivera A
Vo.Bo. CUENTADANTE

ND 13139.



BDIAZ HERMANOS SAS

Nit. 900.282.582-9

Responsable del Impuesto a las Ventas IVA

Actividad Económica 2814 Tarifa ICA 11.04x1000

No somos Autorretenedores, ni Grandes Contribuyentes

CR 24 12 25 Ricaurte Tel.601 277 8821 Cel. 310 268 7705

Autorización No.18764052640411 de Jul.31/2023 Facturación Electrónica de Venta

BDCO 1009 al 20000 Vigencia 12 meses

Factura Electrónica de Venta No. BDCO

2604

Fecha: 05/07/2024 15:25:22

Nit ó Ced. : 900959051
Nombre : SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dirección : DIAG. 34 No. 5-43
Teléfono : 3444484
Vendedor : BARCO JHON

| CODIGO | ARTICULOS | CANT | VALOR |
|--------|-----------------|------|--------|
| R6205 | RODAMIENTO 6205 | 1.00 | 22,610 |
| 6206 | RODAMIENTO 6206 | 1.00 | 27,370 |

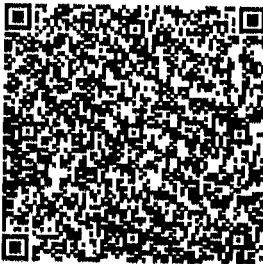
Total Cantidades 2.00

Total 49,980
Descuento 0
Base IVA 42,000
Vr. IVA 7,980
Total Pagar 49,980

DETALLE TRIBUTARIO

| TARIFA | BASE | I.V.A. |
|------------------|-----------|--------|
| 19.00 | 42,000 | 7,980 |
| EFFECTIVO PESOS: | 0 CAMBIO: | 0 |

2024-07-05T20:24:06.120Z



BDIAZ
HERMANOS SAS
NIT. 900.282.582-9
CANCELADO

5591cefd61fb9eb8ede7f866a18db645dc47349db61500520ef86

10d05098f86293f165b056eaea2813f5dd41d406588

GRACIAS POR SU COMPRA

Software Propio Nit. 900.282.582-9 Bdlaz Hermanos Sas - HYMLYMA

Correo Electrónico: almaceny tallerbdiaz@gmail.com

Carlos A. Gama



BDIAZ HERMANOS SAS

Nit. 900.282.582-9

Responsable del Impuesto a las Ventas IVA

Actividad Económica 2814 Tarifa ICA 11.04x1000

No somos Autorretenedores, ni Grandes Contribuyentes

CR 24 12 25 Ricaurte Tel.601 277 8821 Cel. 310 268 7705

Autorización No.18764052640411 de Jul.31/2023 Facturación Electrónica de Venta

BDCO 1009 al 20000 Vigencia 12 meses

Factura Electrónica de Venta No. BDCO

2604

Fecha: 05/07/2024 15:25:22

Nit ó Ced. : 900959051
Nombre : SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dirección : DIAG. 34 No. 5-43
Teléfono : 3444484
Vendedor : BARCO JHON

| CODIGO | ARTICULOS | CANT | VALOR |
|--------|-----------------|------|--------|
| R6205 | RODAMIENTO 6205 | 1.00 | 22,610 |
| 6206 | RODAMIENTO 6206 | 1.00 | 27,370 |

Total Cantidades 2.00

Total 49,980
Descuento 0
Base IVA 42,000
Vr. IVA 7,980
Total Pagar 49,980

DETALLE TRIBUTARIO

| TARIFA | BASE | I.V.A. |
|------------------|-----------|--------|
| 19.00 | 42,000 | 7,980 |
| EFFECTIVO PESOS: | 0 CAMBIO: | 0 |

2024-07-05T20:24:06.120Z



BDIAZ
HERMANOS SAS
NIT. 900.282.582-9
CANCELADO

5591cefd61fb9eb8ede7f866a18db645dc47349db61500520ef86

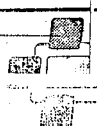
10d05098f86293f165b056eaea2813f5dd41d406588

GRACIAS POR SU COMPRA

Software Propio Nit. 900.282.582-9 Bdlaz Hermanos Sas - HYMLYMA

Correo Electrónico: almaceny tallerbdiaz@gmail.com

Carlos A. Gama

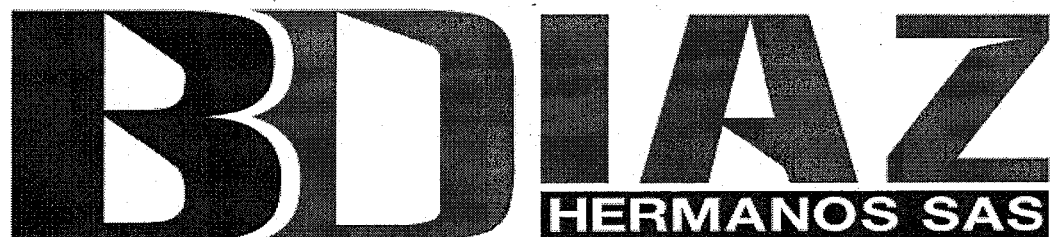


Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E

Subred Integrada de Servicios Caring Oriente

05 JUL 2024

Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO



SEÑORES:

SU RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E S E

ATN, SR: COMPRAS

COTIZACION No 0507-24

FECHA: JULIO 5 DE 2024

| CANTIDAD | DETALLE | VR UNIT. | TOTAL |
|-------------------------------|-----------------|----------|----------|
| 1 | RODAMIENTO 6205 | \$19.000 | \$19.000 |
| 1 | RODAMIENTO 6206 | \$23.000 | \$23.000 |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| Observacion: | | SUBTOTAL | \$42.000 |
| TIEMPO DE ENTREGA: | | IVA | \$7.980 |
| INMEDIATA A PARTIR DE SU O.C. | | TOTAL | \$49.980 |
| FORMA DE PAGO: CONTADO | | | |

DANIEL BARCO

CEL. 310 2687705

TEL. 277 8821 / 247 1681

VALIDEZ DE LA OFERTA: 3 DIAS

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14853721836



(415)7707212489984(8020) 000001485372183 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 0 2 8 2 5 8 2

9

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón social

BDIAZ HERMANOS S A S

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

País

COLOMBIA

1 6 9

38. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 24 12 25 BRR RICAURTE

42. Correo electrónico

almacenytallerbdiaz@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

2 7 7 8 8 2 1

45. Teléfono 2

3 1 0 2 6 8 7 7 0 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

2 8 1 4

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 9, 0 4, 0 9

Actividad secundaria

48. Código

2 4 1 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 9, 0 4, 0 9

Otras actividades

50. Código

2 4 3 1

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 52- Facturador electrónico

07- Retención en la fuente a título de renta 55- Informante de Beneficiarios Finales

09- Retención en la fuente en el impuesto

10- Obligado aduanero

14- Informante de exógena

18- Obligado a llevar contabilidad

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma

3

56. Tipo

3

Servicio

57. Modo

9 7

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 - 08 - 24 / 00 : 32: 53

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar irreverencia en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA BOGOTA - 05/07/2024

NOMBRE FUNCIONARIO JOSE JUVENAL HENAO AREIZA

ÁREA / DEPENDENCIA AMBIENTE FÍSICO - INFRAESTRUCTURA

CENTRO DE COSTO 1SC007 734002005

UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Se requiere compra de rodamientos para arreglo de motobomba que inyecta agua potable al servicio de laboratorio clínico del Hospital Santa Clara

3. JUSTIFICACIÓN

El arreglo de la motobomba es requerido para poder suministrar agua al área de laboratorio clínico del Hospital Santa Clara, esto con el fin de poder realizar los procedimientos internos y garantizar de esta manera la prestación del servicio de salud a los usuarios de las Subred Centro Oriente E.S.E

4. ¿Existe en Almacén Central?

SI

NO

Nombre Funcionario y/o Contratista

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

EN LA ACTUALIDAD NO SE ENCUENTRA VIGENTE NINGUN PROCESO DE CONTRATACION
RELACIONADO CON LA COMPRA DE LOS RODAMIENTOS

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

Fecha Actual : lunes, 08 julio 2024

1/1

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

COMPROBANTE ENTRADA N°00000000077331

PROVEEDOR: BDIAZ HERMANOS SAS
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.)
DIRECCION: CR 24 N 12 - 25 BRR RICAURTE
TELEFONO:
N° FACTURA: BDCO2604 ✓

NIT: 900282582

FECHA: 08/07/2024 12:18 p. m.

ESTADO: Confirmado

MONEDA: Pesos

TASA CAM: 0,00

FECHA FAC: 05/07/2024 12:00 a. m.

% ICA: 0,0000 PLAZO: 0

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|-------------|-----------------|--------------|----------|-------------|-------------|------|-------|
| 152RM014836 | RODAMIENTO 6205 | UNIDAD | 1,00 | \$19.000,00 | \$19.000,00 | 0,00 | 19,00 |
| 152RM013834 | RODAMIENTO | UNIDAD | 1,00 | \$23.000,00 | \$23.000,00 | 0,00 | 19,00 |

DETALLE

CAJA MENOR, LABORATORIO CLINICO UNIDAD SANTA CLARA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL: \$42.000,00

DESCUENTO: \$0,00

IMPUESTO: \$7.980,00

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: \$49.980,00 ✓

TOTAL COMPROBANTE:

CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró:

Revisó Almacen

Revisado Impuestos:

6277

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. INFORMACION

COMPROBANTE N°

6278

FECHA

08/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL

MANTENIMIENTO ESE

VALOR:

\$47.600,00

SUMA DE:

CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. FECO81835 ARGEMIRO BARÓN APONTE NIT 4,137.377-5 SELLO MECÁNICO LARGO DE 1 1/4" NECESARIOS PARA ARREGLO DE MOTOBOMBA QUE INYECTA AGUA POTABLE AL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL SANTA CLARA, SOLICITADO POR JOSÉ JUVENAL HENAO ARIZA, INGENIERO BIOMÉDICO.

Diana López D
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Firma]
Vo.Bo. CUENTADANTE

13138



12

Resolución DIAN facturación electrónica No. 18764067922430 de 26-03-2024 a 26-09-2024 del FECO 75.365 al FECO 99.999
REGIMEN COMÚN - Responsables de IVA - No somos Autoretenedores ni grandes contribuyentes - CIU 4752 Comercio de artículos de ferretería establecimientos especializados,
ICA 11.04 X 1000

Representación gráfica de la factura electrónica de venta

CUFE: abea59ce4589b0a59085427e28ec1900466b103d3a110da9fa0f03ddec5c5e4eb3d876e225bc5aecf019358af6409913

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit: 900959051 - 7
Dirección: CRA 14 1 45 SUR
Teléfonos: 3164740670
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.03
Contacto:
SUBCENTROORIENTE@SALUDCAPITAL.GOV.CO

Factura Electrónica de Venta No.
FECO81835
Vendedor VLADIMIR
SANCHEZ
Fecha Facturación: 05-07-2024 15:38:39
Fecha Validación:
Fecha Vencimiento: 05-07-
2024
Medio de Pago:
Efectivo
Forma de Pago:
Contado
Moneda: COP

| N° | Descripción | Cantidad | Valor Unitario | % IVA | Valor Total |
|----|---|----------|----------------|-------|--------------|
| 1 | [04251141] SELLO MECANICO 1.1/4" RL NBR | 1.0 | \$ 40,000.00 | 19 | \$ 40,000.00 |

Valor en letras: CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE

Total sin impuestos \$ 40,000.00

Descuentos \$ 0.00

Fletes \$ 0.00

IVA Ventas 19% \$ 7,600.00

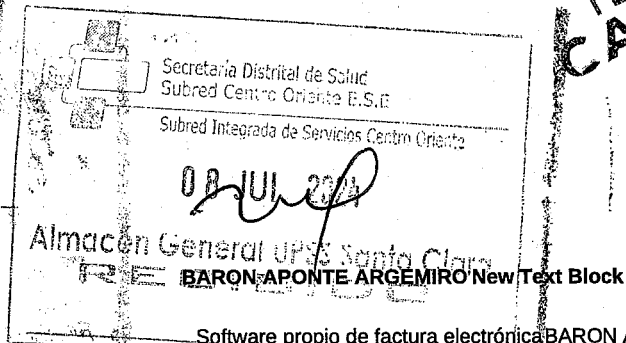
Total a pagar

\$ 47,600.00

Observaciones: EFECTIVO Unidades de medida: Unid.




Esta factura de venta obra como título valor, cumple con todos los requisitos y presta merito ejecutivo de acuerdo al artículo 1 de la ley 1231 de julio 17 de 2008, que modifica el artículo 772 del código de comercio. 2. La mora en el pago causa intereses máximo legal vigente de acuerdo a la ley, a partir de la fecha de vencimiento. 3. Se hace constar que la firma de la persona distinta al comprador implica que dicha persona está autorizada expresamente por el comprador para firmar, confesar la deuda y obligar al comprador a su cancelación.

Favor consignar o girar cheque cruzado a nombre del primer beneficiario Argemiro Barón Aponte C.C. 4.137.377 Banco BOGOTÁ Cta. Cte. No. 054073887 - BANCOLOMBIA Cta. Cte. No. 22780591729 Convenio 54225 - BOLPATRIA Cta. Cte. No. 0151041232 - Información. Email: cartera@irci.net.co



APellido y nombre y/o razón social

Software propio de factura electrónica BARON APONTE ARGEMIRO NIT: 4137377 - 5 - Odoo BARON APONTE ARGEMIRO

| | | | |
|--|--|--|--|
|  Formulario del Registro Único Tributario | | 001 | |
| 2. Concepto 02 Actualización | | 4. Número de formulario 14759131040 | |
|  | |  (415)7707212489984(8020) 000001475913104 0 | |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 4 1 3 7 3 7 7 | | 6. DV 5 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | |
| 14. Buzón electrónico | | 3 2 | |
| IDENTIFICACIÓN | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2 | | 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3 | |
| 26. Número de identificación 4 1 3 7 3 7 7 | | 27. Fecha expedición 1 9 8 5 0 3 1 2 | |
| Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9 | | 29. Departamento Boyacá 1 5 | |
| 30. Ciudad/Municipio Jenesano 3 6 7 | | 31. Primer apellido BARON | |
| 32. Segundo apellido APONTE | | 33. Primer nombre ARGEMIRO | |
| 34. Otros nombres | | | |
| 35. Razón social | | | |
| 36. Nombre comercial | | | |
| 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 13 25 A 09 | |
| 42. Correo electrónico contabilidad@irci.net.co | | | |
| 43. Código postal | | 44. Teléfono 1 4 0 8 5 3 0 0 | |
| 45. Teléfono 2 2 0 1 7 1 8 5 | | CLASIFICACIÓN | |
| Actividad económica | | | |
| 46. Código 4 7 5 2 | | 47. Fecha inicio actividad 1 9 9 9 0 9 1 7 | |
| 48. Código 6 8 1 0 | | 49. Fecha inicio actividad 2 0 1 8 0 1 0 1 | |
| 50. Código 1 2 | | 51. Código 1 2 1 0 | |
| 52. Número establecimientos 1 | | Responsabilidades, Calidades y Atributos | |
| 53. Código 5 7 1 0 1 4 2 2 4 2 4 8 5 2 | | | |
| 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 52- Facturador electrónico | | | |
| 07- Retención en la fuente a título de renta | | | |
| 10- Obligado aduanero | | | |
| 14- Informante de exogena | | | |
| 22- Obligado a cumplir deberes formales a | | | |
| 42- Obligado a llevar contabilidad | | | |
| 48 - Impuesto sobre las ventas - IVA | | | |
| Obligados aduaneros | | Exportadores | |
| 54. Código 2 3 2 2 | | 55. Forma 1 | |
| 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 | | 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 <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | 60. No. de Folios 0 | |
| 61. Fecha 2021 - 05 - 15 / 10 : 11: 42 | | | |
| 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. | | Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. | |
| Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016 | | Firma autorizada: | |
| Firma del solicitante: | | 984. Nombre BARON APONTE ARGEMIRO | |
| | | 985. Cargo CONTRIBUYENTE | |



MANTENIMIENTO ELÉCTRICO INDUSTRIAL

NIT. 79,450,472-0

SEÑORES:

DIRECCIÓN:

TEL/CEL:

Subred sentro oriente

316 4740670

| FECHA | | |
|-------|----|----|
| 05 | 07 | 24 |

COTIZACION
Nº 1957

Carrera 24 N° 8 - 10/17 B. Ricaurte

Cel: 312 444 4829

E-Mail: electricoscarreno@hotmail.com - Bogotá D.C.

NIT:

900959051-7

Motores D.C. - A.C., Controles - Generadores - Soldadores
Tableros de Control - Compra y Ventas de Motores
Bobinadores en General - Ensamble de Turbinas y Extractores

Impreso por MINUTES GRÁFICAS PUBLICIDAD - NIT 1.025.866.000-1 Calle 14 No. 10-10

SON:

NOTA: Esta Factura de Venta se Asimila a todos sus efectos legales a una letra de cambio según Art. 774 del código de comercio. Pasados 30 días, no se responde por artículos dejados en el establecimiento.

TOTAL:**FIRMA DE LA EMPRESA****FIRMA DEL CLIENTE**

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA BOGOTA - 05/07/2024

NOMBRE FUNCIONARIO JOSE JUVENAL HENAO AREIZA

ÁREA / DEPENDENCIA AMBIENTE FISICO - INFRAESTRUCTURA

CENTRO DE COSTO 1SCD07 734 002005

UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Se requiere compra de sello mecanico larfgo de 1 1/4" para arreglo de motobomba que inyecta agua potable al servicio de laboratorio clínico del Hospital Santa Clara

3. JUSTIFICACIÓN

El arreglo de la motobomba es requerido para poder suministrar agua al área de laboratorio clínico del Hospital santa clara, esto con el fin de poder realizar los procedimientos internos y garantizar de esta manera la prestación del servicio de salud a los usuarios de las Subred Centro Oriente E.S.E

4. ¿Existe en Almacén Central?

SI

NO


Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Funcionario Almacén


Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

EN LA ACTUALIDAD NO SE ENCUENTRA VIGENTE NINGUN PROCESO DE CONTRATACION
RELACIONADO CON LA COMPRA DEL SELLO

Surred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.F.

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000077393

PROVEEDOR: ARGEMIRO BARRON APONTE
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.)
DIRECCION: CL 13 N 25 A - 9
TELEFONO: 3014083300
Nº FACTURA: CEG000000000193

NIT: 9137377

FECHA: 11/07/2024 10:30 a.m

ESTADO: Confirmado

MONEDA: Pesos

TASA CAM:

0.00

FECHA FAC: 15/07/2024 12:00 a.m

% ICA: 0.0000

PLAZO: 0

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DIO | %IVA |
|-------------|----------------|--------------|----------|--------------|--------------|------|-------|
| 152FM014563 | SELLO MECANICO | UNIDAD | 1.00 | \$ 40.000,00 | \$ 40.000,00 | 0.00 | 19.00 |

DETALLE

CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA-LABORATORIO CLINICO, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL: \$ 40.000,00

DESCUENTO: \$ 0,00

IMPUESTO: \$ 7.600,00

FLETES: \$ 0,00

IMP FLETES: \$ 0,00

RETE IVA: \$ 0,00

RETE ICA: \$ 0,00

RETE FUENTE: \$ 0,00

OTRAS RETE: \$ 0,00

OTRAS DEDUC: \$ 0,00

IMP DISTRI: \$ 0,00

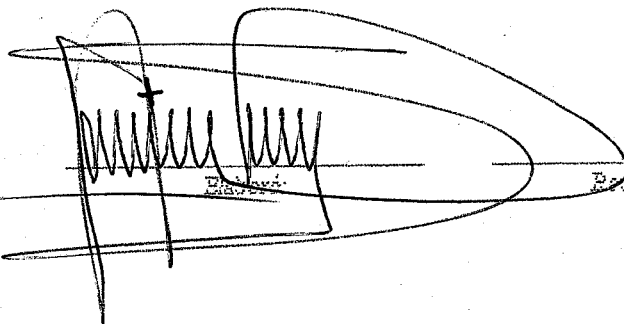
AJUSTE RED: \$ 0,00

AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00

TOTAL COMPR: \$ 47.600,00

TOTAL COMPROBANTE:

CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CTVS MAS.



Revisó Almacen

Revisado Impuestos

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE Nº

6279

FECHA

09/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

IMPUESTOS, TASAS, DERECHOS, CONTRIBUCIONES Y MULTAS

VALOR:

\$9.282,00

LA SUMA DE:

NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M.CTE

CONCEPTO:

CANCELADO A EDUARDO DURAN GÓMEZ NIT 13.834.363-5 AUTENTICACIÓN FIRMA DE GERENTE EN PODERES, PARA REALIZAR CONCILIACIÓN DE GLOSA CON SEGUROS BOLIVAR ARL, SEGUROS BOLIVAR SOAT Y DISPENSARIO, SOLICITADO POR JONATHAN GARZÓN SANDOVAL, CUENTAS MÉDICAS.

Diana López D
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Gloria A.
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-166099
FECHA 08/Jul/2024 8:55 am

| CONCEPTO FACTURACION CANT | VALOR |
|---------------------------|----------|
| Autenticacion Firma 3 | \$ 7,800 |
| Subtotal: | \$ 7,800 |
| IVA: | \$ 1,482 |
| TOTAL: | \$ 9,282 |

FORMA DE PAGO: Efectivo

N.I.T. 900959051-7
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD C
ENTRO ARIENTE E.S.E.

Recibido: \$ 10,000
Cambio: \$ 718

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

Jonathan Garzon

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-166099
FECHA 08/Jul/2024 8:55 am

| CONCEPTO FACTURACION CANT | VALOR |
|---------------------------|----------|
| Autenticacion Firma 3 | \$ 7,800 |
| Subtotal: | \$ 7,800 |
| IVA: | \$ 1,482 |
| TOTAL: | \$ 9,282 |

FORMA DE PAGO: Efectivo

N.I.T. 900959051-7
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD C
ENTRO ARIENTE E.S.E.

Recibido: \$ 10,000
Cambio: \$ 718

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

Jonathan Garzon

Recibo 9.282

Jonathan Garzon



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

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

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

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA

Bogota D.C; 08 de Julio 2024

NOMBRE FUNCIONARIO

JONATHAN GARZON SANDOVAL

AREA / DEPENDENCIA

Cuentas medicas

CENTRO DE COSTO

7ADR02

511164001

UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD

Hospital Santa Clara

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Autenticacion firma de Gerente

3. JUSTIFICACIÓN

Poderes para realizar conciliacion medica de glosa con Seguros Bolivar ARL, Seguros Bolivar SOAT Y Dispensario

4. ¿Existe en Almacén Central?

SI

NO

N/A

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Jonathan Garzon Sandoval

Nombre Funcionario y/o Contratista

Diana Lopez D

Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

1. INFORMACION

COMPROBANTE N°

6280

FECHA

09/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL

IMPUESTOS, TASAS, DERECHOS, CONTRIBUCIONES Y MULTAS

VALOR

\$428.501,00

LA SUMA DE:

CUATROCIENTOS VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS UN PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. FE188153 C.D.A. AVENIDA SEXTA SAS NIT 900.135.773-1 REVISIÓN DE GASES Y TÉCNICO MECÁNICA AL VEHÍCULO DE PLACA OBG 071 PERTENCIENTE A LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E., SOLICITADO POR DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE, LÍDER TRANSPORTE.

Diana López D
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Diana
Vo.Bo. CUENTADANTE



C D A AVENIDA SEXTA S.A.S
NIT 900.135.773-1
Av Cll 6 # 41A - 40
Tel: (57) 3143572675
Bogotá - Colombia
cdacoordinacion@hotmail.com
www.cdaavenidasexta.com



Factura electrónica de venta
No. FE 188153

| | | | |
|-----------|---|----------|-----------------------------|
| Señores | SUBRED INTEGRADA SE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | |
| NIT | 900.959.051-7 | Teléfono | (601) 3123452365 - Ext. 000 |
| Dirección | DG 34 N 5 - 43 | Ciudad | Bogotá - Colombia |

| Fecha y hora Factura | |
|----------------------|-------------------|
| Generación | 10/07/2024, 12:01 |
| Expedición | 10/07/2024, 12:01 |
| Vencimiento | 10/07/2024 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Total |
|------|----------------------|----------|--------------|------------|
| 1 | ANSV 5 2020 | 1.00 | 8,000.00 | 8,000.00 |
| 2 | RTM PESADOS PUBLICOS | 1.00 | 317,338.00 | 377,632.22 |
| 3 | RUNT 2024 | 1.00 | 4,900.00 | 4,900.00 |
| 4 | SICOV 2024 | 1.00 | 28,984.00 | 28,984.00 |
| 5 | RECAUDO 2024 | 1.00 | 8,985.00 | 8,985.00 |

Total items: 5

Valor en Letras:

Cuatrocientos veintiocho mil quinientos un pesos m/cte con veintidos cent.

Condiciones de Pago:

Efectivo - Av Sexta

\$ 428,501.22

| | |
|---------------|------------|
| Total Bruto | 368,207.00 |
| IVA 19% | 60,294.22 |
| Total a Pagar | 428,501.22 |

Observaciones:

REVISION PLACA OBG071

Diana Sandbal

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 18764052347245 aprobado en 20230725 prefijo FE desde el número 176609 al 300000 Vigencia: 12 Meses

Responsable de IVA - Actividad Económica 7120 Ensayos y análisis técnicos Tarifa 9.66 x 1.000
CUFE: 36631f0c5aa8213a132f90d9e3a0414479f6c0d3665fda1d3a7ac5e38f8720477f79b2443500bd5c5a65c2edcead5da7

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

4. Número de formulario

14973181049



(415)7707212489984(8020) 000001497318104 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

9 0 0 1 3 5 7 7 3 1

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona Jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de Identificación

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón social

C.D.A. AVENIDA SEXTA S.A.S.

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

AV 6 41 C 08

42. Correo electrónico

cdacoordinacion@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

6 0 1 2 7 7 3 7 7 8

45. Teléfono 2

6 0 1 2 3 7 5 9 4 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

51. Código

52. Número
establecimientos

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

7 1 2 0

2 0 0 7 0 2 1 3

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 | 4 | 4 | 2 | 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

14- Informante de exógena

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

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 - 01 - 17 / 12 : 27 : 41

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 RANGEL ARIZA EDITH

985. Cargo Representante legal Certificado

1. INFORMACIÓN

| | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| CIUDAD Y FECHA | BOGOTÁ / 10 DE JULIO DE 2024 |
| NOMBRE FUNCIONARIO | DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE |
| ÁREA / DEPENDENCIA | TRANSPORTE |
| CENTRO DE COSTO | 7ADM07 511164000 |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | HOSPITAL SANTA CLARA |

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

REVISIÓN DE GASES Y TECNOMECANICA

3. JUSTIFICACIÓN

SE SOLICITA REALIZAR REVISIÓN DE GASES Y TECNOMECANICA AL VEHICULO DE PLACAS OBG071 PROPIEDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE, LO ANTERIOR QUE A LA FECHA NO SE CUENTA CON CONTRATO PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL PARQUE AUTOMOTOR DE LA ENTIDAD, POR LO TANTO, SE SOLICITA ESTE SERVICIO CON RECURSOS DE CAJA MENOR.

| | | |
|--------------------------------|----|----|
| 4. ¿Existe en Almacén Central? | SI | NO |
| | | X |

| |
|----------------------------|
| N/A |
| Vo.Bo. Funcionario Almacén |

| |
|------------------------------------|
| Diana Sandoval |
| Nombre Funcionario y/o Contratista |

| |
|--|
| Diana Lopez D |
| Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo |

5. OBSERVACIÓN:

EL SERVICIO SOLICITADO NO SE ENCUENTRA CONTEMPLADO EN CONTRATO BAJO MI SUPERVISIÓN.

JUAN CARLOS PERILLA MONROY
PROFESIONAL UNIVERSITARIO



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

Bogotá D.C.; viernes 05 de julio de 2024

91SSCO-2024-CS-012266
Fecha y Hora: 8/07/2024 9:29:00 a. m.
Clave: KzGIBo62bF
Para A: Despacho del Gerente
Ingreso: Telefónico
Asunto: Solicitud cambio de firma Cuenta Corriente
N° 008469999208
Folios 1
SUBRED CENTRO ORIENTE



Señora
MARCELA TORRES
Director de Oficina Corporativa y Empresarial Davivienda
Carrera 13 No. 26-15
BOGOTÁ

ASUNTO: Solicitud cambio de firma Cuenta Corriente N° 008469999208

Respetada señora Marcela:

De manera atenta solicito el cambio de firma de la cuenta corriente de la referencia, la cual corresponde a la caja menor de procesos de la Dirección Administrativa de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., NIT 900.959.051-7, a partir del día 05 de julio de 2024, debido al cambio de Director Administrativo.

De acuerdo con la Resolución No. 526 de fecha 05 de julio de 2024 la doctora **DIANA MARÍA LÓPEZ DURANGO** con cédula de ciudadanía No. 43.553.899 fue nombrada con carácter Ordinario en el empleo de Libre Nombramiento y Remoción denominado Director Administrativo Código 009 Grado 5 de la Dirección Administrativa, dependiente de la Subgerencia Corporativa de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, el cual dentro de sus funciones está la de ser **Ordenador del Gasto de la Caja Menor** relacionada.

También solicitamos la eliminación de la firma para novedades de:

La doctora **YANET SOFIA RODRÍGUEZ LEGUIZAMON**, identificada con cédula número 51.686.278 a partir del día 03 de julio de 2024.

Las condiciones de seguridad para el manejo de esta cuenta, seguirán siendo las que vienen operando así:

1. Firmas del Ordenador del Gasto y del Cuentadante
2. Sello húmedo en la firma de la Cuentadante
3. Continuación oficio de novedad firmas caja menor de procesos Dirección Administrativa



1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6281

FECHA

10/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

VALOR

\$755.300,00

A SUMA DE

SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS PESOS M.CTE.

CONCEPTO

CANCELADO A SERVIENTEGA S.A. NIT 860.512.350-3 POR ENVIO DE COMUNICACIONES OFICIALES FUERA DE BOGOTÁ, PARA SER ENVIADAS POR CORREO CERTIFICADO, SOLICITADO POR ERIKA YOHANNA PLAZAS VELOZA, LIDER GESTIÓN DOCUMENTAL.

Diana Lopez D
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

B. Areaf
Vo.Bo. CUENTADANTE

Principal: Bogotá D.C., Colombia

Resolución DIAN 12220 del 12 de febrero de 2012.

26/2022
Somos Grandes Contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución SHD DDT-023760)

Nov. 29/2021)
Autorretenedores Resol. DIAN:09698

Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización

18764051539884 del 7/7/2023 al 1/7/2025 Prefijo AS43 del No. 60001

aj No. 76800.

A54369561

FECHA: 2024/07/10 HORA: 13:25:37
INFORMACION DEL SERVICIO

SECCIÓN: CARRERA DE INGENIERÍA: SUBRED INTEGRADA DE SE

LEFONDO: 3136789339

MAIL: CEN@ORIENTEFECUDANOS.ORG.CO
 ORIGEN: BOGOTÁ/CUNDINAMARCA

ACTO (1): GUÍA: 9174979758
A PROG. ENTREGA: 12-07-2024

MEMEN: MENSAJERIA EXPRESA
ENATARIO: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

REF: 3466
POPYAN/CAUCA

CCION: CALLE J # 4 - 66 BARRIO VASQUEZ

ON: 28380200 COOPSTAL 150003513
CTO: DOCUMENTO UNITARIO

AMIGO: DOCUMENTOS
VACIONES:

[illegible]

NORMAL M.T. TERRESTRE PZ: 1
 DIMENSIONES PESO VOLUMETRICO PESO FISICO

$$i(k_0)$$

LIQUIDACIÓN SERVICIO TRANSPORTE

| | 000 | \$566 | \$14,000 | \$14,589 |
|------------|-----|-------|----------|----------|
| Individual | | | | |

| VALOR TOTAL | FORMA DE PAGO |
|-------------|---------------|
| 100.00 | 100.00 |

| | |
|---------------|-----------|
| CONTADO-CON | \$14.500 |
| SAL SERVICIO: | \$ 14.500 |

CAUCAN (N. DISTINO): 50



997027906e43bba9f8d3f42bde612d4b5ba9f68

074d01c6464f8b9c55ca3994a24663330777d

REGA S.A. NIT: 860.512.330-3

LOZANMOS

E-ENTREGA: FÍSICO

facturado corresponde al mayor peso físico y peso volumétrico.

La estructura electrónica de venta hace de prueba de admisión.

...no expresa constancia que tuvo
...to del contrato que se encuentra

5

21

 McGraw-Hill

100

100

100

Figure 1 is a line graph illustrating the percentage of the total sample for various age groups over time. The y-axis represents the percentage of the total sample, ranging from 0 to 100. The x-axis represents the years, with labels for 1970, 1980, 1990, 2000, 2010, and 2020. The age groups are represented by different line styles and markers: 0-14 (solid line with circles), 15-24 (dashed line with squares), 25-34 (solid line with triangles), 35-44 (dashed line with diamonds), 45-54 (solid line with crosses), 55-64 (dashed line with asterisks), 65-74 (solid line with pluses), and 75+ (dashed line with hash marks). The graph shows a clear trend of aging, with the 0-14 age group decreasing from approximately 25% in 1970 to 10% in 2020, and the 65-74 age group increasing from approximately 10% in 1970 to 25% in 2020.

SERVIENTREGA S.A. NIT. 868.523.399-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Av. Calle 6 No 34 A - 11.
5to. piso, apartamento 505
Resolución DIAM 1228 Diciembre
26/2022

Somos grandes Contingentes en
Bogotá DC (Nov 29/2022)
Autorizaciones Resol. DIAM-06998.
de Nov 24/2023.

Responsables y Representantes de IVA.
Nomenclación de Facturación
1876465153884 del 7/7/2023 al
1/7/2025 Previsión AS4 del No. 68003
al No. 70889.

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 5
A54369595

FECHA: 2023/07/26 Hora: 14:21:42
IMPRESION EN SERVIDOR
CLIENTE: SUMER INTERIORA DE SE
NIT: 80855935
DIRECCION: CARRERA 72 # 22 A- 26 SAPERA
BIBIOZA

TELEFONO: 3130789319
EMAIL: 80034/COMUNICAR@SERVIENTREGA.CO
SERVIDOR (1): URL 917597972
FECHA PUBLICACION: 1501-2024
REPORTE: REPOSICION SPANISH
DATOS CUANTO 0 2800 200

NIT/ID: 44267
DESTINO: ABOGADO/A/ALFARITO
DIRECCION: CALLE 44 # 46-72
TELEFONO: 3111111111 COMISAL: 00000000
PRODUCTO: DOCUMENTO UNIFICADO
CONFIRMACION: 66357
OBSERVACIONES:

T.E: MEXIA A.T. TERRESTRE PZ. 1
DIMENSIONES PESO VOLUMETICO PESO FISICO
1 1 1000

CONTINUEDO SERVIDOR TRANSPORTE
SERV W. BETA 04.500.147 W.ALT W.TOTAL
(1) \$5.800 \$580 \$54.000 \$14.580

VALOR DEL SERVIDOR
(1) \$54.580 FORMA DE PAGO
VALOR TOTAL SERVIDOR: \$ 54.580
VALOR A PAGAR EN SERVIDOR: \$ 0



REPRESENTACION GRAFICA FACTURA ELECTRONICA
DE VENTA CUIE:

8f6c6c0b2d3383a3a71c6508866167056711
886713390139013108848681863745f6d472b
SERVIDOR DE FACTURA ELECTRONICA
SERVIDOR SERVIDOR S.A NIT. 868.523.399-3
SIC-6-68053330 COD. CDS: 618395

USUARIO: LOCALIDAD
PUBLICA DE ADMINISTRACION ELECTRONICA (E-MAIL)
PRUEBA DE ENTREGA: FISICO
*El peso facturado corresponde al mayor
entre el peso físico y peso volumétrico.

Las veces de prueba de emisión.

El usuario deja expresa constancia que
esta factura electrónica fue emitida
publicada en la página web de Servientrega
S.A. 306/2023/07/26/2023 y en las de
características publicadas en los sitios de
Servientrega S.A. 306/2023/07/26/2023 y en las de
este documento con la suscripción de
este documento de privacidad y aceptar la
política de protección de datos personales
los cuales se encuentran en el sitio web
y recursos relativos al portal web.
Servientrega S.A. 306/2023/07/26/2023 y
al usuario (1) 2023 No. 680 de marzo
5/2023. NIT/ID: 44267 del No. 680 de marzo
5/2023. NIT/ID: 44267 del No. 680 de marzo
5/2023.



VIZIADO SUPERINTENDENTE

RES. 1000/2023 DEL 20/07/2023

32

| Fecha | Monitoreo | Dirección | Código | Dpto | Descripción | Referencia | Peso | Caja | Valor Unitario |
|------------|-----------------|-------------------|----------|--------|-------------|-----------------------|-------|-------------------------------------|----------------|
| 09/07/2024 | ASOCIACI | CALLE 1 N POPAYAN | CAUCA | SOBRE | FACTURA | 468360 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | ASOCIACI | CALLE 1 N POPAYAN | CAUCA | CAJA | FACTURA | 468362 | 10,85 | Alto 24,5 Ancho 23,5 Largo 32 | 50260 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468364 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468366 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468368 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | CAJA | FACTURA | 468370 | 4,45 | Alto 14 Ancho 23 Largo 30 | 23050 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468378 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468380 | 2,75 | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468381 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | SECRETAR | CRA 6 EN | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468382 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468383 | 2,70 | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | CAJA | FACTURA | 468386 | 9,35 | Alto 23 Ancho 25 Largo 19 | 42100 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468387 | 2,55 | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468388 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468389 | 3,50 | | 19500 |
| 09/07/2024 | ANAS WA | CALLE 17 MAICAO | GUAJIRA | SOBRE | FACTURA | 468393 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | ANAS WA | CALLE 17 MAICAO | GUAJIRA | SOBRE | FACTURA | 468394 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | ARMADA | CALLE 5 N CALI | VALLE DE | SOBRE | FACTURA | 468392 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | ENTIDAD | CL 8 N 41 CALI | VALLE | | FACTURA | SISSCO-2024-CE-026 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | ENTIDAD | CL 8 N 41 CALI | VALLE | | FACTURA | SISSCO-2024-CE-013112 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJA DE CARRERA | VALLEDU | VALLEDU | PAR | FACTURA | SISSCO-2024-CE-013174 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | PIAOS SA | KR 8 A N° | IBAGUE | TOLIMA | FACTURA | SISSCO-2024-CE-013448 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | PIAOS SA | KR 8 A N° | IBAGUE | TOLIMA | FACTURA | SISSCO-2024-CE-013863 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | SECRETAR | CALLE 34 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 2023350007522 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468352 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468355 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468357 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468358 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468361 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468362 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468363 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | CAJA | FACTURA | 468376 | 7,00 | | 28500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468378 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468381 | | | 14500 |

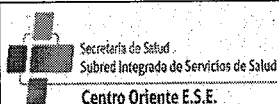
28 ASO

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|-----------------------|
| DIAN POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA | | Formulario del Registro Único Tributario | | 001 | |
| 2. Concepto 02 Actualización | | | 4. Número de formulario 14831630612 | | |
|  | | |  (415770721248998418020)0000014831630612 | | |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 6 0 5 1 2 3 3 0 3 | | 6. DV 3 | 12. Dirección seccional Operativa de Grandes Contribuyentes | | 14. Buzón electrónico |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona jurídica | | 25. Tipo de documento 1 | | 26. Número de identificación | |
| 27. Fecha expedición | | 28. País COLOMBIA | | 29. Departamento Bogotá D.C. | |
| 30. Ciudad/Municipio Bogotá D.C. | | 31. Primer apellido | | 32. Segundo apellido | |
| 33. Primer nombre | | 34. Otros nombres | | 35. Razón social SERVIENTREGA S.A. | |
| 36. Nombre comercial | | 37. Sigla | | 38. País COLOMBIA | |
| 39. Departamento Bogotá D.C. | | 40. Ciudad/Municipio Bogotá D.C. | | 41. Dirección principal AV 6 34 A 11 | |
| 42. Correo electrónico impuestos.nacionales@servientrega.com | | 43. Código postal 1 1 1 6 1 1 | | 44. Teléfono 1 6 0 1 7 7 0 0 3 8 0 | |
| 45. Teléfono 2 6 0 1 7 7 0 0 4 1 0 | | 46. Código 4 9 2 3 | | 47. Fecha inicio actividad 2 0 1 2 1 2 2 0 | |
| 48. Código 5 2 2 9 | | 49. Fecha inicio actividad 2 0 1 2 1 2 2 0 | | 50. Código 5 3 2 0 5 1 2 1 | |
| CLASIFICACIÓN | | | | | |
| Actividad económica | | Ocupación | | 52. Número establecimientos 9 9 9 | |
| 53. Código 3 5 7 8 9 1 0 3 4 1 5 4 2 4 8 5 2 | | 51. Código | | 54. Código 2 3 | |
| 55. Forma | | 56. Tipo | | 57. Modo | |
| 58. CPC | | 59. Anexos SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | 60. No. de folios 0 | |
| 61. Fecha 2022-06-06/07:51:22 | | 62. Nombre SIERRA MARTINEZ MARTHA YANETH | | 63. Cargo Representante Legal Suplente Certificado | |
| 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 2010 Firma del solicitante: | | | | | |
| Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: | | | | | |

34

| Fecha | Nombre | Direccion | Ciudad | Dpto | Dicecontener | Referencia | Radiacion | Peso | Caia | Valor Base |
|------------|----------|------------|---------|------------|--------------|------------|-----------------------|-------|-------------------------------------|------------|
| 09/07/2024 | ASOCIACI | CALLE 1 N | POPAYAN | CAUCA | SOBRE | FACTURA | 468360 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | ASOCIACI | CALLE 1 N | POPAYAN | CAUCA | CAJA | FACTURA | 468362 | 10,85 | Alto 24,5 Ancho 28,5 Largo 32 | 50200 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468364 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468366 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468368 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | CAJA | FACTURA | 468370 | 4,45 | Alto 14 Ancho 23 Largo 30 | 23050 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468378 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468380 | 2,75 | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468381 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | SECRETAR | CRA 6 EN | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468382 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468383 | 2,70 | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | CAJA | FACTURA | 468386 | 9,35 | Alto 23 Ancho 25 Largo 29 | 42100 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468387 | 2,55 | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468388 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468389 | 3,50 | | 19500 |
| 09/07/2024 | ANAS WA | CALLE 17 | MAICAO | GUAJIRA | SOBRE | FACTURA | 468393 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | ANAS WA | CALLE 17 | MAICAO | GUAJIRA | SOBRE | FACTURA | 468394 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | ARMADA | CALLE 5 N | CALI | VALLE DE | SOBRE | FACTURA | 468232 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | ENTIDAD | CL 8 N 4 I | CALI | VALLE | | FACTURA | SISSCO-2024-CE-626 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | ENTIDAD | CL 8 N 4 I | CALI | VALLE | | FACTURA | SISSCO-2024-CE-013112 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJA DE | CARRERA | VALEDEU | VALLEDUPAR | | FACTURA | SISSCO-2024-CE-011774 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | PIJAS SA | KR 8 A N° | IBAGUE | TOLIMA | | FACTURA | SISSCO-2024-CE-013449 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | PIJAS SA | KR 8 A N° | IBAGUE | TOLIMA | | FACTURA | SISSCO-2024-CE-012863 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | SECRETAR | CALLE 34 | BARRANQ | ATLANTIC | | FACTURA | 20233500007322 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468152 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468155 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468157 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468158 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468161 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468162 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468163 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | CAJA | FACTURA | 468176 | 7,00 | | 28500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468178 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468183 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | CAJA | FACTURA | 468184 | 4,00 | | 19500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468185 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | CAJA | FACTURA | 468188 | 3,00 | | 19500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468189 | 11,00 | | 17900 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | 2 CAJAS | FACTURA | 468199 | 19,00 | | 42100 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468204 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468196 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468190 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468205 | | | 14500 |
| 09/07/2024 | CAJACOPI | CALLE 44 | BARRANQ | ATLANTIC | SOBRE | FACTURA | 468191 | | | 14500 |

total : 68344



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 | 10/07/2024 |
| NOMBRE FUNCIONARIO | Erika Yohana Plazas Veloza |
| ÁREA / DEPENDENCIA | Gestión Documental |
| CENTRO DE COSTO | 7ADM09 511230001 |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | Ventanilla de la primera de mayo |

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Se solicita la suma de \$ 755.350 para 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 nos encontramos en la fase de radicación de estudios previos y matriz de riesgo. Ya se ha completado el estudio de mercado y evaluado la disponibilidad presupuestal para el contrato de mensajería especializada. 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 preliminar, ya que las cajas se pesarán nuevamente en el punto de envío de Servientrega para validar los costos exactos. Adjunto las tarifas y precios correspondientes a cada destino para consulta.

| | | |
|--------------------------------|----|----|
| 4. ¿Existe en Almacén Central? | SI | NO |
| | | x |

N/A
Vo.Bo. Funcionario Almacén


Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:



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°

6282

FECHA

15/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL

MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO

VALOR:

\$2.124.227,00

LA SUMA DE:

DOS MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS VEINTISIETE PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. FEC 35559 DISTRIQUIMICOS ALDIR SAS 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 MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA, LABORATORIO CLÍNICO.

R.ICA 11,04 POR MIL.....\$22.438

R.IVA 15%..... 13.774

Diana Lopez D
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Bloca Luz Poy
Vo.Bo. CUENTADANTE

NO 13140



37

| | | | |
|-------------------------|--|--------------|----------------|
| 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 | 149.023 |
| Order Reference Prefijo | Numero | | |

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

FEC 35559

Fecha y Hora de Factura

Generación 2024-07-11 17:56:08

Expedición 2024-07-11 17:56:17

Vencimiento 2024-07-11

| Item | Referencia | Descripción | Unidad | Cantidad | Valor Unitario | Valor Total | I.V.A |
|------|-------------------|--|--------|----------|----------------|--------------|-------|
| 1 | 12223012/12223004 | AZUL DE METILENO Z.N. x 1000 ML.ALBOR - REF:122230 | FC | 2.00 | 38,500.00 | 77,000.00 | 0 |
| 2 | 19401001 | ACEITE DE INMERSION x 100 ML.ALBOR - REF:19401001 | FC | 3.00 | 89,100.00 | 267,300.00 | 19 |
| 3 | 12211012/12211004 | ETANOL CETONA 3:1 x 1000 ML.ALBOR - REF:12211012/1 | FC | 2.00 | 60,600.00 | 121,200.00 | 0 |
| 4 | 31001001 | GLUCOTEST CAJA X 50 SOBRES. (25GR) - REF:31001001 | | 15.00 | 68,900.00 | 1,033,500.00 | 0 |
| 5 | 12123002 | FIELD AZUL DE METILENO FOSFATADO x 200 ML.ALB - RE | FC | 1.00 | 18,200.00 | 18,200.00 | 0 |
| 6 | 12212012/12212004 | FUCSINA DE GRAM x 1000 ML.ALBOR - REF:12212012/122 | FC | 2.00 | 34,300.00 | 68,600.00 | 0 |
| 7 | 04404198-04 | PUNTAS PLASTICAS AMARILLAS X 1000 UND. BOECO - REF | UND | 2.00 | 59,300.00 | 118,600.00 | 19 |
| 8 | 12222004 | FUCSINA FENICADA Z.N. x 1000 ML.ALBOR - REF:122220 | FC | 2.00 | 59,800.00 | 119,600.00 | 0 |
| 9 | 12221012/12221004 | ALCOHOL ACIDO Z.N. x 1000 ML.ALBOR - REF:12221012/ | FC | 2.00 | 55,500.00 | 111,000.00 | 0 |
| 10 | C617850 | PIPETA PASTEUR 3 ML x 500 UNID.BIOLIFE - REF:C6178 | UND | 1.00 | 97,400.00 | 97,400.00 | 19 |

Total Bruto 2,032,400.00

IVA Tarifa 2124 22791,827.00

Retenc. IVA 13,774.05

Total a Pagar \$ 2,110,452.95

CONDICION DE PAGO

Credito Contado

Efectivo

2,110,452.95

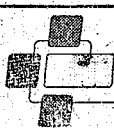
Cuota 1 Vence el 2024-07-11

VALOR EN LETRAS

Dos Millones Ciento Diez Mil Cuatrocientos Cincuenta y Dos Pesos M/Cte. Con 95/100

SERVACIONES

Total Cantidad 32.00



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

12 JUL 2024

Firma Elaborado por : ROSA ICELA LHOE

Firma Recibido

Favor hacer transferencia electronica o consignación a las cuentas: Cuenta Corriente Banco de Bogotá No. 075125393 / Cuenta Corriente Bancolombia No. 20730477662, una vez realizado su pago reportar a: aldircartera@aldir.co; aldirtesoraria@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

SOLUCIONES PARA SU LABORATORIO

DISTRIOINMICOS ALDIB E A C

NIT. 830.010.484-5 - IVA RÉGIMEN COMÚN

Av. Calle 24 N° 95 - 12 • Bodega 21
Parque Industrial Portos
PBX. 428 80 70 • Cel. 310 2618435
aldir@aldir.co - www.aldir.co
Bogotá, D.C. - Colombia

RECIBO DE CAJA

38713

D M A

15 0.7 204

RECIBIDO DE: SUBD. INTEGRADA

LA SUMA DE: _____

NIT. 900959 05-7

| | | | | |
|-----|------|--|----|-----------|
| No. | Fra: | | \$ | 2.008.015 |
|-----|------|--|----|-----------|

[illegible]

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|-----------|
| | | | | | V/r. IVA: |
|--|--|--|--|--|-----------|

| | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|
| Dev/ Descos: | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|
| Ret. Fte.: | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|
| Ret. IVA: | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|
| Net ICA: | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|

[illegible]

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|
| Sub-Total: | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | \$ 2,008.015 | \$ 2,008.015 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--------------|

heque No. Cod. P.

RECIBI: Carry Begum

Reque ☐ No. _____ Cod. Bco. _____ \$ _____ Posf. _____

12/28/88

| | | | |
|--|-------|----------------|-------------------|
| | _____ | aprobado _____ | Contabilizó _____ |
| | | | |

[illegible][illegible]



RECIBO DE CAJA MENOR

No.

CIUDAD Y FECHA: 17 de Julio de 2024

PAGADO A: Henry Usaguen

\$ 80.000

POR CONCEPTO DE: Vr. pendiente factura F&C

35559 Distiquimicos Aldir SAS

VALOR (EN LETRAS): Ochenta Mil Pesos M. Cte.

CÓDIGO:

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

APROBADO

Henry Usaguen

C.C. / HT:

20400784

3164683356

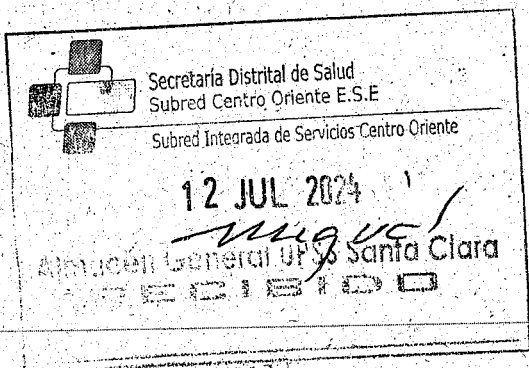
SOLIFORMAS FE2002

| | | | |
|------------------|--|-----------------|-------------------------------|
| Señores | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| NIT | 900.959.051 - 7 | Teléfono | 3023348034 |
| Dirección | DG 34 5 43 | Ciudad | BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA |

| Fecha Comprobante | Pedido |
|-------------------|--------|
| 2024-07-11 | 47.841 |

| Item | Referencia | Cantidad | Descripción | Lote | F.Vto | Registro Invima |
|------|-------------------|----------|--|---------|------------|-------------------|
| 1 | 12223012/12223004 | 2 | AZUL DE METILENO Z.N. x 1000 ML.ALBOR - REF:122230 | M240428 | 2027-04-30 | 2016RD-0000221-R1 |
| 2 | 19401001 | 3 | ACEITE DE INMERSION x 100 ML.ALBOR - REF:19401001 | C240241 | 2027-02-28 | NO REQUIERE |
| 3 | 12211012/12211004 | 2 | ETANOL CETONA 3:1 x 1000 ML.ALBOR - REF:12211012/1 | M240329 | 2027-03-30 | 2016RD-0000221-R1 |
| 4 | 31001001 | 15 | GLUCOTEST CAJAX 50 SOBRES (25GR) - REF:31001001 | 40420 | 2026-05-30 | 2020DM-001678-R1 |
| 5 | 12123002 | 1 | FIELD AZUL DE METILENO FOSFATADO x 200 ML.ALB - RE | Z240441 | 2026-04-30 | 2016RD-0000221-R1 |
| 6 | 12212012/12212004 | 2 | FUCSINA DE GRAM x 1000 ML.ALBOR - REF:12212012/122 | M240432 | 2026-04-30 | 2016RD-0000221-R1 |
| 7 | 04404198-04 | 2 | PUNTAS PLASTICAS AMARILLAS X 1000 UND. BOECO - REF | | | NO REQUIERE |
| | 12222004 | 2 | FUCSINA FENICADA Z.N. x 1000 ML.ALBOR - REF:122220 | M240233 | 2026-02-28 | 2016RD-0000221-R1 |
| 9 | 12221012/12221004 | 2 | ALCOHOL ACIDO Z.N. x 1000 ML.ALBOR - REF:12221012/ | M240246 | 2027-02-28 | 2016RD-0000221-R1 |
| 10 | C617850 | 1 | PIPETA PASTEUR 3 ML x 500 UNID.BIOLIFE - REF:C6178 | | | NO REQUIERE |

OBSERVACIONES



IMPORTANTE
Reportar devoluciones antes de 48 horas de recibida la
mercancia a: aldirservicioalcliente1@aldir.co
Mayor información:
<https://www.aldir.co/politica-de-devoluciones>

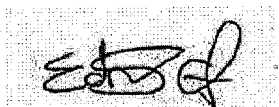
Elaborado por

Aprobado por

Bogotá D.C., 15 de julio de 2024

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

Por medio de la presente **DISTRÍQUIMICOS 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 35559.



Edilsen Nayibe Socha Castro
A/A Departamento de Cartera
aldirjefecartera@aldir.co/ aldirasisfinanciera@aldir.co
Teléfono: 4288070 ext. 108

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA


NÚMERO 80.400.784

USAQUEN MUÑOZ

APELLIDOS
GENRY TEODOSIO

NOMBRES

Henry Usaquén
FIRMA



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

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACIA



A-1500150-01077820-M-0080400784-20190628 0065657740A 1 9909111467

| ITEM | NOMBRE/DESCRIPCION | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD NECESARIA | SUMINISTROS CLINICOSIA S.A.S | | | DETRIQUIMCOS ALDI S.A.S | | | QUINBERLAB | | |
|-----------------------|--|-------------------|--------------------|------------------------------|-----------|----------------------------------|----------------------------|-----------|----------------------------------|----------------------------|-----------|----------------------------------|
| | | | | VALOR POR UNIDAD DE MEDIDA | I.V.A | VALOR TOTAL POR UNIDAD DE MEDIDA | VALOR POR UNIDAD DE MEDIDA | I.V.A | VALOR TOTAL POR UNIDAD DE MEDIDA | VALOR POR UNIDAD DE MEDIDA | I.V.A | VALOR TOTAL POR UNIDAD DE MEDIDA |
| 1 | ACEITE DE IMERSION | FRASCO X 100 ML | 3 | \$ 103.900 | \$ 19.741 | \$ 123.641 | \$ 370.923 | \$ 16.929 | \$ 89.100 | \$ 106.029 | \$ 19.874 | \$ 124.474 |
| 2 | ALCOHOL ACETONA | FRASCO X 1000 ML | 2 | \$ 70.800 | - | \$ 70.800 | \$ 141.600 | - | \$ 60.600 | \$ 121.200 | - | \$ 71.300 |
| 3 | CARGA DE GLUCOSA DE 5 OMS | CARA X 50 SOBRES | 15 | \$ 79.300 | - | \$ 79.300 | \$ 1.189.500 | - | \$ 68.900 | \$ 1.033.500 | - | \$ 79.900 |
| 4 | FIELD PAQUETE COLORACION AZUL DE METILENO DE FIELD FORNADO | FRASCO X 300 ML | 1 | \$ 21.200 | - | \$ 21.200 | \$ 21.200 | - | \$ 18.200 | \$ 18.200 | - | \$ 8.600 |
| 5 | GRAM PAQUETE COLORACION FUCSINA BASICA DE GRAM | FRASCO X 1000 ML | 2 | \$ 40.000 | - | \$ 40.000 | \$ 80.000 | - | \$ 34.300 | \$ 68.600 | - | \$ 40.300 |
| 6 | PUNTAS MARILLAS DESCHEABLES | PAQUETE X 1000 | 2 | \$ 35.700 | \$ 6.783 | \$ 42.483 | \$ 84.966 | \$ 11.267 | \$ 59.300 | \$ 70.567 | \$ 6.888 | \$ 41.888 |
| 7 | ZN PAQUETE COLORACION AZUL DE METILENO PARA ZN | FRASCO X 1000 ML | 2 | \$ 44.950 | - | \$ 44.950 | \$ 89.900 | - | \$ 38.500 | \$ 77.000 | - | \$ 45.300 |
| 8 | ZN PAQUETE COLORACION FUCSINA FENICADA ZN | FRASCO X 1000 ML | 2 | \$ 69.800 | - | \$ 69.800 | \$ 139.600 | - | \$ 59.800 | \$ 119.600 | - | \$ 70.300 |
| 9 | ZN PAQUETE COLORACION ALCOHOL ACIDO | BOTELLA X 1000 ML | 2 | \$ 64.800 | - | \$ 64.800 | \$ 129.600 | - | \$ 55.500 | \$ 111.000 | - | \$ 65.300 |
| 10 | PIPETA PASTEUR PLASTICA | PAQUETE X 500 | 1 | \$ 47.500 | \$ 9.025 | \$ 56.525 | \$ 56.525 | \$ 18.506 | \$ 97.400 | \$ 115.906 | \$ 19.323 | \$ 121.023 |
| VALOR TOTAL NECESIDAD | | | | \$ 2.303.814 | | | \$ 2.124.227 | | | \$ 2.370.321 | | |

RE: Solicitud laboratorio clínico

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

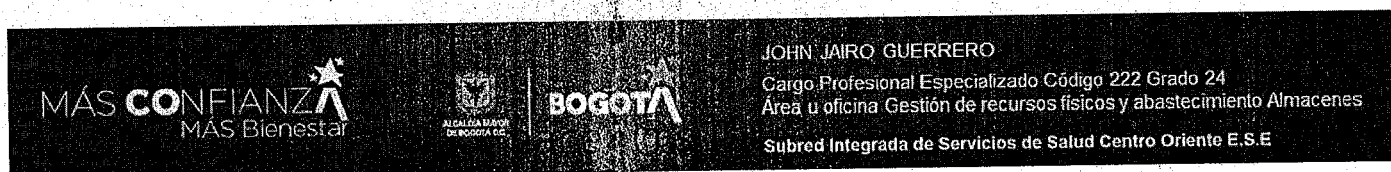
Mié 10/07/2024 8:41 AM

Para: Laboratorio Santa Clara <laboratoriosclara@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial Saludo.

Dando respuesta al correo que antecede, me permito informar que los insumo relacionados en el archivo, no se cuenta con existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente.

Cordialmente.



De: Laboratorio Santa Clara <laboratoriosclara@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: martes, 9 de julio de 2024 4:40 p. m.

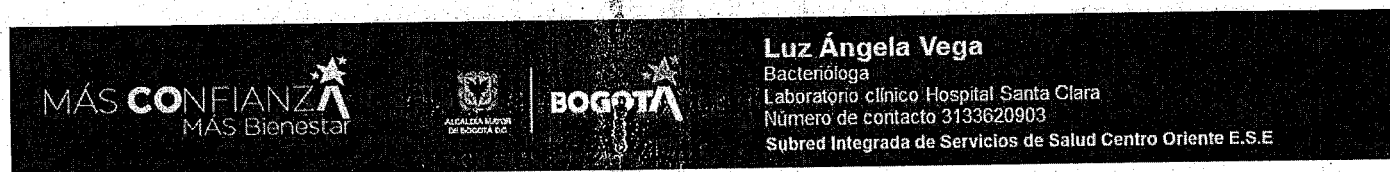
Para: John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: RV: Solicitud laboratorio clínico

Buenas tardes John Jairo

Envío listado de insumos necesarios en el laboratorio clínico con el fin que pueda certificar si de estos insumos se encuentran en el almacén

Gracias



RE: Solicitud certificación

compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>

Mié 10/07/2024 7:53 AM

Para: Laboratorio Santa Clara <laboratoriosclara@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo,

Se informa que los ítems relacionados no se encuentran contratados actualmente.

Cordialmente,

Patricia Ballesteros Silva

Cargo: Profesional Universitario
Dirección de Contratación

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

① @subredcentrooriente

② @SubredCentroOri

③ www.subredcentrooriente.gov.co



De: Laboratorio Santa Clara <laboratoriosclara@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: martes, 9 de julio de 2024 4:44 p. m.

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

Asunto: RV: Solicitud certificación

Buenas tardes Patricia

Envío listado de insumos necesarios en el laboratorio clínico con el fin que pueda certificar si de estos insumos se cuenta con contrato vigente en la subred

Gracias por su atención

Luz Ángela Vega
Bacterióloga
Laboratorio clínico Hospital Santa Clara
Número de contacto 313 3620903
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E





DISTRIQUIMICOS ALDIR S.A.S.

830010484-5

46

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

COTIZACION NRO:

15060

CONTACTO: SEÑOR SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIE

FECHA INICIO: 3 de julio de 2024

E-MAIL: cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co

FECHA VCTO: 3 de julio de 2024

TELEFONO: 3023348034

CIUDAD: BOGOTA

Atendiendo a su Solicitud, relacionamos cotización de los productos requeridos.
Para nosotros es muy grato poner nuestra compañía a su servicio.

| Item | Producto | Descripción | Cantidad | Valor Unitario | Subtotal | IVA | TOTAL |
|------|---------------|--|----------|----------------|--------------|-----------|--------------|
| 1 | 0050001000001 | ACEITE DE INMERSION x 100 ML.ALBOR - REF:19401001 | 4 | 89.100,00 | 356.400,00 | 67.716,00 | 424.116,00 |
| 2 | 0050002000045 | ETANOL CETONA 3:1 x 1000 ML.ALBOR - REF:12211012/12211004 | 2 | 60.600,00 | 121.200,00 | 0,00 | 121.200,00 |
| 3 | 0050001000161 | GLUCOTEST CAJA X 50 SOBRES (25GR) - REF:31001001 | 15 | 68.900,00 | 1.033.500,00 | 0,00 | 1.033.500,00 |
| 4 | 0050002000056 | FIELD AZUL DE METILENO FOSFATADO x 200 ML.ALB - REF:12123002 | 1 | 18.200,00 | 18.200,00 | 0,00 | 18.200,00 |
| 5 | 0050002000051 | FUCSINA DE GRAM x 1000 ML.ALBOR - REF:12212012/12212004 | 2 | 34.300,00 | 68.600,00 | 0,00 | 68.600,00 |
| 6 | 0050002000064 | LUGOL DE GRAM x 1000 ML.ALBOR - REF:12213012/12213004 | 2 | 34.600,00 | 69.200,00 | 0,00 | 69.200,00 |
| 7 | 0020001000258 | PUNTAS PLASTICAS AMARILLAS X 1000 UND. BOECO - REF:04404198- | 2 | 59.300,00 | 118.600,00 | 22.534,00 | 141.134,00 |
| 8 | 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 |
| 9 | 0050002000049 | FUCSINA FENICADA Z.N. x 1000 ML.ALBOR - REF:12222004 | 3 | 59.800,00 | 179.400,00 | 0,00 | 179.400,00 |
| 10 | 0050002000099 | ALCOHOL ACIDO Z.N. x 1000 ML.ALBOR - REF:12221012/12221004 | 3 | 55.500,00 | 166.500,00 | 0,00 | 166.500,00 |
| 11 | 0720001000020 | PIPETA PASTEUR 3 ML x 500 UNID.BIOLIFE - REF:C617850 | 1 | 97.400,00 | 97.400,00 | 18.506,00 | 115.906,00 |
| 12 | 0480001000140 | PIPETA WESTERGREN PARA VSG P-3 DISPETTE CON TUBO J - REF:JP | 1 | 291.264,00 | 291.264,00 | 55.340,16 | 346.604,16 |

Los valores cotizados no incluyen retenciones que haya lugar.

| | |
|----------|--------------|
| SUBTOTAL | 2.558.764,00 |
| IVA | 164.096,16 |
| TOTAL | 2.722.860,16 |

Entrega:

Forma de pago: CONTADO

Validez de la oferta:

Observaciones:



QBL-COT-455-2024

Bogotá D.C., julio 08 de 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE
Ciudad


Estimados señores:

Por medio de la presente, nos permitimos dar a conocer los precios correspondientes para los siguientes insumos:

OFERTA ECONOMICA

| REF | DESCRIPCION | PRESENTACION | MARCA | VALOR ANTES DE IVA | IVA | VALOR TOTAL |
|---------------|---|---------------------|----------|-----------------------|-----|----------------|
| 19401-FCO100 | ACEITE INMERSION | FRASCO X 100 ML | ALBOR | \$ 104,600 | 19% | \$ 124,474 |
| 12211-FCO1000 | ALCOHOL ACETONA DECOLORACION GRAM | FRASCO X 1000 ML | ALBOR | \$ 71,300 | 0% | \$ 71,300 |
| 12212-FCO1000 | FUCSINA DE GRAM | FRASCO X 1000 ML | ALBOR | \$ 40,300 | 0% | \$ 40,300 |
| 12213-FCO1000 | LUGOL DE GRAM | FRASCO X 1000 ML | ALBOR | \$ 40,800 | 0% | \$ 40,800 |
| 12221-FCO1000 | ALCOHOL ACIDO PARA BK (ZN) | FRASCO X 1000 ML | ALBOR | \$ 65,300 | 0% | \$ 65,300 |
| 12223-FCO1000 | AZUL DE METILENO ZN | FRASCO X 1000 ML | ALBOR | \$ 45,300 | 0% | \$ 45,300 |
| 12222-FCO1000 | FUCSINA FENICADA ZN | FRASCO X 1000 ML | ALBOR | \$ 70,300 | 0% | \$ 70,300 |
| 12124-FCO200 | FIELD SALES FOSFATADAS | FRASCO X 200 ML | ALBOR | \$ 8,600 | 0% | \$ 8,600 |
| 200009.A | PUNTAS AMARILLAS 5-200 UL NO ESTÉRIL | PAQUETE X 1000 UND | DELTALAB | \$ 35,200 | 19% | \$ 41,888 |
| 200006 | PIPETA PASTEUR GRADUADA 3 ML | CAJA X 500 UND | DELTALAB | \$ 101,700 | 19% | \$ 121,023 |
| 04404050 | PIPETAS SEROLOGICAS DE WESTERGHEEM | UNIDAD | HBG | \$ 1,800 | 19% | \$ 2,142 |
| 31003-CJA50 | GLUCOTEST (Carga de glucosa Caja x 50) | CAJA X 50 SOBRES | ALBOR | \$ 79,900 | 0% | \$ 79,900 |


50

|  | 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: JULIO 04 DEL 2024 SEÑORES: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE INVESTIGADOR: MARTHA OQUENDO OSPINA LAMUS CORREO ELECTRÓNICO: laboratoriosclara@subredcentrooriental.gov.co LUGAR ENTREGA: DIRECCIÓN: Dg. 34 #5-43, Bogotá | | | | | | COTIZACIÓN: FC-64253-03 VALIDEZ: 30 DÍAS PAGO: CAJA MENOR CÉDULA: TELÉFONO: CIUDAD: BOGOTÁ D.C. | | | | |
| SI USTED REQUIERE REGISTRO SANITARIO DE ALGUNO DE LOS PRODUCTOS OFERTADOS POR FAVOR SOLICITARLO AL CORREO ELECTRONICO: sciente@islasas.com | | | | | | | | | | | |
| ITEM | CANTIDAD | DESCRIPCIÓN | PRESENTACIÓN | MARCA | REFERENCIA | DÍAS ENTREGA | VR UNITARIO | IVA | SUBTOTAL | VR IVA | TOTAL |
| 1 | 4 | ACEITE INMERSION 100 ML | FRASCO X 100 ML | ALBOR | 19401001 | EN STOCK 10 DÍAS | \$ 103.900 | 19% | \$ 415.600 | \$ 78.964 | \$ 494.564 |
| 2 | 2 | ETANOL CETONA 3:3 X 1000 ML | FRASCO X 1000 ML | ALBOR | 12211004 | EN STOCK 10 DÍAS | \$ 70.800 | 0% | \$ 141.600 | \$ - | \$ 141.600 |
| 3 | 15 | GLUCOTEST (Carga de glucosa Caja x 50) | CAJA X 50 SOBRES | ALBOR | 31001001 | 10 - 15 DÍAS | \$ 79.300 | 0% | \$ 1.189.500 | \$ - | \$ 1.189.500 |
| 4 | 1 | FIELD AZUL MET.FOSFATADO X 200 ML | FRASCO X 200 ML | ALBOR | 12123002 | EN STOCK 10 DÍAS | \$ 21.200 | 0% | \$ 21.200 | \$ - | \$ 21.200 |
| 5 | 2 | ETANOL CETONA 3:3 X 1000 ML | FRASCO X 1000 ML | ALBOR | 12211004 | EN STOCK 10 DÍAS | \$ 70.800 | 0% | \$ 141.600 | \$ - | \$ 141.600 |
| 6 | 2 | FUCSINA DE GRAM X 1000 ML | FRASCO X 1000 ML | ALBOR | 12212004 | EN STOCK 10 DÍAS | \$ 40.000 | 0% | \$ 80.000 | \$ - | \$ 80.000 |
| 7 | 2 | LUGOL DE GRAM X 1000 ML | FRASCO X 1000 ML | ALBOR | 12213004 | EN STOCK 10 DÍAS | \$ 40.500 | 0% | \$ 81.000 | \$ - | \$ 81.000 |
| 8 | 2 | PUNTAS COLOR AMARILLO ESTÁNDAR, UNIVERSAL, 200 ul. PP. NO ESTERIL. LIBRES DE RNAsa, DNAsa Y PIROGENOS. AUTOCLAVABLES, PRECIO PROMOCIÓN | BOLSA X 1000 UNIDADES | BIO-SEEN | SGA002 | ENTREGA INMEDIATA 3-5 DÍAS | \$ 35.700 | 19% | \$ 71.400 | \$ 13.566 | \$ 84.966 |
| 9 | 3 | AZUL METILENO Z.N (Loeffler) X 1000 ML | FRASCO X 1000 ML | ALBOR | 12223004 | EN STOCK 10 DÍAS | \$ 44.950 | 0% | \$ 134.850 | \$ - | \$ 134.850 |
| 10 | 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 |
| 11 | 3 | ALCOHOL ACIDO Z.N X 1000 ML | FRASCO X 1000 ML | ALBOR | 12221004 | EN STOCK 10 DÍAS | \$ 64.800 | 0% | \$ 194.400 | \$ - | \$ 194.400 |
| 12 | 1 | 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% | \$ 47.500 | \$ 9.025 | \$ 56.525 |
| 13 | | TUBOS WESTERGREEN | NO LOS MANEJAMOS | | | | | | | | |

Distiguimicos Aldir SAS

52

\$ 2'124.227

| | | |
|---|--|--|
|  <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p> | <p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR</p> | <p>CÓDIGO: AS-RF-082 VERSIÓN: 03 FECHA: 2018-07-16</p> |
|---|--|--|

1. INFORMACIÓN

| | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| CIUDAD Y FECHA | Bogotá, julio 9 2024 |
| NOMBRE FUNCIONARIO | Martha Cecilia Oquendo Ospina |
| ÁREA / DEPENDENCIA | Laboratorio clínico |
| CENTRO DE COSTO | ISCD07 734 001002 |
| 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 SAS y este no firmó el otro sí; 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 |


Nombre Funcionario Aprobado


Nombre Funcionario y/o Contratista


V.B. Director Administrativo
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

Documento de
Control y Seguimiento del Suministro de Medicamentos
Laboratorio Oriente E.S.F.

COMPROBANTE ENTRADA

Nº000000000077421

PROVEEDOR: DISTRIQUIMICOS ALDIR SAS

NIT: 830010484

FECHA: 15/07/2024 02:56 p.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: FEC33359 ✓

% ICA: 11,0400

PLAZO: 0

FECHA FAC: 11/07/2024 12:00 a.m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DIO | %IVA |
|-------------|----------------------------------|--------------|----------|--------------|-----------------|------|-------|
| 131LF033253 | AZUL DE METILENO PARA ZN | FRASCO | 2,00 | \$ 38.500,00 | \$ 77.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| 131LF033237 | ACEITE DE INMERSION | FRASCO | 3,00 | \$ 89.100,00 | \$ 267.300,00 | 0,00 | 19,00 |
| 131LC013318 | ETANOL GETONA FRASCO 1000 ML | FRASCO | 2,00 | \$ 60.800,00 | \$ 121.200,00 | 0,00 | 0,00 |
| 131LC013319 | GLUCOTETS CAJA X 30 UNIDADES | CAJA | 15,00 | \$ 68.900,00 | \$ 1.033.500,00 | 0,00 | 0,00 |
| 131LC013160 | FIELD AZUL DE METILENO FOSFATADO | FRASCO | 1,00 | \$ 18.200,00 | \$ 18.200,00 | 0,00 | 0,00 |
| 131LF033283 | FUCSINA BASICA DE GRAM | FRASCO | 2,00 | \$ 34.300,00 | \$ 68.600,00 | 0,00 | 0,00 |
| 131LF033311 | PUNTAS AMARILLAS DESECHABLES | BOLSA | 2,00 | \$ 59.300,00 | \$ 118.600,00 | 0,00 | 19,00 |
| 131LF033284 | FUCSINA FENICADA-ZN POR 1 LITRO | FRASCO | 2,00 | \$ 59.800,00 | \$ 119.600,00 | 0,00 | 0,00 |
| 131LC013227 | PIPETA PASTEURPLASTICA | CAJA | 1,00 | \$ 97.400,00 | \$ 97.400,00 | 0,00 | 19,00 |
| 131LC014947 | ALCOHOL ACIDO ZN(ENGERIDO ALBOR) | FRASCO | 2,00 | \$ 55.500,00 | \$ 111.000,00 | 0,00 | 0,00 |

DETALLE

CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA-LABORATORIO CLINICO, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL: \$ 2.032.400,00 ✓

DESCUENTO: \$ 0,00

IMPUESTO: \$ 91.827,00 ✓

FLETES: \$ 0,00

IMP FLETES: \$ 0,00

RETE IVA: \$ 13.774,00

RETE ICA: \$ 22.432,00

RETE FUENTE: \$ 0,00

OTRAS RETE: \$ 0,00

OTRAS DEDUC: \$ 0,00

IMP DISTRI: \$ 0,00

AJUSTE RED: \$ 0,00

AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00

TOTAL COMPR: \$ 2.032.015,00

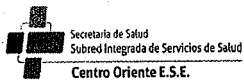
TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL QUINCE PESOS CON CERO CTVS M/Ch.

Diana Alvarado

Revisada Impuestos:

6282



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°

6283

FECHA

17/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL

MATERIALES Y SUMINISTROS

VALOR

\$452.200,00 ✓

SUMA DE

CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS PESOS M.CTE.

CONCEPTO

FACTURA No. H 59066 C&B PAPELES DE COLOMBIA SAS NIT 900.024.204-4 ROLLOS TERMICOS 80MM X 60 MTS DE REFERENCIA RT19, REQUERIDOS PARA MANEJO DE FILAS Y ADMINISTRACIÓN DE TURNOS, SOLICITADO POR SHIRLEY TORRES RODRÍGUEZ, OFICINA DE PARTICIPACIÓN Y SERVICIO CIUDADANO.

Diana López D

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

B. J. J.

Vo.Bo. CUENTABANTE

NO 13141.

C&B Papeles de Colombia S.A.S

REGIMEN COMUN
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
CIU 1709 TARIFA 11,04X1000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

NUM. DOC: H 59066

FECHA EMISIÓN: 2024/07/16

HORA DE EMISIÓN: 12:11:30

FECHA DE VENCIMIENTO: 2024/07/16

VENDEDOR: DIANA PELAEZ

E-MAIL: asesor2@papelesdecolombia.com

TEL VENDEDOR: 3197734213



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

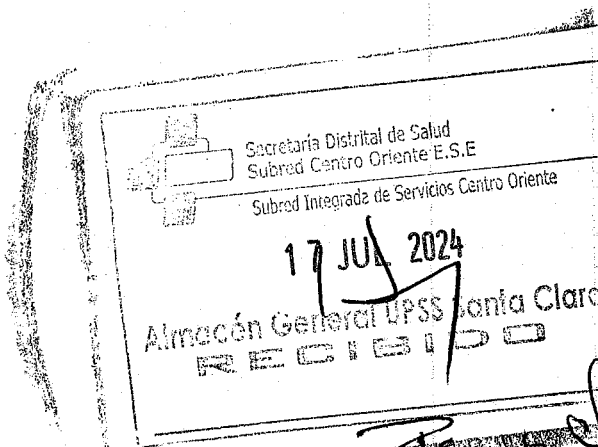
| Datos del Emisor | Adquiriente |
|--|---|
| Razón Social / Nombre: C&B PAPELES DE COLOMBIA SAS | Razón Social / Nombre: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD C |
| NIT: 900.024.204-4 | NIT: 900959051 - 7 ENTRO ORIENTE E.S.E. |
| Actividad Económica: CIU 1709 TARIFA 11,04X1000 | Ciudad: BOGOTÁ - Bogotá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

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

CONTROL DE DESPACHO
ENTREGA: HEDIER P

17 JUL 2024
CARGUE: Jimmy
VERIFICADO:

Jimmy Peña
cc. 1000.135.981
Cancelado (Efectivo)
17/07/2024



| Impuestos | | |
|--|--------------|-------------|
| Tipo de Impuestos | Monto Base | Total |
| IVA: 19% | \$380,000.00 | \$72,200.00 |
| IVA: 5% | \$0.00 | \$0.00 |
| CONTADO 2024/07/16 0 | | |
| Información adicional | | |
| Forma de entrega: ENVIO DENTRO DE BOGO | | |

OBSERVACIONES:
Hospital Universitario Santa Clara
Cra. 145 # 145 SUR 300671
1437 Carolina Pineda AM 12PM

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

Puede consignar a las siguientes cuentas bancarias según corresponda:
BANCO DE BOGOTA CUENTA CORRIENTE # 01 423 0791 - BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS # 247 865 39 346
DAVIENSA CUENTA CORRIENTE # 462 369 99 88 53 - BBVA CUENTA CORRIENTE # 039 301 8031 BBVA
POR FAVOR ENVIAR SOPORTE DE PAGO A: contabilidad@papelesdecolombia.com O NO SERA DESCARGADO DE CARTERA
Esta factura aplica las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2009) Con esta el Compravador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título-Valor.
CUFE: 9128697444b6a12a0e6886dc158368ad0f2f277154c5e29c97286981fc7748b68ff117bd8a14721a00ada7e905acfe71
Clientes como tú hacen la diferencia. Es un placer atenderte.

BOGOTÁ 17 JULIO 2024

CUENTA DE COBRO No. 824

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

NIT: 900.959.051 - 7

DEBE A:

C & B PAPELES DE COLOMBIA SAS

NIT: 900.024.204-4

**LA SUMA DE CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL
DOSCIENTOS DE PESOS M/CTE
(\$ 452.200)**

Por concepto de:

- PAGO FACTURA H 59066 POR PRODUCTO DE 100 UND DE ROLLOS TERMICOS

SE AUTORIZA AL SEÑOR JIMMY PEÑA C.C. 1.000.135.987 PARA RECIBIR EL PAGO DE LA FACTURA.

Total a pagar \$452.200

Atentamente,
C&B Papeles de
Colombia S.A.S

NIT : 900.024.204-4

C & B PAPELES DE COLOMBIA S.A.S

NIT: 900.024.204-4

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA


NUMERO: 1.000.135.957

PENA BARRERA

APELLIDO: JIMMY ALEXANDER

NOMBRES: JIMMY ALEXANDER

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO: 19-OCT-2000

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO:

1.80 O+ M

ESTATURA: 1.80 G.S. RH: O+ SEXO: M

19-DIC-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACRA

INDICE DERECHO



P: 1500150-01054524-M-1000135957-20190111 0064069241A 1 1525274529

58



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

PROPUESTA COMERCIAL N° 0000 234469
C & B PAPELES DE COLOMBIA SAS
NIT: 900024204 - 4
DIRECCIÓN: TRANSVERSAL 39 BIS A # 19D-06 BOGOTÁ D.C.
Visitenos en www.papelesdecolombia.com

SEÑORES: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE INVESTIGACIONES Y SERVICIOS S.A.S. Bogotá D.C.
N.I.T.: 900959051
DIRECCIÓN: DG 34 5 43

VENDEDOR: DIANA PELAEZ

FECHA: 2024/06/28
VALIDEZ: 15 DÍAS
TELÉFONO: 3023348034

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

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

OBSERVACIONES:

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

CONDICIONES COMERCIALES DE LA OFERTA

*TIEMPO DE ENTREGA: POR ACORDAR SEGÚN PRODUCTO

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

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

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



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


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

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

ESTE PRECIO OFERTADO ESTÁ SUJETO A LA CANTIDAD REQUERIDA.

USUARIO REGISTRO: DIANA

| | | | | | |
|---|----------------------------|--|--|----------------------|-----------------------|
| DIAN | | Formulario del Registro Único Tributario | | 001 | |
| 2. Concepto <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 Actualización | | | 4. Número de formulario 14920787681 | | |
|  | | |  (415)7707212489984(8020) 000001492078768 1 | | |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | | 8. DV | 12. Dirección seccional | | 11. Buzón electrónico |
| 9 0 0 0 2 4 2 0 4 | | 4 | Impuestos de Bogotá | | |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| 24. Tipo de contribuyente | | 26. Tipo de documento | | 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 | | | | | |
| C , PAPELES DE COLOMBIA S.A.S. | | | | | |
| 36. Nombre comercial | | | | | |
| 37. Sigla | | | | | |
| UBICACIÓN | | | | | |
| 38. País | | 39. Departamento | | 40. Ciudad/Municipio | |
| COLOMBIA | | Bogotá D.C. | | Bogotá, D.C. | |
| 41. Dirección principal | | 42. Correo electrónico | | 43. Código postal | |
| TV 39 BIS A 19 D 06 | | asistente@papelesdecolombia.com | | 1 1 1 6 1 1 | |
| 44. Teléfono 1 | | 45. Teléfono 2 | | 46. Teléfono 3 | |
| 3 6 9 1 1 5 6 | | 3 1 0 2 6 2 8 5 4 0 | | | |
| CLASIFICACIÓN | | | | | |
| Actividad económica | | | | | |
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 51. Código |
| 1 7 0 9 | 2 0 0 5 0 4 2 6 | 4 7 6 1 | 2 0 0 8 0 0 0 1 | 4 6 9 0 4 1 1 1 | |
| 52. Número establecimientos | | | | | |
| | | | | | |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos | | | | | |
| 53. Código | | | | | |
| 5 7 9 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5 | | | | | |
| 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario | | | | | |
| 52- Facturador electrónico | | | | | |
| 09- Retención en la fuente a título de renta | | | | | |
| 55- Informante de Beneficiarios Finales | | | | | |
| 10- Obligado aduanero | | | | | |
| 14- Informante de exogena | | | | | |
| 42- Obligado a llevar contabilidad | | | | | |
| 48- Impuesto sobre las ventas - IVA | | | | | |
| Usuarios aduaneros | | | | | |
| 54. Código | | | | | |
| 2 2 2 3 | | | | | |
| 55. Forma | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 56. Tipo | | | | | |
| 1 | | | | | |
| Servicio | | | | | |
| 57. Modo | | | | | |
| 58. CPC | | | | | |
| 2023 - 06 - 16 / 14 : 27 : 08 | | | | | |
| 59. Anexos | | | | | |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 60. No. de Folios | | | | | |
| 0 | | | | | |
| 61. Fecha | | | | | |
| 2023 - 06 - 16 / 14 : 27 : 08 | | | | | |
| La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. Firma del solicitante: | | | | | |
| Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: | | | | | |
| 984. Nombre CAMARGO BETANCOURT MANUEL SEBASTIAN | | | | | |
| 985. Cargo Representante legal Certificado | | | | | |

| | | |
|---|--|--|
|  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 | 10/07/2024 |
| NOMBRE FUNCIONARIO | SHIRLEY TORRES RODRIGUEZ |
| AREA /DEPENDENCIA | OFICINA DE PARTICIPACION Y SERVICIO AL CIUDADANO |
| CENTRO DE COSTO | 7ADA1511114001 7ADAI5 51114001 |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | SANTA CLARA |

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

BUENOS DIAS , SE SOLICITA A COMPRA DE 100 ROLLOS TERMICOS 80MM X 60 MTS DE REFERENCIA RT 19


3. JUSTIFICACIÓN

SE REQUIERE APOYAR EN UN SISTEMA DE MANEJO DE FILAS Y ADMINISTRACION DE TURNOS , PARA ELIMINAR LAS FILAS FISICAS EN LA ATENCION DE LOS USUARIOS , QUE NOS PERMITA BRINDAR MEJOR ATENCION OPORTUNA Y CALIDA A NUESTROS USUARIOS Y FAMILIAS

| | | |
|-------------------------------|----|----|
| 4. Existe en Almacen Central? | SI | NO |
| | | X |


Visto. Funcionario Almacén


SHIRLEY TORRES RODRIGUEZ
Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano (E)

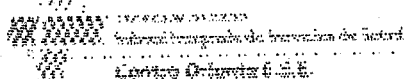

DIANA MARIA LOPEZ DURANGO
Directora Oficina Administrativa

5. OBSERVACIÓN:

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

Fecha Actual : jueves, 18 julio 2024

1/1



COMPROBANTE ENTRADA

Nº000000000077491

PROVEEDOR: C Y B PAPELES DE COLOMBIA SAS NIT: 900024204 FECHA: 18/07/2024 09:36 a.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: TV 39 N - BIS A 19 D 06 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 5013691136 TASA CAM: 0,00
Nº FACTURA: H39066 % ICA: 0,0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 16/07/2024 12:00 a.m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | % DTO | % IVA |
|-------------|--|--------------|----------|-------------|---------------|-------|-------|
| 134UC014602 | ROLLO TERMICODITIONE 80MMX30MM CORE 1/2 (REF PAPEL DIGITURNO) | UNIDAD | 100.00 | \$ 3.800.00 | \$ 380.000,00 | 0,00 | 19,00 |

DETALLE

CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL: \$ 380.000,00

DESCUENTO: \$ 0,00

IMPUESTO: \$ 72.200,00

FLETES: \$ 0,00

IMP FLETES: \$ 0,00

RETE IVA: \$ 0,00

RETE ICA: \$ 0,00

RETE FUENTE: \$ 0,00

OTRAS RETE: \$ 0,00

OTRAS DEDUC: \$ 0,00

IMP DISTRI: \$ 0,00

AJUSTE RED: \$ 0,00

AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00

TOTAL COMPR: \$ 452.200,00

TOTAL COMPROBANTE:

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

Revisó: Abnscen

Revisó de Impuestos:



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°

6284

FECHA

17/07/2024 ✓

RUBRO PRESUPUESTAL:

MANTENIMIENTO EQUIPO HOSPITALARIO

VALOR:

\$189.200,00 ✓

ASUMA DE:

CIENTO OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No.FAM 131866 CODIFER SAS NIT 860.501.682-3 VALVULAS DE VAPOR 1/4 A 110 VOLTIOS, NECESARIOS PARA HABILITAR AUTOCLAVE MACROINGENIO DEL HOSPITAL LA VICTORIA, SOLICITADO POR DIANA CASTRO, GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMÉDICA HOSPITAL LA VICTORIA.

Diana López D
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Firma]
Vo.Bo. CUENTADANTE

NP 13142



NIT: 860.501.682-3
Cra 26 No. 12B - 49
Bogotá, D.C. - Colombia
Email: cartera@codifer.com.co - facturacion@codifer.com.co

CONMUTADOR:
360 7088
www.codifer.com

Factura Electrónica de Venta
FECHA Y HORA DE GENERACION

No FAM131866

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|------|
| 16 | 07 | 2024 |

SEÑORES

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE
NIT: 900959051-7
DG 34 5 43
Bogotá, D.C. TEL: 3444484 FAX:
Vendedor: LOREZ RIANO, LUIS RAMIRO

Autorretenedor Renta DIAN Resolución 014309 del 27-11-06. Gran Contribuyente de la dirección de Impuestos de Bogotá Resolución DDI 023769 del 29-11-2021. Responsable de IVA

| Medio de Pago | Forma de Pago |
|---------------|---------------|
| EFFECTIVO | CONTADO |

ACTIVIDAD ECONOMICA 4663-1 ICA 6.9 X 1000

| ITEM | REFERENCIA | DESCRIPCION | %TAR IVA | CANTIDAD | UNIDAL | %DTO | PRECIO | VALOR |
|------|------------|---|----------|----------|--------|------|----------|-----------|
| 1 | 479028006 | VALVULA SOLENOIDE BR US 110V 150L 1/4" VAPOR | 19 | 2,00 | UND | 20 | \$99.370 | \$198.740 |

Total Items: 1

CODIFER S.A.S.

16 JUL 2024

BODEGA 1

Subred Integrada de Servicios de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

17 JUL 2024

CODIFER S.A.S.
TEL: 3607088
CANCELADO

Mano de B. B.
17-07-24

| | | |
|----------------------|---------------------|-----------|
| OBSERVACIONES: PAULA | TOTAL BRUTO | \$198.740 |
| | DESCUENTO | \$39.748 |
| | DESCUENTO ADICIONAL | \$0 |
| | SUBTOTAL | \$158.992 |
| | IVA | \$30.208 |
| | TOTAL RETENCIONES | \$0 |
| | VALOR TOTAL | \$189.200 |

Factura Impresa por Software de Sistemas de Informacion Empresarial S.A. Nit. 890319193-3 Proveedor Tecnológico

Fecha Aceptación DIAN: 2024-07-16 10:25:32-05:00

| Impuesto | Base | Tasa | Valor |
|----------|-----------|-------|----------|
| IVA | \$158.992 | 19,00 | \$30.208 |

| Retención | Base | Tasa | Valor |
|-----------|------|------|-------|
| | | | |



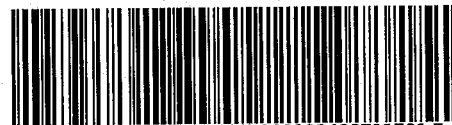
CUFE: 410c6b97b43f3cf8665e2626667f27e0a384b70b4dc16af59cfe5800e59be0790f2685b7fb0a084d200964a23e83e0ce

Firma Digital: MEIuWpH9ZGpmTXXL6q/GI8G9EZKR2Q6P5Y18Bs5Yke3OgOvRz09me3KQ1TKUnJ4jjKNV9UhNd6XyhyI9ePkuL4VAz8qqAXH7znIQLOL
wgDmZoJTe/putP7jvU4gS5zOIXEJU2fqZtZVj/e/gsACwmwhd+Nq9hsQB5nZdOKITV1dH2gwXFM1cj9PrLJR0pD+t7pmPJZn8a4BgHo8NArSF
/iGhllq0ePc8O7zb+H8Opud9jzgbWuweyQHe9ybShDhak87cUlauIVITw91APnfzHocVKWxeZ41g1nckVWxAbllITG3SKqKuyjJv+Qrq
Kwiqpr38I3TcRzRiMiaQa920CA==

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14887117817



(415)7707212489984(8020) 0000014887117817

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 6 0 5 0 1 6 8 2

3

Impuestos de Bogotá

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de Identificación

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón social

CODIFER S.A.S

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

País
COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento
Bogotá D.C.40. Ciudad/Municipio
Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 26 12 B 49

42. Correo electrónico

contabilidad@codifer.com

43. Código postal

44. Teléfono

3 6 0 7 0 8 8

45. Teléfono 2

3 1 0 8 0 9 7 6 5 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 6 3

1 9 8 1 0 4 2 7

4 7 5 2

1 9 8 1 0 4 2 7

6 8 1 0

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 3 5 7 8 1 0 1 4 1 5 3 3 4 1 4 2 4 8 5 2 5 5

03- Impuesto al patrimonio

33- Impuesto nacional al consumo

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

41- Declaración anual de activos en el exte

07- Retención en la fuente a título de renta

42- Obligado a llevar contabilidad

08- Retención timbre nacional

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

10- Obligado aduanero

52- Facturador electrónico

Informante de exogena

55- Informante de Beneficiarios Finales

15- Autorretenedor

Obligados aduaneros

Exportadores

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

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

X

NO

60. No. de Folios

3 4

61. Fecha

2023 - 01 - 10 / 10 : 59: 23

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.

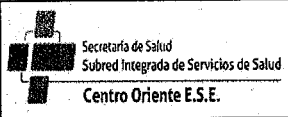
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

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

904. Nombre ORTIZ ECHEVERRI WILMAR

905. Cargo Gestor II



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, 22 DE JULIO 2024. |
| NOMBRE FUNCIONARIO | MICHAEL ANDRES PULIDO PEREZ |
| AREA DEPENDENCIA | GESTION DE LATECNOLOGIA BIOMEDICA |
| CENTRO DE COSTO | ESTERILIZACION VICTORIA 22405 738702005 |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | HOSPITAL LA VICTORIA |

2. VALOR TOTAL \$189,200 (CIENTO OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE)

3. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

2 - VALVULAS DE VAPOR 1/4 " A 110 VOLTIOS. Valor Unitario \$94,600.

4. JUSTIFICACIÓN

REPUESTO NECESARIO PARA HABILITAR AUTOCLAVE MACROINGENIO HOSPITAL LA VICTORIA

| | | |
|--------------------------------|----|----|
| 5. ¿Existe en Almacén Central? | SI | NO |
| | | X |

Miguel Angel Carrero T
Vo.Bo. Funcionario Almacén

Michael Pulido
Nombre Funcionario y/o Contratista

Diana Lopez D
Vo.Bo. Director Administrativo
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

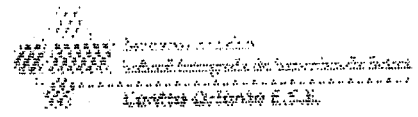
NINGUNA

Carolina

BOGOTÁ, D.C. 24 de julio de 2024. SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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

Fecha Actual : miércoles, 24 julio 2024
1/1



COMPROBANTE ENTRADA

Nº0000000000077598

PROVEEDOR: CODIFERSAS NIT: 360501682 FECHA: 24/07/2024 09:36 a.m.
CIUDAD: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C.) ESTADO: Continuada
DIRECCION: CR 26 N 12 B - 49 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 3013807088 TASA CAM: 0.00
Nº FACTURA: FAM131866 % ICA: 0.0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 18/07/2024 12:00 a.m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|-------------|---------|--------------|----------|------------|-------------|------|-------|
| 132FM015054 | VALVULA | UNIDAD | 2.00 | 179,495.79 | 1138,991.58 | 0.00 | 19.00 |

DETALLE
CAJA MENOR, ESTERILIZACION UNIDAD VICTORIA, DIGITA LUDY TORRES

| | |
|------------------|-------------|
| SUBTOTAL: | 1138,992.00 |
| DESCUENTO: | 10.00 |
| IMPUESTO: | 130,202.09 |
| FLETES: | 10.00 |
| IMP FLETES: | 10.00 |
| RETE IVA: | 10.00 |
| RETE ICA: | 10.00 |
| RETE FUENTE: | 10.00 |
| OTRAS RETE: | 10.00 |
| OTRAS DEDUC: | 10.00 |
| IMP DISTRI: | 10.00 |
| AJUSTE RED: | 10.00 |
| AJUSTE AL TOTAL: | 10.00 |
| TOTAL COMPR: | 1189,200.00 |

TOTAL COMPROBANTE:
CIENTO OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M.Cte.

Elevado:
Revisó Almacén

Revisado Impuesto:

628A
PESO 10.00



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°

6285

FECHA

18/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

MANTENIMIENTO ESE

VALOR:

\$389.200,00

LA SUMA DE:

TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No.FELE 135153 LUBRICANTES ESCAMILLA LTDA. NIT 901.087.925-1 SUMINISTRO DE ACEITE MOTOR Y FILTROS PARA EL VEHÍCULO DE PLACAS OJX 989 PERTENECIENTE A LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E., SOLICITADO POR DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE, TRANSPORTE.

Diana Lopez D
Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO

B. Poca
Vo.Bø. CUENTABANTE

ND 13143 .



LUBRICANTES
ESCAMILLA
Centro técnico de lubricación

51
AÑOS

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

FACTURA DE VENTA: FELE- 135153
ELECTRONICA

FECHA: JULIO 17 DE 2024 15:52:40
CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
NIT: 900959051-7
DIR: DIAG 34 NO15-43

PLACA: OJX989 OPERARIO: 19
KM: 128207 PROX: 134207

| COD. | CANT. | %IVA | VR UNIT. | VR TOTAL |
|---------|-------|------|---|----------|
| GALON | 2.00 | | CHEVRON DELO 400 SAE 15W40 CK-4 GALON | |
| 1CH15W4 | 0% | | 140,600 | 281,200 |
| UNIDAD | 1.00 | | FILTRO ACEITE ISUZU CHEVROLET D-MAX 2.5 | |
| 3PF114 | 19% | | 26,890 | 32,000 |
| UNIDAD | 1.00 | | FILTRO AIRE CHEVROLET D-MAX 2.5 DI 2014 | |
| 5PF912 | 19% | | 35,294 | 42,000 |
| UNIDAD | 1.00 | | FILTRO COMBUSTIBLE TOYOTA HILUX VIGO DI | |
| 6PF355 | 19% | | 28,571 | 34,000 |

| | |
|----------|---------|
| SUBTOTAL | 371,956 |
| IVA | 17,243 |
| TOTAL | 389,200 |



Cant Items: 4
T. CRED.: 0
T. DEB.: 0
TRANSF.: 0
EFEC.: 389,199

RECIBIDO: 389,200
DEVUELTO: 0

c3c6ee7cbb2e4f4bdc6f6037b66ed813c42175016f1d48e345fca4f3a33309541a
ef41236170244da2645f6

IVA REGIMEN COMLIN
Secretaría Distrital de Salud
Subred Centros de Atención
ACTIVIDAD ECONOMICA 4711 CENTRO ORIENTE X 1000
RES DIAN Nº 18764063284571 DE 2024/01/04
AUTORIZACION DESDE EL FELE 1 HASTA FELE-5.000.000
ESTA FACTURA 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 900390126-6
www.merlin.com.co
Proveedor tecnológico The factory IKA Colombia SAS
NIT 900390126-6
Diana Sanchal
13/3/2024



LUBRICANTES
ESCAMILLA
Centro técnico de lubricación

51
AÑOS

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

FACTURA DE VENTA: FELE- 135153
ELECTRONICA

FECHA: JULIO 17 DE 2024 15:52:40
CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
NIT: 900959051-7
DIR: DIAG 34 NO15-43

PLACA: OJX989 OPERARIO: 19
KM: 128207 PROX: 134207

| COD. | CANT. | %IVA | VR UNIT. | VR TOTAL |
|---------|-------|------|---|----------|
| GALON | 2.00 | | CHEVRON DELO 400 SAE 15W40 CK-4 GALON | |
| 1CH15W4 | 0% | | 140,600 | 281,200 |
| UNIDAD | 1.00 | | FILTRO ACEITE ISUZU CHEVROLET D-MAX 2.5 | |
| 3PF114 | 19% | | 26,890 | 32,000 |
| UNIDAD | 1.00 | | FILTRO AIRE CHEVROLET D-MAX 2.5 DI 2014 | |
| 5PF912 | 19% | | 35,294 | 42,000 |
| UNIDAD | 1.00 | | FILTRO COMBUSTIBLE TOYOTA HILUX VIGO DI | |
| 6PF355 | 19% | | 28,571 | 34,000 |

| | |
|----------|---------|
| SUBTOTAL | 371,956 |
| IVA | 17,243 |
| TOTAL | 389,200 |



Cant Items: 4
T. CRED.: 0
T. DEB.: 0
TRANSF.: 0
EFEC.: 389,199

RECIBIDO: 389,200
DEVUELTO: 0

c3c6ee7cbb2e4f4bdc6f6037b66ed813c42175016f1d48e345fca4f3a33309541a
ef41236170244da2645f6

IVA REGIMEN COMLIN
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
ACTIVIDAD ECONOMICA 4711 TARIFA 11.04 X 1000
RES DIAN Nº 18764063284571 DE 2024/01/04 S.E
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 900390126-6
www.merlin.com.co
Proveedor tecnológico The factory IKA Colombia SAS
NIT 900390126-6
Diana Sanchal
13/3/2024



LUBRICANTES[®]
ESCAMILLA
Centro técnico de lubricación

50
AÑOS

DOCUMENTO NO VALIDO COMO FACTURA DE VENTA

www.lubricantesescamilla.com

COTIZACIÓN

00001491

JULIO 17 DE 2024

SEÑOR (ES): SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

NIT / C.C.: 900959051-7

DIRECCION: DIAG 34 NO15-43

TIPO:

TELEFONO: 6014484

OPERARIO: JAIME YECID

MARCA:

LINEA:

PLACA:

MODELO:

KM actual

Proximo Km:

| | | | | |
|-----|--------|--|---------|---------|
| 2.0 | GALON | CHEVRON DELO 400 SAE 15W40 CK-4 GALON | 140,600 | 281,200 |
| 1.0 | UNIDAD | FILTRO ACEITE ISUZU CHEVROLET D-MAX 2.5 DI MOD | 32,000 | 32,000 |
| 1.0 | UNIDAD | FILTRO AIRE CHEVROLET D-MAX 2.5 DI 2014 | 42,000 | 42,000 |
| 1.0 | UNIDAD | FILTRO COMBUSTIBLE TOYOTA HILUX VIGO DI | 34,000 | 34,000 |

Total gravado 90,756 Subtotal Excluido: 281,200 IVA


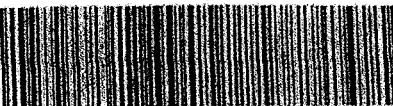
17,243 TOTAL

389,200 ✓

DOCUMENTO NO VALIDO COMO FACTURA DE VENTA

PBX: 6012468290 Whatsapp: 3022042918 Correo: lubriescamilla72@gmail.com

**LOS PRECIOS PUEDEN
TENER VARIACIONES**

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| DIAN | | Formulario del Registro Único Tributario | | 001 | |
| 2. Concepto: 02 Actualización | | 4. Número de formulario: 141004113381 | | | |
|  | |  <small>(415)7707212489984(8020) 0000141004113381</small> | | | |
| 5. Número de identificación Tributaria (NIT): 9 0 1 0 8 7 9 2 5 1 | | 6. DV: 1 | | 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá | |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| 24. Tipo de contribuyente: Persona jurídica | | 25. Tipo de documento: 1 | | 26. Número de identificación: 141004113381 | |
| 27. Fecha expedición: 2024-04-04 | | 28. País: COLOMBIA | | 29. Departamento: Bogotá D.C. | |
| 30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. | | 31. Primer apellido: ESCAMILLA | | 32. Segundo apellido: HERNANDEZ | |
| 33. Primer nombre: CLAUDIA | | 34. Otros nombres: LILIANA | | 35. Razón social: LUBRICANTES ESCAMILLA LTDA | |
| 36. Nombre comercial: "LUBRICANTES ESCAMILLA". | | 37. Signa: 1 | | 38. País: COLOMBIA | |
| 39. Departamento: Bogotá D.C. | | 40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. | | 41. Dirección principal: CR 23 A 1 19 | |
| 42. Correo electrónico: lubriescamilla72@gmail.com | | 43. Código postal: 169 | | 44. Teléfono 1: 6012468290 | |
| 45. Teléfono 2: 3022042918 | | CLASIFICACIÓN | | | |
| 46. Actividad principal: 4732 | | 47. Fecha inicio actividad: 20170601 | | 48. Actividad secundaria: 4520 | |
| 49. Fecha inicio actividad: 20170601 | | 50. Código: 6511 | | 51. Código: 2 | |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos | | | | | |
| 53. Código: 57914485255 | | | | | |
| 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario | | | | | |
| 07- Retención en la fuente a título de renta | | | | | |
| 09- Retención en la fuente en el impuesto | | | | | |
| 14- Informante de exógena | | | | | |
| 48 - Impuesto sobre las ventas - IVA | | | | | |
| 52 - Facturador electrónico | | | | | |
| 55 - Informante de Beneficiarios Finales | | | | | |
| Usuarios aduaneros | | | Exportadores | | |
| 54. Cargo: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | 55. Forma: 1 2 3 | | |
| 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 | | | 56. Tipo: 1 2 3 | | |
| | | | 57. Modo: 1 2 3 | | |
| | | | 58. CPC: 1 2 3 | | |
| Para uso exclusivo de la DIAN | | | | | |
| 59. Aprobado: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | 60. No. de Folios: 0 | | 61. Fecha: 2024-04-04 / 10:54:35 | |
| <p>La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.</p> <p>Firma del solicitante:</p> | | | <p>Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.</p> <p>Firma autorizada:</p> <p>984. Nombre: ESCAMILLA HERNANDEZ CLAUDIA LILIANA</p> <p>985. Cargo: Representante legal Certificado</p> | | |



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 Y ABASTECIMIENTOS
FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-002
VERSIÓN: 04
FECHA: 2024-07-16

1. INFORMACIÓN

| | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| CIUDAD Y FECHA | BOGOTÁ / 17 DE JULIO DE 2024 |
| NOMBRE FUNCIONARIO | DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE |
| ÁREA / DEPENDENCIA | TRANSPORTE |
| CENTRO DE COSTO | 7ADM07 511150001 |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | HOSPITAL SANTA CLARA |

2. VALOR TOTAL

TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS (\$389.200)

3. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

SUMINISTRO DE ACEITE MOTOR Y FILTROS PARA EL VEHICULO DE PLACAS OJX989

4. JUSTIFICACIÓN

SE SOLICITA REALIZAR EL SUMINISTRO DE ACEITE MOTOR Y FILTROS AL VEHICULO DE PLACAS OJX989 PROPIEDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE, LO ANTERIOR QUE A LA FECHA NO SE CUENTA CON CONTRATO PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL PARQUE AUTOMOTOR DE LA ENTIDAD, POR LO TANTO, SE SOLICITA ESTE SERVICIO CON RECURSOS DE CAJA MENOR.

5. ¿Existe en Almacén Central?

SI

NO

X

Miguel Angel Cortés F.
Vo.Bo. Funcionario Almacén Nombre y Firma

Diana Sandoval
Nombre Funcionario y/o Contratista

Diana López D.
Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

6. OBSERVACIÓN:

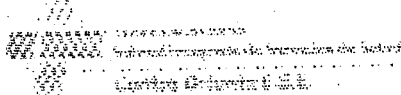
EL SERVICIO SOLICITADO NO SE ENCUENTRA CONTEMPLADO EN LOS CONTRATOS BAJO MI SUPERVISIÓN.

JUAN CARLOS PERILLA MONROY
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

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

Fecha Actual : jueves, 18 julio 2024

1/1



COMPROBANTE ENTRADA

Nº000000000077498

PROVEEDOR: LUBRICANTES ESCAMILLA LTDA NIT: 901087923 FECHA: 18/07/2024 10:03 a.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CR 23 A N 1 - 39 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 3022042918 TASA CAM: 0,00
N° FACTURA: FELB135133 ✓ % ICA: 0,0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 17/07/2024 12:00 a.m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|-------------|--------------------------------------|--------------|----------|---------------|---------------|------|-------|
| 132RM014595 | ACEITE MULTIGRADO 15W-40 CANTIDAD CI | UNIDAD | 2,00 | \$ 140.800,00 | \$ 281.200,00 | 0,00 | 0,00 |
| 132RM015094 | FILTRO DE ACEITE VEHICULO | UNIDAD | 1,00 | \$ 19.845,59 | \$ 19.845,59 | 0,00 | 19,00 |
| 132RM013493 | FILTRO AIRE | UNIDAD | 1,00 | \$ 38.280,82 | \$ 38.280,82 | 0,00 | 19,00 |
| 132RM015099 | FILTRO DE COMBUSTIBLE PARA AUTOMOVIL | UNIDAD | 1,00 | \$ 32.631,24 | \$ 32.631,24 | 0,00 | 19,00 |

DETALLE

CAJA MENOR, TRANSPORTES UNIDAD SANTA CLARA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL: \$ 371.356,00 ✓

DESCUENTO: \$ 0,00

IMPUESTO: \$ 17.243,00 ✓

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

TOTAL COMPROBANTE:

TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cts.

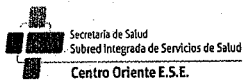
AJUSTE RED: \$ 1,00

AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00

TOTAL COMPR: \$ 389.200,00

David Alejandro
Revilla Parra

David Alejandro
Revilla Parra



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°: | 6286 | FECHA: | 18/07/2024 |
| RUBRO PRESUPUESTAL: | IMPUESTOS, TASAS, DERECHOS, CONTRIBUCIONES Y MULTAS | | |
| VALOR: | \$6.188,00 | | |
| RESUMEN: | SEIS MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO PESOS M.CTE. | | |
| CONCEPTO: | <p>CANCELADO A EDUARDO DURAN GÓMEZ, NIT 13.834.363-5 AUTENTICACIÓN FIRMA DE GERENTE EN PODERES PASRA REALIZAR CONCILIACIONES MÉDICAS DE GLOSA CON EPS FAMILIAR Y SECRETARÍA DEL TOLIMA. SOLICITADO PR YUBER ANDREY SÁNCHEZ SOSA, CUENTAS MÉDICAS.</p> | | |

Diana Lopez

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Diana Lopez

Vo.Bo. CUENTADANTE

NOTARIA 38 DEL CIRCULO DE BOGOTA

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

FACTURA DE VENTA FVE-167167
FECHA 16/JUL/2024 4:19 pm

| CONCEPTO FACTURACION CANT | VALOR |
|---------------------------|----------|
| Autenticacion Firma 2 | \$ 5,200 |
| Subtotal: | \$ 5,200 |
| IVA: | \$ 988 |
| TOTAL: | \$ 6,188 |

FORMA DE PAGO: Efectivo

C.C. 1024546055
DIANA SANCHEZ

Recibido: \$ 10,000
Cambio: \$ 3,812

Claudia Patricia Saldarriaga

Recibido a Conformidad:
Hora:

Resolución 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 NR! Resol. SIC 18886 2017-04-19

NOTARIA 38 DEL CIRCULO DE BOGOTA

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

FACTURA DE VENTA FVE-167167
FECHA 16/JUL/2024 4:19 pm

| CONCEPTO FACTURACION CANT | VALOR |
|---------------------------|----------|
| Autenticacion Firma 2 | \$ 5,200 |
| Subtotal: | \$ 5,200 |
| IVA: | \$ 988 |
| TOTAL: | \$ 6,188 |

FORMA DE PAGO: Efectivo

C.C. 1024546055
DIANA SANCHEZ

Recibido: \$ 10,000
Cambio: \$ 3,812

Claudia Patricia Saldarriaga

Recibido a Conformidad:
Hora:

Resolución 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 NR! Resol. SIC 18886 2017-04-19

Recibí \$ 6.188

Diana Sanchez

22/ Julio / 24

1. INFORMACIÓN

| | |
|-----------------------------|------------------------------|
| CIUDAD Y FECHA | Bogota D.C. 16 de Julio 2024 |
| NOMBRE FUNCIONARIO | YUBER ANDREY SANCHEZ SOSA |
| ÁREA /DEPENDENCIA | CUENTAS MEDICAS |
| CENTRO DE COSTO | 7ADR02 511164001 |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | HOSPITAL SANTA CLARA |

2. VALOR TOTAL

\$

6.188

3. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Autenticacion Firma de Gerente

4. JUSTIFICACIÓN

Poderes para realizar conciliacion medicas de glosa con EPS FAMILIAR Y SECRETARIA DE TOLIMA

5. ¿Existe en Almacén Central?

SI

NO

X

N/A

Vo.Bo. Funcionario Almacén Nombre y Firma


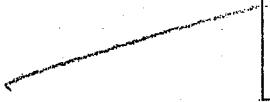
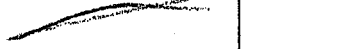
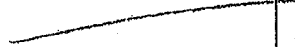
Yuber Sanchez
Nombre Funcionario y/o Contratista

Diana Lopez D

Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

6. OBSERVACIÓN:

NOVEDAD DE FIRMAS

| | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|------------------------------------|------------------------|---------|
| Oficina 4828 | | Ciudad BOGOTÁ | | Fecha 2024 07 10 | | Naturaleza JURIDICA | |
| Apellidos y Nombres / Razón Social | | Clase de Firmante | No. Identificación | Tipo ID | Tipo Aut. | Vigencia | Novedad |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIO | | RL | 009590517 | 3 | | | NA |
| LUIS OSCAR GALVÉS MATEUS | | RL | 71663944 | 1 | | | NA |
| DIANA MARIA LOPEZ DURANGO | | AUT | 43553899 | 1 | P | | A |
| YANET SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMON | | AUT | 51686278 | 1 | | | E |
| Condiciones de Manejo | | | | | | | |
| PARA TODA TRANSACCION SE REQUIERE LAS DOS FIRMAS REGISTRADAS CON SELLO HUMEDO. | | | | | | | M M |
| Clase de Sello | | | | | | | |
| Cuenta Empleador | | Tipo de Manejo Individual | Tipo de producto Davivienda Cuenta Corriente | | Número de producto 008469999208 | | |
| Firma del Titular (Si tiene Autorizado) ó Representante Legal | | | | | | | |
| Firma(s), sellos y Huellas del (los) titulares // Autorizados | | | | | | | |
| Diana | |  | |  | | | |
| Diana Lopez D. cc. cc. 43.513.899 | | | | | | | |
| Firma y C.C. ó Sello | | | | Firma y C.C. ó Sello | | | |
|  | |  | | | | | |
| Firma y C.C. ó Sello | | | | Firma y C.C. ó Sello | | | |

Declaro que el documento de identificación de (los) titulares de este producto es el que aparece en el campo Número de Identificación

SANDRA PATRICI FLOREZ RINCON

Usuario

NOTA: Si dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al diligenciamiento de este formato desea llevar a cabo alguna transacción sobre los recursos depositados solo podrá hacerlo en la oficina de radicación del producto.



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°

6287

FECHA

18/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

MANTENIMIENTO ESE

VALOR:

\$1.398.250,00

LA SUMA DE:

UN MILLÓN TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. FEV-310 ANALIDA FANDIÑO CUADROS NIT 39.543.257-8 FILTROS DE CARBÓN ACTIVADO Y DE RETENCIÓN DE SÓLIDOS, NECESARIOS PARA LOS SISTEMAS DE ESPURIFICACIÓN DE AGUA, UBICADOS EN LOS LACTARIOS DE LAS UNIDADES HOSPITAL ES SANTA CLARA, LA VITORIA, SAN BLAS Y MATERNO INFANTIL, SOLICITADO POR PAOLA PULIDO SALGADO, LIDER GESTIÓN AMBIENTAL.

R.FTE 2.5%.....\$29.375,00
R.ICA 11,04 POR MIL..... 12.972,00
R.IVA 15%..... 33.488,00

Diana López D

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Paola Pulido

Vo.Bo. CUENTADANTE

ND 13146

*

ANALIDA FANDIÑO CUADROS
 NIT: 39543257 - Email: ozonofiltros@yahoo.es
 AK 70 74 D 07 - Bogotá, D.C. - Bogotá
 Tel: 4900787 - Cel: 3105517779
 Actividad Económica: 4759
 Régimen: Responsable Del Impuesto Sobre Las Ventas - IVA



FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N° FEV - 310

Resolución N° 18764070015214, Fecha Resolución 2024-05-02, Desde: 2024-05-02 - Hasta: 2024-11-02, Rango Autorizado FEV287 - FEV2500
 Fecha Generación: 2024-07-17 18:17:04-05:00 - Fecha Expedición: 2024-07-17 18:17:11

UUID (CUFE): d7140f1cf3b0e91033379a1272278e278519562baf76d3ba52ec8abc79dcb995c579e3f66df89cd40ef3278a5070c160

Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - NIT: 900959051-7 - Teléfono: 3023290575
 Dirección: DG 34 5 43 Bogotá, D.C. Bogotá - Email: SUBCENTROORIENTE@SALUDCAPITAL.GOV.CO

Productos y Servicios - 2 Items

| Código | Descripción | Cantidad | Precio Unitario | U. Medida | IVA % | Total Línea |
|--------|--|----------|-----------------|-----------|-------|--------------|
| 1511 | FILTROS CON CARBON ACTIVADO PURIFICACION DE AGUA | 5 | \$155,000.00 | 94 | 19.00 | \$775,000.00 |
| 1511 | FILTRO PARA RETENCION DE SOLIDOS | 5 | \$80,000.00 | 94 | 19.00 | \$400,000.00 |

Total a pagar: \$ 1,398,250.00

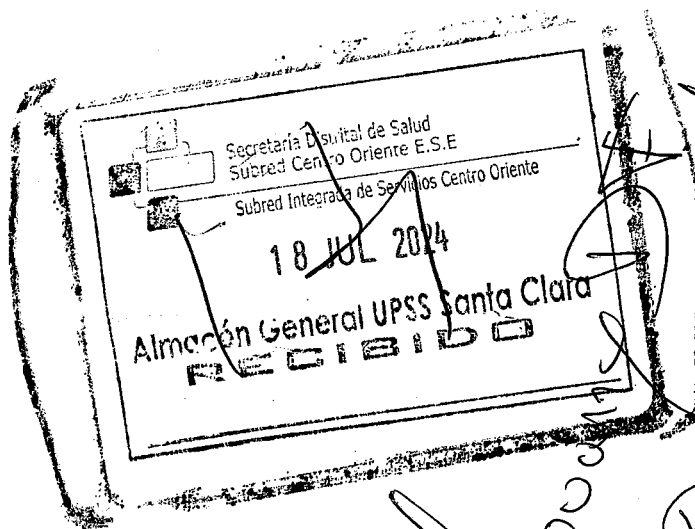
Sub-Total Bruto: \$1,175,000.00

IVA: \$223,250.00

Total: \$1,398,250.00

Términos de Pago

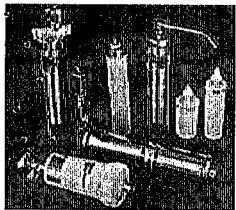
| Medio de Pago | Forma de Pago | Fecha pago Crédito |
|---------------|---------------|--------------------|
| Efectivo | Contado | |



R.Ate 25% \$29.375⁰⁰
 RICA 11.04% 12.972⁰⁰
 RIVA 15% 33.488⁰⁰
\$75.835

A pagar \$1322.415

Cancelado
 80033693BTA.
 Paola Pado
 18/07/2024
 \$1322.415
 Efectivo
 Recibido.



www.aquatreatment.co

BOGOTA JULIO 17 DEL 2024

Filtros Purificadores
de Agua (filtración y
bactericida)

SEÑORES

Filtros de gravedad
Para desinfección
Sitios marginados

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

Filtros de presión NIT: 900959051-7
Casas, condominios
Hoteles, etc.

ATN: Blanca Suarez (tesorería)

Tiendas de Agua
Envasadora de
Botellones, bolsas

Muy amable mente autorizo hacer los trámites de recoger Efectivo (cheque) de factura
No. FEV- 310

Por concepto de filtros para filtrar y purificar el agua.

Montaje de Piscinas
Y accesorios

Al señor: Geimar Giovanny Delgado F

Purificadores No: Cedula 80033693
Industriales para
desinfectar y filtrar

Dispensador de
Agua Industrial Semi-
Industrial agua fría y
caliente

Agradezco su atención.

Osmosis Inversa
Para tratamiento
De aguas, laboratorios
Agua destilada

Analida Fandiño Cuadros

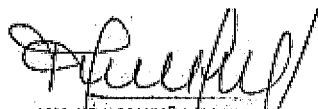
Plantas de Agua
Compactas, aguas
residuales

Sistema de Ozono
Doméstico e Industrial
purificación de agua

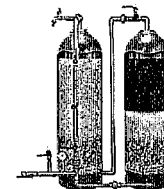
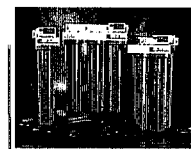
Cordialmente.

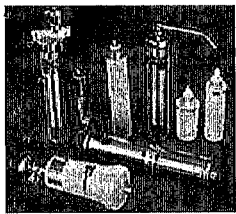
Accesorios, Bujías en
Cerámica, Membranas
Filtración

Todo en tratamiento
de aguas


ANA LIDA FANDIÑO CUADROS
C.C. 39.543.257 Bogotá
Representante Legal

*Recibido
18/07/2024*





www.aquatreatment.co

Bogotá, JULIO 17 2024

Filtros Purificadores
de Agua (filtración y
bactericida)

REF: CAMBIO DE FILTROS

Filtros de gravedad
Para desinfección
Sitios marginados

SEÑORES

Filtros de presión
Casas condominios
Hoteles, etc.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
NIT: 900 959 051 -7

Tiendas de Agua
Envasadora de
Botellones, bolsas

Respetados señores:

ACTA DE ENTREGA- CAMBIO DE FILTROS

Montaje de Piscinas
Y accesorios

VICTORIA

CESAR RICAUTE AMB

TEL: 314 282 24 07

Cristian Acosta

Purificadores
Industriales para
desinfectar y filtrar

SAN BLAS

CRISTIAN ACOSTA

TEL: 310 344 8350

Cristian Acosta

Dispensador de
Agua Industrial Semi-
industrial agua fría y
caliente

MATERO

MIGUEL PRADA

TEL: 321 3843532

Miguel Prada

Osmosis Inversa
Para tratamiento
De aguas, laboratorios
Agua destilada

SANTA CLARA

MAYRA ALEJANDRA G

TEL: 300 2408030

Mayra G. G. G.

Plantas de Agua
Compactas, aguas
residuales

SANTA CLARA

BLANCA

Factura. Autorización, cedula

Sistema de Ozono
Doméstico e Industrial
purificación de agua

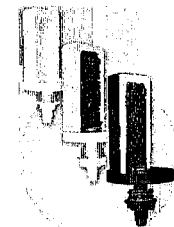
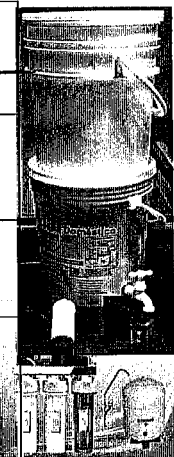
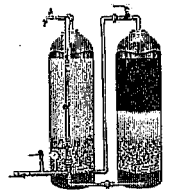
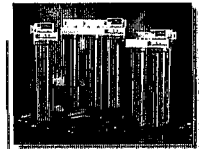
Entrega el señor Giovanni Delgado F

Accesorios, Bujías en
Cerámica, Membranas
Filtración

Todo en tratamiento
de aguas

*Factura
18/07/2024*

Av Rojas Carrera 70 No 74 d-07 Teléfono 4900787 Telefax. 4913834
Cel 3105517779 E-mail ventas@aquatreatment.co Bogotá D.C. Colombia



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.543.257**
FANDINO CUADROS

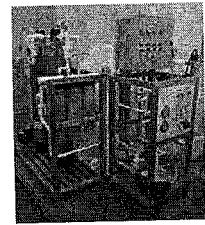
APELLIDOS
ANALIDA

NOMBRES



FIRMA





| | | | |
|---|--|------------|------------|
| EMPRESA | Subred Integrada de Servicios de Salud Centro | CIUDAD | Bogota |
| NIT | 900959051-7 | CELULAR | |
| CONTACTO | Paola Pulido | FECHA | 25/06/2024 |
| CORREO | gestionambiental@subredcentrooriente.gov. | COTIZACION | PHE- 165 |
| REFERENCIA: | filtro para retener silidos y carbon activado olor,color y sabor . | | |
| Estimados Señores: | | | |
| En respuesta a su amable solicitud a continuación presentamos oferta para el suministro de: | | | |

| ITEM | DESCRIPCION | CANTIDAD | VR UNITARIO | VR TOTAL |
|-------------------|------------------------------------|----------|-------------|--------------|
| 1 | filtro de 10" con carbon activado | 5 | \$ 155.000 | \$ 775.000 |
| 2 | Filtro de 10" Retencion de solidos | 5 | \$ 80.000 | \$ 400.000 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| INCLUYE :SERVICIO | | | SUBTOTAL | \$ 1.175.000 |
| | | | 19% | \$ 223.250 |
| | | | TOTAL | \$ 1.398.250 |

OBSERVACIONES

Tiempo de Entrega: 2 dia habiles/ Forma de Pago:contado en la entrega.

Dianna Lopez

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14984706271



(415)7707212489984(8020) 000001498470627 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

3 9 5 4 3 2 5 7

8

Impuestos de Bogotá

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

3 9 5 4 3 2 5 7

27. Fecha expedición

1 9 8 5, 1 2, 0 9

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

29. Departamento

1 6 9 Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

FANDIÑO

32. Segundo apellido

CUADROS

33. Primer nombre

ANALIDA

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

AQUATREATMENT (EN SOCIEDAD DE HECHO)

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

AK 70 74 D 07

42. Correo electrónico

facturacionelecaquatreatment@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 3 2 3 7 2 7 3 9

45. Teléfono 2

3 1 0 5 5 1 7 7 7 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

4 7 5 9

1 9 9 5, 0 9, 0 5

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

3 6 0 0

1 9 9 5, 0 9, 0 5

Otras actividades

50. Código

3 7 0 0

51. Código

52. Número establecimientos

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

5 1 0 2 2 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

10- Obligado aduanero

22- Obligado a cumplir deberes formales a

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

2 3

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios

0

61. Fecha

2024 - 02 - 23 / 11 : 42: 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 FANDIÑO CUADROS ANALIDA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 3 de 3 Hoja 6

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14984706271



(415)7707212489984(8020) 000001498470627 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 9 5 4 3 2 5 7

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

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

160. Tipo de establecimiento

Oficina

0 8

161. Actividad económica

Comercio al por menor de otros artículos domésticos en establecimientos e

4 7 5 9

162. Nombre del establecimiento

AQUATREATMENT

163. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

164. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

165. Dirección

AK 70 74 D 07

166. Número de matrícula mercantil

6 6 2 8 5 1

167. Fecha de la matrícula mercantil

1 9 9 5 0 9 0 5

168. Teléfono

4 9 0 0 7 8 7

169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento

161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento

164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil

167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono

169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento

161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento

164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil

167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono

169. Fecha de cierre



Santa Fe de Bogotá, 26 Junio de 2024

Señores
SUB-RED INTEGRADA DE SALUD
ATN: PAOLA PULIDO

Ciudad

Estimado Señores

FILTRO PP 10" 5 UNIDADES
Valor Unitario: 147.000 + IVA

FILTRO CARBON 5 UNIDADES
Valor Unitario: \$300.000

Total : \$2.235.000
IVA: \$ 424.650
Total: \$ 2.659.650

Condiciones Comerciales

| | |
|-----------------------|---------|
| Forma de pago | Contado |
| Validez de la oferta: | 15 días |
| Tiempo de entrega | 5 días |

Muchas gracias por consultarnos

Atentamente

Ing. JUAN CARLOS RODRÍGUEZ
Gerente

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

14921885908



(415)7707212489984(8020) 000001492188590 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

7 9 2 9 2 3 3 4

4

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

7 9 2 9 2 3 3 4

1 9 8 1, 1 2, 1 4

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

RODRIGUEZ

PEREZ

JUAN

CARLOS

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Signa

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 69 G 66 66 BRR LA ESTRADA

42. Correo electrónico

aseteccol@gmail.COM

43. Código postal

44. Teléfono 1

6 3 0 9 1 9 2

45. Teléfono 2

3 1 0 5 6 6 0 3 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 9 9 | 2 0 2 0, 0 1, 0 2

3 7 0 0 | 2 0 0, 5 0 2, 2 8

4 6 6 9 | 3 6 0 0

2 1 4 6

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 0 1 4 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 52- Facturador electrónico

07- Retención en la fuente a título de rent

09- Retención en la fuente en el impuesto

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2 3
11 12 13 14 15 16 17 18 19 2055. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3
57. Modo
58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2023 - 06 - 23 / 09 : 29: 41

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 RODRIGUEZ PEREZ JUAN CARLOS

985. Cargo CONTRIBUYENTE

87

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14921885908



(415)7707212489984(8020) 000001492188590 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

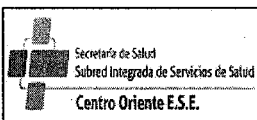
6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

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

| | |
|--|--|
| 160. Tipo de establecimiento Oficina 0 8 | 161. Actividad económica Actividades de ingeniería y otras actividades conexas de consultoría técnica 7 1 1 2 |
| 162. Nombre del establecimiento ASETEC COLOMBIANA | |
| 163. Departamento Bogotá D.C. 1 1 | 164. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1 |
| 165. Dirección CR 69 G 66 66 BRR LA ESTRADA | |
| 166. Número de matrícula mercantil 8 6 4 6 6 2 | 167. Fecha de la matrícula mercantil 1 9 9 8, 0 4 2 2 |
| 168. Teléfono 6 3 0 9 1 9 2 | 169. Fecha de cierre |
| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
| 162. Nombre del establecimiento | |
| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
| 165. Dirección | |
| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
| 162. Nombre del establecimiento: | |
| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
| 165. Dirección | |
| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |

| | | |
|---|---|---|
|  | 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, 5 DE JULIO 2024 |
| NOMBRE FUNCIONARIO | PAOLA PULIDO SALGADO |
| ÁREA / DEPENDENCIA | RECURSOS FÍSICOS/GESTIÓN AMBIENTAL |
| CENTRO DE COSTO | 7ADM06 5111150001 |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | HOSPITAL SANTA CLARA, HOSPITAL VICTORIA, HOSPITAL SAN BLAS, HOSPITAL IMI |

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

SE SOLICITA LA COMPRA DE CINCO FILTROS DE CARBON ACTIVADO Y CINCO FILTROS DE RETENCIÓN DE SÓLIDOS, PARA LOS SISTEMAS DE PURIFICACIÓN DE AGUA, UBICADOS EN LOS LACTARIOS DE LAS UNIDADES: 2 HOSPITAL SANTA CLARA, 1 HOSPITAL VICTORIA, 1 HOSPITAL SAN BLAS, 1 HOSPITAL INSTITUTO MATERNO INFANTIL.

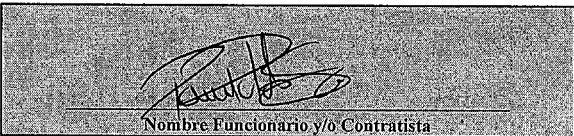
3. JUSTIFICACIÓN

TENIENDO EN CUENTA QUE EN LA VIGENCIA 2018, HUBO LA NECESIDAD DE ADQUIRIR SISTEMAS QUE PERMITIERAN PURIFICAR EL AGUA EN LOS LACTARIOS EXISTENTES EN LA SUBRED CENTRO ORIENTE, PARA GARANTIZAR DE FORMA SEGURA LOS DIFERENTES PROCESO Y/O LABORES QUE SE LLEVAN A CABO EN DICHS SERVICIOS, ADICIONAL PORQUE ESTOS SON DISPOSITIVOS QUE TIENEN VIDA UTIL DE SEIS (6) MESES, SEGUN RECOMENDACIONES DADAS PORT EL FABRICANTE. ES POR ESTO QUE SE DEBEN SUSTITUIR DICHS FILTROS.

CONFORME A LAS COTIZACIONES LA OFERTA QUE MAS SE AJUSTA A LOS REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED, CORRESPONDE A LA PRESENTADA POR PARTE DE LA EMPRESA ACUATREATMENT POR 5 FILTROS DE RETENCIÓN DE SÓLIDOS Y 5 FILTROS PARA DESINFECCIÓN POR UN TOTAL DE \$ 1,398,250. ESTA ES UNA UNICA COMPRA, LA CUAL SE EJECUTARÁ MEDIANE LA CAJA MENOR.

| | | |
|--------------------------------|----|----|
| 4. ¿Existe en Almacén Central? | SI | NO |
| | | X |

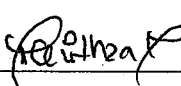

Vo.Bo. Funcionario Almacén


Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Director Administrativo o Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

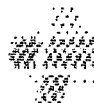
SE CERTIFICA QUE A LA FECHA NO EXISTE NINGÚN CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS PARA LA ADQUISICIÓN DE ESTE TIPO DE INSUMOS A CARGO DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA.

JUDITH MARITHTZA MARIÑO DUEÑAS 

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

Fecha Actual: miércoles, 24 julio 2024

Nº


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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000077597

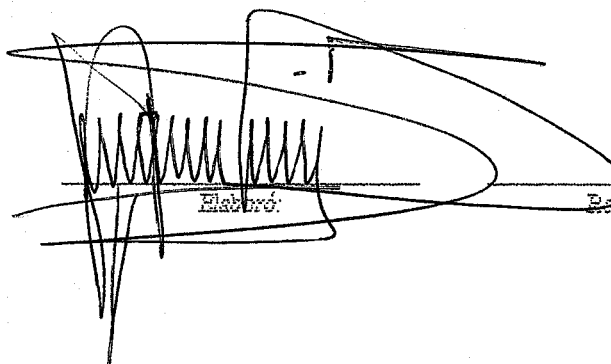
PROVEEDOR: ANALIDA FANDINO CUADROS NIT: 39543257 FECHA: 24/07/2024 08:30 a.m.
 CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
 DIRECCION: AK 70 N 74 D - 7 MONEDA: Pesos
 TELEFONO: 4900787 TASA CAM: 0,00
 N° FACTURA: FEV310 % ICA: 11,0400 PLAZO: 0 FECHA FAC: 17/07/2024 12:00 a.m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DITO | %IVA |
|-------------|--|--------------|----------|---------------|---------------|-------|-------|
| 152RM014322 | FILTRO CON CARBON ACTIVADO, PARA EL SISTEMA DE PURIFICACION DE AGUA. | UNIDAD | 1,00 | \$ 155.000,00 | \$ 775.000,00 | 0,00 | 19,00 |
| 152RM014323 | FILTRO PARA RETENCION DE SOLIDOS, PARA EL SISTEMA DE PURIFICACION DE AGUA EN EL AREA DE DILUCIONES | UNIDAD | 5,00 | \$ 80.000,00 | \$ 400.000,00 | 0,00 | 19,00 |

| | | |
|--|------------------|-----------------|
| DETALLE | SUBTOTAL: | 2.1.175.000,00 |
| CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA, DIGITA LUDY TORRES | DESCUENTO: | \$ 0,00 |
| | IMPUESTO: | \$ 223.250,00 |
| | FLETES: | \$ 0,00 |
| | IMP FLETES: | \$ 0,00 |
| | RETE IVA: | \$ 33.482,00 |
| | RETE ICA: | \$ 12.972,00 |
| | RETE FUENTE: | \$ 29.375,00 |
| | OTRAS RETE: | \$ 0,00 |
| | OTRAS DEDUC: | \$ 0,00 |
| | IMP DISTRI: | \$ 0,00 |
| | AJUSTE RED: | \$ 0,00 |
| | AJUSTE AL TOTAL: | \$ 0,00 |
| | TOTAL COMPR: | \$ 1.322.415,00 |

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON TRESCIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS CON CERO CTVS M/Cts.


 Elaboró:

Revisó Almacén

Revisado Impuestos

6287

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6288

FECHA

18/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL

MEDICAMENTOS

VALOR:

\$691.806,00

LA SUMA DE:

SEISCIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SEIS PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. BO 7698 BIOHEALTHY SAS NIT 900.628.878-0 MEDICAMENTOS (PIRIMETAZINA, LUGOL, SUFATO FÉRRICO, ÁCIDO FOLINICO, 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.

Diana Lopez D

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

García

Vo.Bo. CUENTABLANTE

(2)
NO 13148

*



BIOHEALTHY SAS
900628878-0

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

FACTURA DE VENTA

No. BO7698

| | | | | | | |
|--|--------------------------|---|----|----------------------------|--|--|
| SEÑORES SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE DG 34 5 43 BOGOTA 3282828 3023348034 900959051-7 | FECHA FACTURA | | | REMISIONES | | |
| | 2024 | 7 | 18 | No hay com | | |
| | FECHA VENCIMIENTO | | | CONDICIONES DE PAGO | | |
| | 2024 | 7 | 18 | 0 DIAS | | |
| | VENDEDOR | | | ORDEN DE COMPRA | | |
| V04 | | | | | | |
| CUFE 987bbc6295a6ecdcef6578e50bfd99a7547d27533c072f43afd81033a9791529e5ca148e8281f41b09172b6580345b74 | | | | | | |

| CODIGO | PRODUCTO | LOTE | CANTIDAD | UND | PRECIO UND | VALOR TOTAL |
|--|---|----------|----------|-----|------------|-------------|
| I01013066 | ORAL PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML | 90196746 | 1.00 | 30 | 49,029.00 | 49,029.00 |
| RTFUENTE 0%: 0.00 RETEIVA 0%: 0.00 RETEICA 7%: 338.30 IVA 0%: 0.00 | | | | | | |
| I01013067 | ORAL ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL | 90196747 | 1.00 | 20 | 65,324.00 | 65,324.00 |
| RTFUENTE 0%: 0.00 RETEIVA 0%: 0.00 RETEICA 7%: 450.74 IVA 0%: 0.00 | | | | | | |
| I01013068 | LUGOL SOLUCION FRASCO 250 ML | 90196734 | 1.00 | 250 | 87,954.00 | 87,954.00 |
| RTFUENTE 0%: 0.00 RETEIVA 0%: 0.00 RETEICA 7%: 606.88 IVA 0%: 0.00 | | | | | | |
| I01013070 | ACIDO ACETICO 3% SOLUCION TOPICA FRASCO 500 ML | 90196736 | 1.00 | 500 | 48,450.00 | 48,450.00 |
| RTFUENTE 0%: 0.00 RETEIVA 0%: 0.00 RETEICA 7%: 334.31 IVA 0%: 0.00 | | | | | | |
| I01013071 | ACIDO ACETICO 85% SOLUCION TOPICA FRASCO 250ML | 90196737 | 1.00 | 250 | 79,049.00 | 79,049.00 |
| RTFUENTE 0%: 0.00 RETEIVA 0%: 0.00 RETEICA 7%: 545.44 IVA 0%: 0.00 | | | | | | |
| I01013072 | SOLUCION MONSEL FRASCO 500 ML | 90196738 | 1.00 | 500 | 362,000.00 | 362,000.00 |
| RTFUENTE 0%: 0.00 RETEIVA 0%: 0.00 RETEICA 7%: 2,497.80 IVA 0%: 0.00 | | | | | | |

04 Cancelado en efectivo \$ 691,805
Diego F Galindo Rincon
10/06/2024 24 JUL 24

| | | | | |
|--|--|----------------------|--|---------|
| DEVOLVER ORIGINAL EMPRESA FIRMADO Y SELLADO | | SUB-TOTAL | | 691,806 |
| SOPESEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL TREINTA Y DOS PESOS 53/100 | | DESCUENTO | | 0 |
| OBSERVACIONES No hay comentarios | | TOTAL / Total | | 691,806 |
| | | RETE - FUENTE | | 0 |
| | | RETE - IVA | | 0 |
| | | RETE - ICA | | 4,773 |
| | | IVA | | 0 |
| | | TOTAL A PAGAR | | 687,032 |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | Favor consignar a BIOHEALTHY S.A.S CONVENIO BANCOLOMBIA No. 55575. o con cheque cruzado a nombre de BIOHEALTHY S.A.S NOTA: Vencido el plazo para cancelar la presente factura se causaran intereses moratorios a la tasa permitida por la Superintendencia Financiera. Despues de ocho (8) dias de recibida la mercancia NO aceptamos devoluciones. Esta factura se asimila en sus efectos a la letra e cambio (Codigo del Comercio Art. 774) no somos Agentes Retenedores de IVA. | SELLO CLIENTE | |
| | | NOMBRE LEGIBLE C.C.: 1023911759 FECHA: 18-Julio-2024 | |

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

ORIGINAL EMPRESA

Bogotá D.C. 24 de julio de 2024

Señores

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

Asunto: Autorización pago de facturas

La presente es para autorizar al señor DIEGO GALINDO RINCON con C.C 1016054871 a realizar el cobro de la factura No. BO7698 por valor de \$691.806 a nombre de Subred Centro Oriente SAS.

Cordialmente

GINA ANDRADE

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

| CUADRO COMPRATIVO | | | | | BONNE SANTE GROUP SAS | | BIOHEALTHY SAS | |
|-------------------|--|------------------|----------|--|-----------------------|-------------|----------------|-------------|
| ITEM | NOMBRE/ DESCRIPCIÓN DETALLADA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD | | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
| 1 | Pirimetamina 2.6 mg/ml suspensión oral frasco 30 ml preparación magistral SDMU | FRASCO | 1 | | 152.500 | 152.500 | 49.029 | 49.029 |
| 2 | Sulfadiazina 130 mg/ml suspensión oral frasco 60 ml preparación magistral SDMU | FRASCO | 1 | | 187.500 | 187.500 | 0 | 0 |
| 3 | Acido folínico 10 mg/ml suspensión oral frasco 20 ml preparación magistral SDMU | FRASCO | 1 | | 162.500 | 162.500 | 65.324 | 65.324 |
| 4 | Lugol solución frasco 250 ml preparación magistral SDMU | FRASCO | 1 | | 225.000 | 225.000 | 87.954 | 87.954 |
| 5 | Sulfato Ferrico Solución Monse frasco 500 ml solución tópica preparación magistralSDMU | FRASCO | 1 | | 225.600 | 225.600 | 362.000 | 362.000 |
| 6 | Ácido acético 3% Solución tópica Frasco 500 ml | FRASCO | 1 | | 33.750 | 33.750 | 48.450 | 48.450 |
| 5 | Ácido Acético 85% Solución Tópica frasco SDMU 250 ml | FRASCO | 1 | | 46.250 | 46.250 | 79.049 | 79.049 |
| TOTAL | | | | | | 1.033.100 | 691.806 | 691.806 |

95

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

NIT. 900959051 Call center: 3078181 018000118181

Fecha Actual : viernes, 05 julio 2024

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

FORMULACION MEDICA INTRA-HOSPITALARIO

Paciente **LUISA NICOLT HIJO DE CARANTON CASTAÑEDA** Edad 0 Años / 0 Meses / 6 Días Folio 52
Identificacion **240690110268** Telefono 3143478193 No. Historia **24069011026894**
Centro- Atencion **HOSPITAL LA VICTORIA** Cama UCINEO_02 - RECIEN NACIDOS Fecha Ingreso 29/06/2024 4:40:18 p. m.
Direccion **DG 39 SUR No 3-20 ESTE** Telefono 3725610 Fecha prescripcion 05/07/2024 12:53 p. m.
Entidad **CAPITAL SALUD EPS-S** Suministro Paciente
No. Cama **UCINEO_02 - RECIEN NACIDOS INTENSIVO** Area de Servicio: **2LVE07 - LA VICTORIA UCI INTERMEDIOS NEONATAL**

Plan de Beneficios: **PGP CAPITAL SALUD EPS**

Diagnostico Principal : **P371 - TOXOPLASMOSIS CONGENITA**

No Formula: **FAM000026785766**



MEDICAMENTOS POS

| Medicamento | Cantidad | Concentra. | Unidad | Vía Admin. | Observaciones | T.D. | Dura. |
|---|----------|------------|--------|------------|--|-------------------------------------|-------|
| 122MP025196 PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU | (1) UNO | 2.6MG/ML | FRASCO | Oral | - PIRIMETAMINA 2.8 MG VO CADA 12 H POR 2 DIAS LUEGO CONTINUAR 2.8 MG VO CADA DIA POR 2 A 6 MESES | <input checked="" type="checkbox"/> | 24 h |
| 22MP025195 sulfadiazina 130 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 60ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU | (1) UNO | 130MG/ML | FRASCO | Oral | - SULFADIAZINA 136 MG VO CADA 12 H | <input checked="" type="checkbox"/> | 24 h |
| 22MV045070 ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL PREPARACION MAGISTRAL SDMDU | (1) UNO | 10 MG/ML | FRASCO | Oral | - ACIDO FOLINICO 10 MG VO 3 VECES POR SEMANA (LUN - MIER - VIER) | <input checked="" type="checkbox"/> | 24 h |

Total Items: 3

DIAGNOSTICOS

| CODIGO | DESCRIPCION | TIPO DIAGNOSTICO |
|--------|-------------------------|----------------------|
| P371 | TOXOPLASMOSIS CONGENITA | Principal Presuntivo |

MENARD PADILLA ANA MARIA
NEONATOLOGIA
52967447

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."

96

Usuario: 52857553

Fecha Actual : jueves, 27 junio 2024

1/1

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

**SOLICITUD
N°00000000109979**

Fecha : 27/06/2024 11:46 a.m.

Estado : Confirmado

Dependencia: 2LVC45




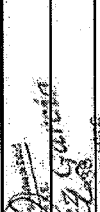
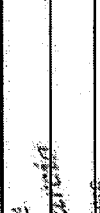
LA VICTORIA CONSULTA EXTERNA OTRAS CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS

Observaciones: SERVICIO COLPOSCOPIA JULIO/2024 SE ADJUNTA SOLICITUD MANUAL DEL SERVICIO ACETICO AL 85% DE 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 PREPARACION MAGISTRAL SDMDU | 1.00 | 1.00 |
| 122MV043174 | ACIDO ACETICO 85% SOLUCION TOPICA FRASCO PREPARACION MAGISTRAL SDMDU | 1.00 | 1.00 |
| 122MV043172 | SULFATO FERRICO O SOLUCION MONSEL FRASCO 500 ML SOLUCION TOPICA PREPARACION MAGISTRAL SDMDU | 1.00 | 1.00 |

Nombre reporte : CPRPSolicitud

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

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--------------------|---|---|--|
|  Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Centro Oriente E.S.E. | | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. MISIONAL - TRANSVERSAL FORMATO ÚNICO DE CONTINGENCIA - PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS | | CÓDIGO: MI-TV-FT-053 VERSIÓN: 02 FECHA: 2023-07-19 | | | | | |
| FECHA (dd/mm/aaaa) | | TIPO DE AFILIACIÓN | | | | | | | |
| 21/06/2024 | | FFD EPS-S EPS-C SOAT OTRAS | | | | | | | |
| TIPO DE CONSULTA | | UNIDAD DE ATENCIÓN | | | | | | | |
| URGENCIAS HOSPITALIZACIÓN C. EXTERNA | | DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. T.I. OTRO Hospital Victoria Diagonal 39 Sur Número 3 - 20 Este | | | | | | | |
| NIT: | | 900959051-7 | | | | | | | |
| NOMBRE | | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | EDAD | | DIAGNÓSTICO | |
| MEDICAMENTO | | | | | | | | | |
| NOMBRE GENÉRICO (DCI) | CONCENTRACIÓN | FORMA FARMACÉUTICA | VÍA | DOSIS FRECUENCIA | DÍAS TRATAMIENTO | CANTIDAD FORMULADA | NÚMERO LETRAS | INDICACIONES | |
| SOLUCIÓN DE LUGOL | | FRASCO 300 ML FORMULA MAGISTRAL | TOPICA | | 30 | 1 | UNO | PROCEDIMIENTOS CUELLO UTERINO COLPOSCOPIA | |
| ACIDO ACETICO | 3% | FRASCO 300 ML FORMULA MAGISTRAL | TOPICA | | 30 | 1 | UNO | PROCEDIMIENTOS CUELLO UTERINO COLPOSCOPIA | |
| ACIDO ACETICO | 85% | FRASCO 250 ML FORMULA MAGISTRAL | TOPICA | | 30 | 1 | UNO | PROCEDIMIENTOS CUELLO UTERINO COLPOSCOPIA | |
| NOMBRE MÉDICO PRESCRIPTOR |  Dr. Rafael García | |  Dr. Rafael García | |  Dr. Rafael García | |  Dr. Rafael García | | |
| # REGISTRO PROFESIONAL | C. Externos y Obstetricia | | C. Externos y Obstetricia | | C. Externos y Obstetricia | | C. Externos y Obstetricia | | |
| FIRMA DEL MÉDICO PRESCRIPTOR | Firma del Médico Prescriptor | | Firma del Médico Prescriptor | | Firma del Médico Prescriptor | | Firma del Médico Prescriptor | | |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. - NIT 900959051 Call Center (601) 3078181 - 018000118181 La vigencia de esta fórmula médica corresponde a la duración del tratamiento *Artículo 10 Resolución 4331 de 2012. Las autorizaciones de servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud tendrán una vigencia no menor de dos (2) meses, contado a partir de su fecha de emisión | | | | | | | | | |

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


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
MISIONAL - TRANSVERSAL
FORMATO ÚNICO DE CONTINGENCIA: PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

CÓDIGO: ML-TV-PT-058
VERSIÓN: 02
FECHA: 2023-07-19

| | | | |
|---------------------------|--|------------------------------------|--|
| FECHA (dd/mm/aaaa) | | TIPO DE AFILIACIÓN | |
| 21/06/2024 | | FFD EPS-S EPS-C SOAT OTRAS | |
| TIPO DE CONSULTA | | UNIDAD DE ATENCIÓN | |
| URGENCIAS HOSPITALIZACIÓN | | Hospital Victoria | |
| | | Diagonal 39 Sur Número 3 - 20 Este | |
| NIT: | | | |
| 900959051-7 | | | |

| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | EDAD | | DIAGNÓSTICO | |
|-----------------|--|------------------|--|------|--|-------------|--|
| | | | | | | | |

| MEDICAMENTO | | | | | | | |
|-----------------------|---------------|------------------------------------|--------|------------------|------------------|--------------------|---|
| NOMBRE GENÉRICO (DCI) | CONCENTRACIÓN | FORMA FARMACÉUTICA | VÍA | DOSIS FRECUENCIA | DÍAS TRATAMIENTO | CANTIDAD FORMULADA | INDICACIONES |
| SOLUCION DE MONSELL | | FRASCO 500 ML FORMULA MAGISTRAL | TOPICA | | 30 | 1 / UNO | PROCEDIMIENTOS CUELLO UTERINO COLPOSCOPIA |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| NOMBRE MÉDICO PRESCRIPTOR |  FIRMA DEL MÉDICO PRESCRIPTOR | |
| # REGISTRO PROFESIONAL | | |
| FIRMA DEL MÉDICO PRESCRIPTOR | | |

FIRMA DEL PACIENTE

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. - NIT 900959051
Call Center (601) 3078181 - 018000118181



La vigencia de esta fórmula médica corresponde a la duración del tratamiento

"Artículo 10 Resolución 4331 de 2012. Las autorizaciones de servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud tendrán una vigencia no menor de dos (2) meses, contado a partir de su fecha de emisión

Outlook

Q Buscar

99

 Imprimir  Cerrar**RE: SOLICITUD DE EXISTENCIAS Y CONTRATOS**

Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentroorientegov.co>

Lun 08/07/2024 9:34

Para: Alexis Orjuela Angulo

<abastecimientomedicamentos@subredcentroorientegov.co>; John Jairo Guerrero

<almacen@subredcentroorientegov.co>; compras

<compras@subredcentroorientegov.co>; Angel Triana Niño

<compras3@subredcentroorientegov.co>

CC: Dannys Teherán Turizo

<directorcomplementarios@subredcentroorientegov.co>; Referente Farmaceutico

<referentefarmaceutico@subredcentroorientegov.co>

DR ALEXIS, buenos días, cordial saludo.

De acuerdo con su solicitud, comedidamente me permito informar, que revisado el stock de inventario del almacén unidad santa clara, sub almacenes y farmacias, no contamos en nuestro inventario con estas formulas magistrales.

122MP025196 PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO[€]30
ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU (1)

122MP025195 sulfaDIAZina 130 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 60ML
PREPARACION MAGISTRAL SDMDU (1)

122MV045070 ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20
mL PREPARACION MAGISTRAL SDMDU (1)

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,

MIGUEL ANGEL CORTES TOVAR

Profesional Universitarios

Almacén Unidad Santa Clara

De: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentroorientegov.co>**Enviado:** lunes, 8 de julio de 2024 9:03 a. m.**Para:** Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentroorientegov.co>; John Jairo

Guerrero <almacen@subredcentroorientegov.co>; compras

<compras@subredcentroorientegov.co>; Angel Triana Niño

<compras3@subredcentroorientegov.co>

Cc: Dannys Teherán Turizo <directorcomplementarios@subredcentroorientegov.co>;

Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentroorientegov.co>

Asunto: SOLICITUD DE EXISTENCIAS Y CONTRATOS

Buenas tardes solicito su amable colaboración en el sentido de determinar si contamos con existencia y contratos de las siguientes fórmulas magistrales, requeridas en las unidades de la subred Centro Oriente

 Imprimir Cerrar

RE: SOLICITUD DE EXISTENCIAS Y CONTRATOS

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

Lun 08/07/2024 9:21

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>

CC: Dannys Teherán Turizo
<directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>; Referente Farmaceutico
<referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial Saludo,

El presente es con el fin de informar que de acuerdo a las formulas
magistrales solicitadas, a la fecha no se cuenta con un contrato vigente.

Cordialmente,

Angel Eduardo Triana Niño
Dirección de Contratación
Área de Compras

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

Enviado: lunes, 8 de julio de 2024 9:03 a. m.

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

Cc: Dannys Teherán Turizo <directorcomplementarios@subredcentrooriente.gov.co>;
Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: SOLICITUD DE EXISTENCIAS Y CONTRATOS

Buenas tardes solicito su amable colaboración en el sentido de determinar si contamos con existencia y contratos de las siguientes fórmulas magistrales, requeridas en las unidades de la subred Centro Oriente

122MP025196 PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION, ORAL FRASCO 30
ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU (1)

122MP025195 sulfadiazina 130 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 60ML
PREPARACION MAGISTRAL SDMDU (1)

122MV045070-ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL PREPARACION MAGISTRAL SDMDU (1)

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

ALEXIS ORJUELA ANGULO

Bonne Santé Group S.A.S.

NIT: 901256347-8

Dirección: Av. Cra. 19 #152A-14

Ciudad: Bogotá

Teléfono: +57 322 4433902

Correo: g.financiero.bsgs@gmail.com

Forma de pago: CRÉDITO

Razón Social SUBRED

Señores

Fecha 09/07/2024

Fecha validez 10/07/2024



| MARCA | DESCRIPCIÓN | PRESENTACIÓN | INVENTARIO | VALOR | IVA | TOTAL |
|----------|---|--------------|------------|---------|-----|-------------|
| FAGRON | ACIDO FOLINICO 10 MG/ML SUSPENSIÓN | FCO*20 ML | 1 | 162.500 | 0% | 162.500 |
| FAGRON | PIRIMETAMINA 2,6 MG/ML POLVO PARA RECONSTRUIR | FCO*30 ML | 1 | 152.500 | 0% | 152.500 |
| FAGRON | SULFADIAZINA 130 MG/ML SUSPENSIÓN | FCO*60 ML | 1 | 187.500 | 0% | 187.500 |
| LAB OCA | LUGOL COLPOSCOPIAS X 250 ML | FCO*250 ML | 1 | 225.000 | 0% | 225.000 |
| LAB OCA | ACIDO ACÉTICO 3% X 500 ML | FCO*500 ML | 1 | 33.750 | 0% | 33.750 |
| LAB OCA | ACIDO ACÉTICO 85% x 250ml | FCO*250 ML | 1 | 46.250 | 0% | 46.250 |
| FAGRON | SOLUCIÓN MONSELL FCO*250 ML | FCO*250 ML | 2 | 225.600 | 0% | 451.200 |
| SUBTOTAL | | | | | | \$1.258.700 |
| IVA | | | | | | |
| RTE FTE | | | | | | \$0 |
| Rte ICA | | | | | | \$0 |
| TOTAL | | | | | | \$1.258.700 |

Elaborado por: G.Y.C.

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

Escuchamos tu corazón

102

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| DIAN POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA | | Formulario del Registro Único Tributario | | 001 | |
| 2. Concepto 02 Actualización | | 4. Número de formulario 14934808448 | | | |
|  | |  (415)7707212489984(8020) 000001493480844 8 | | | |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 6 2 8 8 7 8 0 | | 6. DV 0 | | 12. Dirección seccional Impuestos de Medellín | |
| 14. Buzón electrónico | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona jurídica | | 25. Tipo de documento 1 | | 26. Número de Identificación | |
| 27. Fecha expedición | | 28. País Lugar de expedición | | 29. Departamento | |
| 30. Ciudad/Municipio | | 31. Primer apellido | | 32. Segundo apellido | |
| 33. Primer nombre | | 34. Otros nombres | | 35. Razón social BIOHEALTHY S.A.S. | |
| 36. Nombre comercial FARMACIA MAGISTRAL BIOHEALTHY | | 37. Sigla | | 38. País COLOMBIA | |
| 39. Departamento Antioquia | | 40. Ciudad/Municipio Medellín | | 41. Dirección principal CL 30 CR 69 142 | |
| 42. Correo electrónico g.administrativo@biohealthy.com.co | | 43. Código postal | | 44. Teléfono 1 | |
| 45. Teléfono 2 | | 46. Teléfono 3 | | 47. Teléfono 4 | |
| CLASIFICACIÓN | | | | | |
| Actividad económica | | Ocupación | | 52. Número establecimientos | |
| 48. Código 2 1 0 0 | | 49. Fecha inicio actividad 2 0 1 2 0 3 1 6 | | 50. Código 5 3 2 0 | |
| 51. Código | | 52. Número establecimientos | | 53. Código | |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos | | | | | |
| 54. Código | | | | | |
| 55. Forma | | | | | |
| 56. Tipo | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 60. No. de Folios | | | | | |
| 61. Fecha | | | | | |
| La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016 Firma del solicitante: | | | | | |
| Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: | | | | | |
| 984. Nombre BERRIO JUAN DIEGO | | | | | |
| 985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado | | | | | |

Biohealthy S.A.S.**Carrera 15#34-25****Bogotá – Colombia****Móvil: +57 314 255 10 50****Whatsapp: +57 314 255 10 50****De:** ventas10@biohealthy.com.co <ventas10@biohealthy.com.co>**Enviado:** lunes, julio 8, 2024 12:14:00 p. m.**Para:** 'Alexis Orjuela Angulo' <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>**Asunto:** RV: SOLICITUD DE COTIZACIÓN

Cordial saludo,

Relaciono: cotización:

122MP025196 PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30-ML,
PREPARACION MAGISTRAL SDMDU (1), precio: \$49.029.122MP025195 sulfaDIAZina 100(MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 60ML,
PREPARACION MAGISTRAL SDMDU (1), precio: \$75.049, se cotiza por 100 mg que es la
concentración que manejamos.122MV045070 ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL,
PREPARACION MAGISTRAL SDMDU (1), precio: \$65.324.122MV043261 LUGOL SOLUCION FRASCO 250 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU
(1), precio \$87.954.122MV043172 SULFATO FERRICO O SOLUCION MONSEL FRASCO 500 ML SOLUCION
TOPICA PREPARACION MAGISTRAL SDMDU (1), no indica el porcentaje por lo tanto no se
puede cotizar.122MV043165 ACIDO ACETICO 3% SOLUCION TOPICA FRASCO 500 ML (1), precio:
\$48.450.122MV043174 ACIDO ACETICO 85% SOLUCION TOPICA FRASCO SDMDU 250ML (1),
precio: \$79.049.

Muchas gracias,

Quedo atenta,

Lizeth Parrado**Coordinadora Regional centro****Biohealthy S.A.S.****Carrera 15 # 34 -25****Bogotá – Colombia****celular: +57 314 255 10 50**

RE: SOLICITUD DE COTIZACIÓN

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

Mar 09/07/2024 14:20

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

Buenas tardes

122MV043172 SULFATO FERRICO O SOLUCION MONSEL FRASCO 500 ML SOLUCION TOPICA PREPARACION MAGISTRAL SDMDU (1) , tiene un costo de \$362.000 pesos.

Muchas gracias,

Lizeth Parrado

Coordinadora Regional centro

Biohealthy S.A.S.

Carrera 15 # 34 - 25

Bogotá – Colombia

celular: +57 314 255 10 50



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



**EMPRESA 100%
COLOMBIANA**

De: Lizeth Parrado <ventas10@biohealthy.com.co>

Enviado el: martes, 9 de julio de 2024 12:09 p. m.

Para: abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co

Asunto: Fwd: SOLICITUD DE COTIZACIÓN

Mira :)

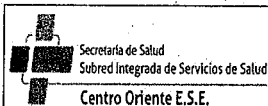
Lizeth Parrado

Coordinadora Regional centro

Bioheatly SAS
Medicamentos

\$691.806

LOS



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, JULIO 8 DE 2024

NOMBRE FUNCIONARIO: ALEXIS ORJUELA ANGULO

AREA / DEPENDENCIA: SERVICIO FARMACEUTICO

CENTRO DE COSTO: 15ETOS 735501001

UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD: SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

122MP025196 PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU (1)
122MP025195 sulfadiazina 130 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 60ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU (1)
122MV045070 ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL PREPARACION MAGISTRAL SDMDU (1)
122MV043261 LUGOL SOLUCION FRASCO 250 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU (1)
122MV043172 SULFATO FERRICO O SOLUCION MONSEL FRASCO 500 ML SOLUCION TOPICA PREPARACION MAGISTRAL SDMDU (1)
122MV043165 ACIDO ACETICO 3% SOLUCION TOPICA FRASCO 500 ML (1)
122MV043174 ACIDO ACETICO 85% SOLUCION TOPICA FRASCO SDMDU 250ML (1)

3. JUSTIFICACIÓN

SE REQUIERE LA ADQUISICIÓN DE PREPARACIONES MAGISTRALES PARA LA REALIZACIÓN DE COLPOSCOPIAS EN LA SEDE VICTORIA, ASI COMO LA ATENCIÓN DE PACIENTE DE UCI CON TOXOPLASMOSIS

| ¿Existe en Almacén Central? | SI | NO |
|-----------------------------|----|----|
| | | X |

[Signature]
Nombre Funcionario y/o Contratista

[Signature]
Vo.Bo. Funcionario Almacén

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

5. OBSERVACIÓN

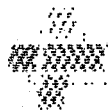
[Signature]
Dannys Telleran
Turiso

106

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

Fecha Actual : jueves, 18 julio 2024

1/1



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

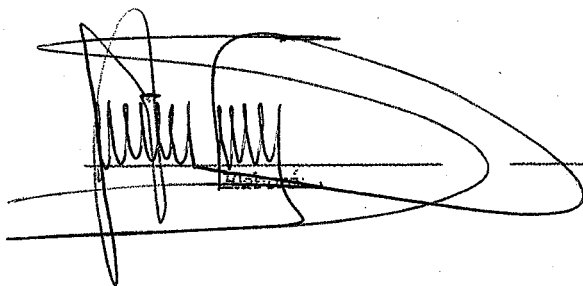
COMPROBANTE ENTRADA

Nº000000000077510

PROVEEDOR: BIOHEALTHY SAS NIT: 900628878 FECHA: 18/07/2024 03:53 p.m.
CIUDAD: MEDELLIN (ANTIOQUIA) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CL 30 N - CR. 69 142 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 4480478 TASA CAM: 0,00
Nº FACTURA: 607698 % ICA: 0,0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 18/07/2024 12:00 a.m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR U | SUBTOTAL | %DIO | %IVA |
|-------------|---|--------------|----------|---------------|---------------|------|------|
| 122MP025196 | PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU | FRASCO | 1,00 | \$ 49.029,00 | \$ 49.029,00 | 0,00 | 0,00 |
| 122MV043070 | ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL PREPARACION MAGISTRAL SDMDU | FRASCO | 1,00 | \$ 63.324,00 | \$ 63.324,00 | 0,00 | 0,00 |
| 122MV043261 | LUGOL SOLUCION FRASCO 230 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU | FRASCO | 1,00 | \$ 87.934,00 | \$ 87.934,00 | 0,00 | 0,00 |
| 122MV043165 | ACIDO ACETICO 3% SOLUCION TOPICA FRASCO 300 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU | FRASCO | 1,00 | \$ 48.450,00 | \$ 48.450,00 | 0,00 | 0,00 |
| 122MV043174 | ACIDO ACETICO 85% SOLUCION TOPICA FRASCO PREPARACION MAGISTRAL SDMDU | FRASCO | 1,00 | \$ 79.049,00 | \$ 79.049,00 | 0,00 | 0,00 |
| 122MV043172 | SULFATO FERRICO O SOLUCION MONSEL FRASCO 300 ML SOLUCION TOPICA PREPARACION MAGISTRAL SDMDU | FRASCO | 1,00 | \$ 362.000,00 | \$ 362.000,00 | 0,00 | 0,00 |

| | | |
|--|------------------|---------------|
| DETALLE | SUBTOTAL: | \$ 691.806,00 |
| CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA, FARMACIA, DIGITA LUDY TORRES | DESCUENTO: | \$ 0,00 |
| | IMPUESTO: | \$ 0,00 |
| | FLETES: | \$ 0,00 |
| | IMP FLETES: | \$ 0,00 |
| | RETE IVA: | \$ 0,00 |
| | RETE ICA: | \$ 0,00 |
| | RETE FUENTE: | \$ 0,00 |
| | OTRAS RETE: | \$ 0,00 |
| | OTRAS DEDUC: | \$ 0,00 |
| | IMP DISTRI: | \$ 0,00 |
| TOTAL COMPROBANTE: | AJUSTE RETE: | \$ 0,00 |
| SEISCIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SEIS PESOS CON CERO CTVS MCH. | AJUSTE AL TOTAL: | \$ 0,00 |
| | TOTAL COMPR: | \$ 691.806,00 |



Revisó Abmscan

Revisó Impuestos

107



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°

6289

FECHA

19/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

ADQUISICIONES DE BIENES PIC

VALOR:

\$800.050,00

LA SUMA DE:

OCHOCIENTOS MIL CINCUENTA PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. GOV626266 D1 SAS NIT 900.276.962-1 INSUMOS ANCESTRALES, REQUERIDOS PARA DAR CUMPLIMIENTO DE ACCIONES REALIZADAS POR ENTORNO CUIDADOR HOGAR PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, LÍDER DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO - PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Diana López D

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Signature]

Vo.Bo. CUENTADANTE

ND. 13144

*



DI S A S

TIENDA-6A080031

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N: GOV626266
FECHA: 2024-07-17 13:25:53
NUM. DOCUMENTO: 900959051 - 7
ESTIMADO (A): SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
DIRECCIÓN: CL 27 SUR # 9 - 39

| ÍTEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | VR UNI | VR BASE | *CARGO | DTO |
|------|---------------|----------------------|------------|---------|--------|------------|
| | CANT | UN.MED | INC | %INC | | VR TOTAL |
| | IVA | % IVA | | | | |
| 1 | 7702404005034 | AGUARDIENTE NECTAR C | | | | |
| | 28 | UND | 17.950,00 | | | |
| | 15.470,67 | 5,00 | 177.716,00 | | | 502.600,00 |
| 2 | 7702303809221 | CIGARRILLO LUCKY STR | | | | |
| | 40 | UND | 5.500,00 | | | |
| | 21.982,52 | 19,00 | 82.320,00 | | | 220.000,00 |
| 3 | 7700304558025 | PERA VERDE IMPORTADA | | | | |
| | 2 | UND | 8.490,00 | | | |
| | | | | | | 16.980,00 |
| 4 | 92 | PINAS GOLDEN UNIDAD | | | | |
| | 3 | UND | 5.990,00 | | | |
| | | | | | | 17.970,00 |
| 5 | 7700304134939 | MANZANA ROYAL GALA 1 | | | | |
| | 4 | UND | 9.190,00 | | | |
| | | | | | | 36.760,00 |
| 6 | 7700304059430 | LIMON TAHITI X 1000 | | | | |
| | 2 | UND | 2.290,00 | | | |
| | | | | | | 4.580,00 |
| 7 | 7700304020867 | BOLSA ECOLOGICA REUT | | | | |
| | 1 | UND | 1.200,00 | | | |
| | 191,60 | 19,00 | | | | 1.200,00 |

IMP. IMPUESTO AL CONSUMO LICORES \$177.716,00

IMP. IMPUESTO AL CONSUMO CIGARRILLOS \$82.320,00

TOTAL ARTICULOS: 7

[TOTALES DE FACTURA]

| | |
|-------------------|------------|
| SUBTOTAL: | 502.409,21 |
| DESCUENTO: | 0,00 |
| BASE/IMP: | 426.119,21 |
| IVA: | 37.644,79 |
| AJUSTE A VUELTAS: | -40,00 |
| TOTAL: | 800.050,00 |

[FORMAS DE PAGO]

| | |
|----------------|------------|
| FORMA DE PAGO: | CONTADO |
| EFFECTIVO: | 800.100,00 |
| CAMBIO: | -50,00 |

[DISCRIMINACIÓN DE IMPUESTOS]

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|-------------|------------|------------|
| IVA 5%: | 309.413,33 | 15.470,67 |
| IVA 19%: | 116.705,88 | 22.174,12 |
| EXCLUIDOS: | 76.290,00 | |
| IC: | 0,00 | 177.716,00 |
| IC: | 0,00 | 82.320,00 |

DI S A S NIT 900276962-1

Somos Grandes Contribuyentes y Agente retenedor de IVA

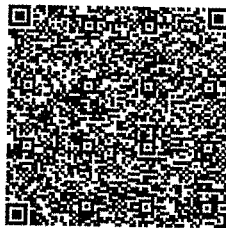
Resolución No. 012220 del 26 de diciembre de 2022.

Línea de atención al cliente: 018000120201

Res.DIAN 18764063468531 DE 2024-01-09 GOV6 DESDE 1 HASTA 1999999 Vig 18 MESES

SISTEMA P.O.S ARS - DESARROLLADO POR:

NCR COLOMBIA LTDA NIT 860.005.074-B



CUFE: 52cc0d9d560f3c8f012e5834b47179b9092aefd80fdff955a0ea01c8fad34f33b058f24da2108f5e24adf6cc9eabd4f1

Fecha y Hora Validación DIAN: 2024/07/17 13:25:58

2024-07-17 13:25:53 744 2 9937



eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

Recibí
Jiliana Teller
E.C Hogar



D1 S A S

TIENDA-6A080031

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N:

GOV626266

FECHA:

2024-07-17 13:25:53

NUM. DOCUMENTO:

900959051 - 7

ESTIMADO (A):

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO

ORIENTE ESE

CL 27 SUR # 9 - 39

DIRECCIÓN:

| ÍTEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | VR UNI | VR BASE | *CARGO | DTO |
|--|---------------|----------------------|------------|---------|--------|------------|
| | CANT | UN.MED | INC | %INC | | VR TOTAL |
| | IVA | % IVA | | | | |
| 1 | 7702404005034 | AGUARDIENTE NECTAR C | | | | |
| | 28 | UND | 17.950,00 | | | |
| | 15.470,67 | 5,00 | 177.716,00 | | | 502.600,00 |
| 2 | 7702303809221 | CIGARRILLO LUCKY STR | | | | |
| | 40 | UND | 5.500,00 | | | |
| | 21.982,52 | 19,00 | 82.320,00 | | | 220.000,00 |
| 3 | 7700304558025 | PERA VERDE IMPORTADA | | | | |
| | 2 | UND | 8.490,00 | | | |
| | | | | | | 16.980,00 |
| 4 | 92 | PIÑAS GOLDEN UNIDAD | | | | |
| | 3 | UND | 5.990,00 | | | |
| | | | | | | 17.970,00 |
| 5 | 7700304134939 | MANZANA ROYAL GALA 1 | | | | |
| | 4 | UND | 9.190,00 | | | |
| | | | | | | 36.760,00 |
| 6 | 7700304059430 | LIMON TAHITI X 1000 | | | | |
| | 2 | UND | 2.290,00 | | | |
| | | | | | | 4.580,00 |
| 7 | 7700304020867 | BOLSA ECOLOGICA REUT | | | | |
| | 1 | UND | 1.200,00 | | | |
| | 191,60 | 19,00 | | | | 1.200,00 |
| IMP. IMPUESTO AL CONSUMO LICORES \$177.716,00 | | | | | | |
| IMP. IMPUESTO AL CONSUMO CIGARRILLOS \$82.320,00 | | | | | | |
| TOTAL ARTICULOS: 7 | | | | | | |

[TOTALES DE FACTURA]

| | |
|-------------------|------------|
| SUBTOTAL: | 502.409,21 |
| DESCUENTO: | 0,00 |
| BASE/IMP: | 426.119,21 |
| IVA: | 37.644,79 |
| AJUSTE A VUELTAS: | -40,00 |
| TOTAL: | 800.050,00 |

[FORMAS DE PAGO]

| | |
|----------------|------------|
| FORMA DE PAGO: | CONTADO |
| EFFECTIVO: | 800.100,00 |
| CAMBIO: | -50,00 |

[DISCRIMINACIÓN DE IMPUESTOS]

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|-------------|------------|------------|
| IVA 5%: | 309.413,33 | 15.470,67 |
| IVA 19%: | 116.705,88 | 22.174,12 |
| EXCLUIDOS: | 76.290,00 | |
| IC: | 0,00 | 177.716,00 |
| IC: | 0,00 | 82.320,00 |

D1 S A S NIT 900276962-1

Somos Grandes Contribuyentes y Agente retenedor de IVA

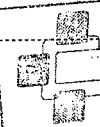
Resolución No. 012220 del 26 de diciembre de 2022.

Línea de atención al cliente: 018000120201

Res.DIAN 18764063468531 DE 2024-01-09 GOV6 DESDE 1 HASTA 1999999 Vig 18 MESES

SISTEMA P.O.S ARS - DESARROLLADO POR:

NCR COLOMBIA LTDA NIT 800.005.074-4



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

19 JUL 2024

Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO



CUFE: 52cc0d9d560f3c8f012e5834b47179b9092aefd80fdff955a0ea01c8fad34f33b058f24da2108f5e
24adf6cc9eabd4f1

Fecha y Hora Validación DIAN: 2024/07/17 13:25:53

2024-07-17 13:25:53 744 2 9937



110

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| DIAN | | Formulario del Registro Único Tributario | | 001 | |
| 2. Concepto 0 2 Actualización | | | | 4. Número de formulario 141023080804 | |
|  | | | |  (415)7707212489984(8020) 0000141023080804 | |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 2 7 6 9 6 2 1 | | 6. DV 1 | | 12. Dirección seccional Operativa de Grandes Contribuyentes | |
| 14. Buzón electrónico 3 1 | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona jurídica | | 25. Tipo de documento 1 | | 26. Número de Identificación | |
| 27. Fecha expedición | | 28. País | | 29. Departamento | |
| 30. Ciudad/Municipio | | 31. Primer apellido | | 32. Segundo apellido | |
| 33. Primer nombre | | 34. Otros nombres | | 35. Razón social D1 SAS | |
| 36. Nombre comercial | | 37. Sigla | | 38. Dirección principal CR 7 CL 155 C 30 ED NORTH POINT TO E P 37 Y 38 | |
| 39. País COLOMBIA | | 39. Departamento Bogotá D.C. | | 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. | |
| 41. Dirección principal | | 42. Correo electrónico notificaciones.d1@d1.com.co | | 43. Código postal 1 1 0 1 3 1 | |
| 44. Teléfono 1 | | 45. Teléfono 2 | | 46. Teléfono 3 | |
| CLASIFICACIÓN | | | | | |
| Actividad principal | | Actividad económica | | Ocupación | |
| 47. Fecha inicio actividad | | 48. Código | | 49. Fecha inicio actividad | |
| 50. Código | | 51. Código | | 52. Número establecimientos | |
| 4 7 1 1 | | 2 0 0 9, 0 3, 2 5 | | 4 7 4 1 | |
| 2 0 1 9, 1 1, 2 0 | | 6 1 9 0 | | 2 3 9 4 | |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos | | | | | |
| 53. Código | | | | | |
| 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario | | | | | |
| 07- Retención en la fuente a título de renta | | | | | |
| 09- Retención en la fuente en el impuesto | | | | | |
| 10- Obligado aduanero | | | | | |
| 13- Gran contribuyente | | | | | |
| 14- Informante de exogena | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 63- Impuestos a las bebidas ultraprocesa | | | | | |
| 64- Impuesto producto comestible ultrapro | | | | | |
| Usuarios aduaneros | | | | | |
| Exportadores | | | | | |
| 55. Forma | | | | | |
| 56. Tipo | | | | | |
| Servicio | | | | | |
| 57. Modo | | | | | |
| 58. CPC | | | | | |
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación | | | | | |
| Para uso exclusivo de la DIAN | | | | | |
| 59. Anexos | | | | | |
| 60. No. de Folios | | | | | |
| 61. Fecha | | | | | |
| La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2018. 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: | | | | | |
| 884. Nombre | | | | | |
| 885. Cargo | | | | | |
| 884. Nombre | | | | | |
| 885. Cargo | | | | | |

422

| INSUMOS ANCESTRALES - POLITICA NEGROS, PROCOLOMBINOS | | |
|--|---------------------|-----------|
| RAIZAL Y PALENQUEROS - NARP | | |
| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD |
| 1 | VELON BLANCO | 1 |
| 2 | VELON AMARILLO | 1 |
| 3 | VELON VERDE | 1 |
| 5 | VELON DORADO | 1 |
| 6 | VELON AZUL | 1 |
| 7 | BALSAMO TRANQUILO | 1 |
| 9 | LIMONCILLO | 1 |
| 10 | PETALOS ROSA | VARIEDAD |
| 11 | EUCALIPTO | 1 |
| 12 | BOTELLA VICHE | 2 BOTELLA |
| 13 | FRUTAS VARIADAS | VARIEDAD |
| 14 | MASTRANTO | 1 |
| 15 | CIMARRON | 1 |
| 16 | RUÑA | 1 |
| 17 | POLEO | 1 |
| 18 | COFLEE | 1 |
| 19 | ROMERO | 1 |
| 20 | MANZANILLA | 1 |
| 21 | HIERBA BUENA | 1 |
| 22 | ALBAHACA | 1 |
| 23 | DESTRANCADERA | 1 |
| 24 | ALTAMIZA | 1 |
| 25 | JENGIBRE | 1 |
| 26 | MENTA | 1 |
| 27 | CASCO DE VACA | 1 |
| 28 | ÁRNICÁ | 1 |
| 29 | CALÉNDULA | 1 |
| 30 | POTES DE VASELINA | 2 |
| 31 | RECIPIENTE PEQUEÑOS | 1 |
| 32 | RECIPIENTE SPRAY | 1 |
| 33 | ALCOHOL PARA PERFUM | 1 |
| 34 | CLAVOS DE OLOR | 1 |
| 35 | CANELA | 1 |
| 36 | SAUCE | 1 |
| 37 | POLLO | 10 |
| 38 | MAZORCA | KG |
| 39 | YUCA | KG |
| 40 | PLATANO | KG |
| 41 | PAPA | KG |
| 42 | ARRACACHA | KG |
| 43 | TOMATE | KG |
| 44 | CEBOLLA CABEZONAS | KG |
| 45 | ACEITE | LT |
| 46 | PIMENTÓN | KG |
| 47 | ALJO | KG |

Hogar Embena.

| DESCRIPCIÓN | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS | CANTIDAD |
|---|--|---|
| Plantas | Salvia blanca, rapé cachinaua, botella del mal de ojo, waira, nueces moscadas, sulfato de magnesio, ruibarbo en polvo, viche, termos, maní, zarza parrilla, tumbacatre, vaselina, raíz de fique, cola de caballo, marihuana, jengibre, cebada, romero, caléndula, abre camino, bojarra, tabacos, ruda, poleo, altamisa, coca, manzanilla, bicarbonato, hierba buena, azufre, menta, piedra alumbre, mandarina, ruda, rosas, canela, Alovera, anís, menta, vinagre, caléndula, diente de león, raíz de limón, ortiga, totumo quiebra, cola de caballo, barriga, orégano, salvia, sulfato, hinojo en hierva, magnesia, anís estrellado, alhucema semilla, albahaca, matarratón, borraja, hierva buena, alcanforada, limoncillo, venturosa, Sidrón, des cancel, valeriana, berro, melisa, ginkgo biloba, hoja de naranjo, bálsamo | Acorde a necesidad según la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE y a su estrategia de compra de insumos |
| Aceites | Aceites utilizados ya procesados (almendras, ceje, naranja, coco, otros) | Acorde a necesidad |
| Esencias | Sándalo, rosas, de 7 esencias, codronela, canela, romero, | Acorde a necesidad |
| Velas o velones | usados de diferentes colores y tamaños | Acorde a necesidad |
| Telas | Usadas en diferentes colores y tamaños | Acorde a la necesidad |
| Incienso | Sahumerio, palo santo, mirra, azufre. | Acorde a necesidad |
| Cremas | Crema relajante, yodora, marihuana, caléndula, tijiki, culebra, bálsamo, vaselina | Acorde a necesidad |
| Insumos procesados propios | Todos aquellos insumos propios, tales como: Ambil, mambe, copal, yague tigre, coquindo pepas, yague cielo, tabaco o cigarrillo, ayo hierba, marihuana atao, hoja coca atao, viche, botellas curadas, vinan, colonias 7 potencias | Acorde a necesidad |
| Otros | Almidon, pomada de coca o marinuana, carbón litúrgico, cabuya, destilado de caña, alcohol industrial, huevos, frutas, panela, tela garza, fajeros, bicarbonato de sodio, miel, goteros o embases, vino seco, flores u aquellos que desde el enfoque se amerite | Acorde a necesidad |
| Frascos para empaque de medicinas ancestrales | De acuerdo a las especificaciones dadas en las estrategias de elaboración y compra de insumos | Acorde a necesidad |
| Frutas | Manzana, Piña, Pera, Limones | Acorde a necesidad |

1. INFORMACIÓN

| | |
|-----------------------------|---|
| CIUDAD Y FECHA | JULIO 05 DE 2024 |
| NOMBRE FUNCIONARIO | LORENZA BECERRA CAMARGO |
| ÁREA /DEPENDENCIA | DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO -PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS |
| CENTRO DE COSTO | 653P027 731402014 |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA PSPIC |

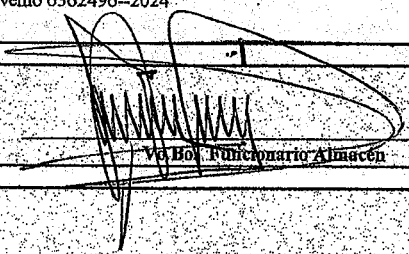
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Insumos Afro (Análisis y Políticas)
Insumos Ancestrales (Entorno Hogar)

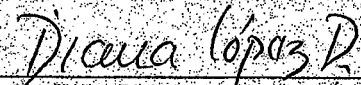
3. JUSTIFICACIÓN

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


Diana López R.
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.

Fecha Actual : jueves, 25 julio 2024

1/1

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

COMPROBANTE ENTRADA
N°0000000000077661

PROVEEDOR: DI SAS NIT: 900276962 FECHA: 25/07/2024 02:40 p.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CR 7 N - CL 133 C 30 ED NORTH POINT MONEDA: Pesos
TELEFONO: 3233972930 TASA CAM: 0,00
N° FACTURA: 30V626266 % ICA: 0,0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 17/07/2024 (2:00 a.m.)

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|-------------|---|--------------|----------|--------------|---------------|------|-------|
| 101CD016181 | DESTILADO DE CANA-AGUARDIENTE- CUMPLIMIENTO A LAS ACCIONES DE SALUD PUBLICA CONVENIO 6362496-2024 | UNIDAD | 28,00 | \$ 15.470,67 | \$ 433.178,76 | 0,00 | 1,00 |
| 101CD013833 | SET FRUTAS | UNIDAD | 1,00 | \$ 76.290,00 | \$ 76.290,00 | 0,00 | 0,00 |
| 101CD016183 | CIGARRILLO (CONVENIO SALUD PUBLICA 6362496-2024) | UNIDAD | 40,00 | \$ 5.619,62 | \$ 224.784,80 | 0,00 | 19,00 |
| 101CD015231 | BOLSA | UNIDAD | 1,00 | \$ 1.200,00 | \$ 1.200,00 | 0,00 | 19,00 |

DETALLE

ENTORNO CUIDADOR HOGAR PIC CONVENIO 6362496-2024, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL: \$ 735.454,00
DESCUENTO: \$ 0,00
IMPUESTO: \$ 64.596,00
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: \$ 800.050,00

TOTAL COMPROBANTE:

OCHOCIENTOS MIL CINCUENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cts.

Revisado Abimaran

Revisado Inmactec

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6290

FECHA

19/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

ADQUISICIONES DE BIENES PIC

VALOR:

\$199.325,00

LA SUMA DE:

CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. BP 224102 BOTÓN PROMO NIT 830.109.536-7 TULA PARA COLOREAR, REQUERIDOS PARA DAR CUMPLIMIENTO DE ACCIONES REALIZADAS POR ENTORNO GESTIÓN DE PROGRAMAS PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, LÍDER DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO - PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Diana López
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Diana
Vo.Bo. CUENTADANTE

NO 13145

217



Esferos Publicitarios -
Promocionales - Mugs - Botones
Publicitarios - Llaveros - Alcantías -
Relojes - Sombrillas - Morrales



| DATOS DEL CLIENTE | | |
|--|--------------------------------------|---------------|
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALU | | |
| NIT o C.C: | 900959051 7 | |
| DIRECCIÓN: | DG 34 5 43 | Bogotá D.C. |
| TELÉFONO: | 3444484 | |
| E-mail: | programas@subredcentrooriente.gov.co | |
| FORMA DE PAGO:Efectivo | | |
| FECHA FACTURA | FECHA VENCIMIENTO | FECHA ENTREGA |
| 16/07/2024 | 16/07/2024 | |

**Factura Electrónica De Venta No
BP 224102**

Documento Oficial de Autorización de Numeración
Facturación Electrónica No. 18764053375155, que
habilita desde BP 150001 hasta BP 250000. Vence
2 0 2 4 - 0 8 - 0 9

IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA
AUTORRETENEDOR RES. DIAN° 452 - 25/01/2012

Actividad Económica ICA 4669 11.04 X 1000

Somos Grandes Contribuyentes de ICA según resolución N°
D D I - 0 2 3 7 6 9 - 2 9 / 1 1 / 2 0 2 1

| Item | Cantidad | Descripción | IVA | Valor Unitario | Total |
|------|----------|--------------------|-----|----------------|---------|
| 1 | 67 | TULA PARA COLOREAR | 19% | 2.500 | 167.500 |
| | | | | | |

Son: CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE

SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA LEY 1231 DE JULIO 17/08 ESTA FACTURA SE ENTIENDE
IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA AL MOMENTO DE SU APROBACIÓN - ANULAR FACTURAS SIN
JUSTIFICACIÓN LEGAL NO ESTÁ PERMITIDO. CONCEPTO DIAN 74982 DE AGOSTO 9/2000.
DESPUES DE 30 DÍAS NO RESPONDEMOS POR TRABAJOS SIN RETIRAR DE LA EMPRESA

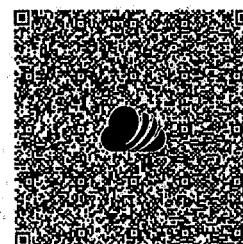
Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 16/07/2024 14:50:54

Medios de Pago: Efectivo

| | |
|------------|---------|
| TOTAL ITEM | 1 |
| SUBTOTAL | 167.500 |
| DESCUENTO | 0 |
| IVA | 31.825 |
| RETEMA | 0 |
| TOTAL | 199.325 |

BOTON PROMO SAS - NIT.: 830.109.536-7
CALLE 3 A N° 18 - 27 Eduardo Santos
Tels.: 3333112 - 2464952 - 3336411 - 2331849
Bogotá D.C - Email: info@esferos.com



158

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

4. Número de formulario

14981302500



(415)7707212489984(8020) 000001498130250 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

8 3 0 1 0 9 5 3 6

7

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón social

BOTON PROMO S.A.S.

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 3 A 18 27

42. Correo electrónico

contabilidad@esferos.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 2 5 8 2 4 3 4 5

45. Teléfono 2

6 0 1 3 3 3 1 1 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

52. Número
establecimientos

4 6 6 9

2 0 0 2 0 9 3 0

7 3 1 0

2 0 1 0 0 7 2 2

6 8 1 0 6 4 9 9

3

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 42- Obligado a llevar contabilidad

07- Retención en la fuente a título de renta 48- Impuesto sobre las ventas - IVA

08- Retención timbre nacional

52- Facturador electrónico

09- Retención en la fuente en el impuesto

55- Informante de Beneficiarios Finales

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogena

15- Autorretenedor

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

1

1

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2024 - 02 - 12 / 14 : 38: 41

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 ESCOBAR MOTTA HECTOR

985. Cargo Representante legal Certificado

Listado de Insumos a comprar con los recursos de la caja menor

Martha Cecilia Avila Leyton <apoyofinancieropic@subredcentrooriente.gov.co>

Mar 9/07/2024 11:22 AM

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

📎 1 archivos adjuntos (14 KB)

INSUMOS_ETNICOS_ANCESTRALES.xlsx;

Buenos Días

Conforme a lo solicitado me permito adjuntar listado de los insumos Ancestrales y Étnicos para en Entrono Cuidador Hogar y el Proceso de Análisis y políticas para la salud y la vida en los territorios

Actividad 3. Gestión de Insumos Ancestrales -Análisis y políticas

En el marco de las acciones de gestión intersectorial que requieran insumo de medicina ancestral para el desarrollo de acciones colectivas, se dispondrá de un recurso mensual para el equipo de delegaciones de las Políticas Públicas Étnicas reconociendo las dinámicas y particularidades de cada comunidad según necesidad, el cual debe solicitarse con tiempo y ser sustentado de acuerdo con los requisitos administrativos de la Subred Centro Oriente.

Producto 101 y 102 GESTIÓN DEL RIESGO EN FAMILIAS INDÍGENAS EMBERÁ UBICADOS EN CENTROS TRANSITORIOS - HOGAR

Participación en espacios de fortalecimiento de capacidades contemplando las siguientes actividades:

- Espacios en temas de salud que fortalezcan los conocimientos en el equipo reconociendo la particularidad en el abordaje de esta población.
- Espacios en temas propios de las comunidades como partería, medicina ancestral, plantas medicinales, prácticas curativas, cosmovisiones entre otras en apoyo de gestores comunitarios.

Cordialmente,

| | | | |
|---|---|---|--|
|  |  |  | Martha Cecilia Avila Leyton Apoyo Financiero PIC Plan de Intervenciones Colectivas Dirección de Gestión del Riesgo en Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E |
|---|---|---|--|

| INSUMOS ANCESTRALES - POLITICA NEGROS - PROCOLOMBINOS | | |
|---|---------------------|-----------|
| RAIZAL Y PALENQUEROS - NARR | | |
| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD |
| 1 | VELON BLANCO | 1 |
| 2 | VELON AMARILLO | 1 |
| 3 | VELON VERDE | 1 |
| 5 | VELON DORADO | 1 |
| 6 | VELON AZUL | 1 |
| 7 | BALSAMO TRANQUILO | 1 |
| 9 | LIMONCILLO | 1 |
| 10 | PETALOS ROSA | VARIEDAD |
| 11 | EUCALIPTO | 1 |
| 12 | BOTELLA VICHE | 2 BOTELLA |
| 13 | FRUTAS VARIADAS | VARIEDAD |
| 14 | MASTRANTO | 1 |
| 15 | CIMARRON | 1 |
| 16 | RUÑA | 1 |
| 17 | POLEO | 1 |
| 18 | COFLÉE | 1 |
| 19 | ROMERO | 1 |
| 20 | MANZANILLA | 1 |
| 21 | HIERBA BUENA | 1 |
| 22 | ALBAHACA | 1 |
| 23 | DESTRANCADERA | 1 |
| 24 | ALTAMIZA | 1 |
| 25 | JENGIBRE | 1 |
| 26 | MENTA | 1 |
| 27 | CASCO DE VACA | 1 |
| 28 | ÁRNICA | 1 |
| 29 | CALÉNDULA | 1 |
| 30 | POTES DE VASELINA | 2 |
| 31 | RECIPIENTE PEQUEÑOS | 1 |
| 32 | RECIPIENTE SPRAY | 1 |
| 33 | ALCOHOL PARA PERFUM | 1 |
| 34 | CLAVOS DE OLOR | 1 |
| 35 | CANELA | 1 |
| 36 | SAUCE | 1 |
| 37 | POLLO | 10 |
| 38 | MAZORCA | KG |
| 39 | YUCA | KG |
| 40 | PLATANO | KG |
| 41 | PAPA | KG |
| 42 | ARRACACHA | KG |
| 43 | TOMATE | KG |
| 44 | CEBOLLA CABEZONAS | KG |
| 45 | ACEITE | LT |
| 46 | PIMENTÓN | KG |
| 47 | AJO | KG |

| POLITICA INDIGENA Y RROM | | CANTIDAD |
|--------------------------|------------------------------|----------------------|
| PLANTAS | Ruda | 2 manojo |
| | Altamisa | 2 manojo |
| | Abre caminos | 2 manojo |
| | Salvia | 2 manojo |
| | Albahaca | 2 manojo |
| | Mastranto | 2 manojo |
| | Manzanilla | 2 manojo |
| | Hierbabuena | 2 manojo |
| | Limonaria | 2 manojo |
| | Caléndula | 2 manojo |
| | Cilantro cimarrón | 2 manojo |
| | Ortiga blanca | 2 manojo |
| | Eucalipto | 2 manojo |
| MEDICINA | Coquindo | |
| | Chondur | 1 libra |
| | Mambe | 1 libras |
| | Ambil | 1 frasquitos |
| | Tabaco armado | 12 unidades |
| | Coca josa seca | 125 g |
| | kuianguillu | 1 frasco |
| FRUTA | Naranja | 12 unidades |
| | Banano | 12 unidades |
| | Mandarina | 20 unidades |
| | Manzana | 12 unidades |
| | Mango dulce | 12 unidades |
| | Limón | 12 unidades |
| | Melón | 4 unidades |
| | Curuba | 12 unidades |
| | Uchuva | 2 libras |
| BEBIDA SAGRAA UITOTO | Piña dulce (para caguana) | 8 unidades |
| | Almidón de yuca | 3k |
| | Panelon | 2 |
| ESENCIAS PARA RITUAL | Sándalo | 1 frasquitos |
| | 7 esencias | 1 frasquitos |
| | Esencia arbolito morado | 1 frasco |
| | copal | 1 libra |
| | Carbón litúrgico | 10 unidades |
| | Palo santo | 4 paquete |
| | Velones blancos | 12 medianas |
| | Pétalos de rosa | Baldado de pétalo |
| | Flores bancas | 2 manojos |
| | Floreas amarillas | 2 manojos |
| | Vaselina pura | 2 potes |
| | Parafina | 2 libras |
| | Franco para pomada o remedio | 30 frasquito de 5 ml |

| | | |
|---|---|---|
|  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 | JULIO 05 DE 2024 |
| NOMBRE FUNCIONARIO | LORENZA BECERRA CAMARGO |
| ÁREA / DEPENDENCIA | DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO -PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS |
| CENTRO DE COSTO | 653P02S 7340200A |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA PSPIC |

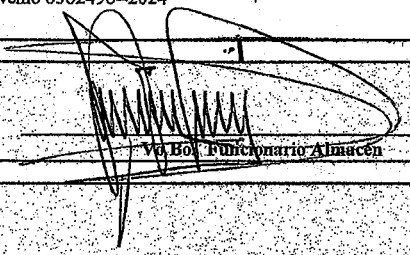
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Insumos Afro (Análisis y Políticas)
Insumos Ancestrales (Entorno Hogar)

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 |
|  Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo |

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

5. OBSERVACIÓN:

La Subred no cuenta con contrato vigente

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

Fecha Actual : miércoles, 24 julio 2024

1/1

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

COMPROBANTE ENTRADA

Nº000000000077595

PROVEEDOR: BOTON PROMOS S.A.S
CIUDAD: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C.)
DIRECCION: CL 3 A 18 27
TELEFONO: 3605860
Nº FACTURA: SP224102

NIT: 830109336

FECHA: 24/07/2024 08:47 a.m

ESTADO: Confirmado

MONEDA: Pesos

TASA CAM:

0,00

FECHA FAC: 16/07/2024 12:00 a.m

% ICA: 0,0000

PLAZO: 0

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR U | SUBTOTAL | % DTO | % IVA |
|-------------|------------------|--------------|----------|-------------|---------------|-------|-------|
| 10ICD015450 | TULA IMPERMEABLE | UNIDAD | 67,00 | \$ 2.500,00 | \$ 167.500,00 | 0,00 | 19,00 |

DETALLE

CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL: \$ 167.500,00

DESCUENTO: \$ 0,00

IMPUESTO: \$ 31.825,00

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: \$ 199.325,00

TOTAL COMPROBANTE:

CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cts.

Elaboró:

Revisó Almacén

Revisado Impuestos:

Procesado
6790

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6291

FECHA

19/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL

ADQUISICIONES DE BIENES PIC

VALOR

\$1.000.000,00

LA SUMA DE

UNMILLÓN DE PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. FE 100 SISTEMA INTEGRADO DE ENERGÍA NATURALES SAS NIT 900.490.302-5 INSUMOS AFRO, REQUERIDOS PARA DAR CUMPLIMIENTO DE ACCIONES REALIZADAS POR ENTORNO ANÁLISIS Y POLÍTICAS PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, LÍDER DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO - PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.

R.FTE 2.5%.....\$24.904
R.ICA 9.66 POR MIL..... 9.623
R.IVA 15%..... 575

Diana López D
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Signature]
Vo.Bo. CUENTADANTE

NO 13147

(12)
\$ 1.447.568



SISTEMA INTEGRADO DE ENERGIA NATURALES S.A.S

NIT.: 900.490.302-5 - RESPONSABLE DE IVA

DIRECCIÓN: CR 71 B 52 80

TELÉFONO: 4162927

EMAIL: gerencia.sien.sas@gmail.com

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3830

NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN N°-

18764068017947

FECHA VIGENCIA. 2024-03-27 HASTA 2025-03-27

AUTORIZA DESDE FE 51 HASTA FE 1000

Página 1 de 2

NOMBRE: SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E -

NIT: 900.959.051-7 -

DIRECCIÓN: DIAGONAL 34 # 5-43 - BOGOTÁ D.C.

TELÉFONO: -

FORMA DE PAGO: Crédito

EMAIL: gobernanza@subredcentrooriente.gov.co

APROBAR O RECHAZAR: [Click aquí](#)

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° FE 100



Fecha generación

18/07/2024 03:59

Fecha transmisión

18/07/2024 04:04

Fecha vencimiento

17/08/2024

| Nº | COD. | CANT. | CONCEPTO | VR. UNITARIO. | IVA | VALOR TOTAL |
|----|------|-------|-----------------------|---------------|-----------|-------------|
| 1 | SE | 26 | ATADOS ATADOS | \$3,500 | \$0 | \$91,000 |
| 2 | SE | 1 | Chandur | \$40,000 | \$0 | \$40,000 |
| 3 | SE | 1 | Medicina ancestral | \$95,000 | \$0 | \$95,000 |
| 4 | SE | 1 | Ambil | \$70,000 | \$0 | \$70,000 |
| 5 | SE | 12 | Tabaco armado | \$1,500 | \$0 | \$18,000 |
| 6 | SE | 1 | Hoja seca coca (125g) | \$70,000 | \$0 | \$70,000 |
| 7 | SE | 12 | Naranjas | \$1,100 | \$0 | \$13,200 |
| 8 | SE | 12 | Banano | \$1,000 | \$0 | \$12,000 |
| 9 | SE | 18 | Mandarina | \$1,500 | \$0 | \$27,000 |
| 10 | SE | 12 | Manzana | \$2,200 | \$0 | \$26,400 |
| 11 | SE | 12 | Mango dulce | \$1,000 | \$0 | \$12,000 |
| 12 | SE | 13 | Limon | \$500 | \$0 | \$6,500 |
| 13 | SE | 4 | Melón | \$9,000 | \$0 | \$36,000 |
| 14 | SE | 11 | Curuba | \$900 | \$0 | \$9,900 |
| 15 | SE | 2 | Uchuva libra | \$6,000 | \$0 | \$12,000 |
| 16 | SE | 8 | Piña dulce | \$6,000 | \$0 | \$48,000 |
| 17 | SE | 3 | Almidón de yuca | \$30,000 | \$0 | \$90,000 |
| 18 | SE | 2 | Panelon | \$16,000 | \$0 | \$32,000 |
| 19 | SE | 1 | sándalo esencia | \$4,002 | \$0 | \$4,002 |
| 20 | SE | 1 | 7 esencia arbolito | \$4,000 | \$0 | \$4,000 |
| 21 | SE | 1 | copal | \$25,000 | \$0 | \$25,000 |
| 22 | SE | 10 | Carbón litúrgico | \$3,000 | \$0 | \$30,000 |
| 23 | SE | 4 | Palo santo | \$5,000 | \$0 | \$20,000 |
| 24 | SE | 2 | Flores blancas | \$16,000 | \$0 | \$32,000 |
| 25 | SE | 2 | Flores amarillas | \$16,000 | \$0 | \$32,000 |
| 26 | SE | 2 | Vaselina pura | \$30,000 | \$0 | \$60,000 |
| 27 | SE | 2 | parafina | \$30,000 | \$0 | \$60,000 |
| 28 | SG | 15 | Frasco 5ml | \$1,344.4 | \$3,831.5 | \$20,166 |

R.Fte 2.5% \$24904
R.ICA 9.66% 9.623
R.SVA 15% 575
351022

A pagar \$964.898

ntidad de Items: 28

ON: NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS COLOMBIANOS
CON CINCUENTA CENTAVOS

SUBTOTAL \$996,168

IVA 19% \$3,831.5

Saldo Anterior \$0

TOTAL \$999,999.5

SON: NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS COLOMBIANOS CON CINCUENTA CENTAVOS.

Nota: En caso de mora esta Factura de Venta constituye un título valor que se asimila en sus efectos legales jurídicos a la Letra de Cambio (Atr. 772 y siguientes códigos de comercio). Se hace constar que el propietario y/o representante legal y/o delegado y/o dependiente laboral que firme la presente Factura, esta autorizado expresamente por la Empresa para firmar, confesar la deuda y obligar al comprador. Cheque devuelto por cualquier causa pagará el 20%(Art. 731 del C. de C.). Apartir del vencimiento se causarán los intereses corrientes y moratorios a la tasa legal vigente y permitida por la Superintendencia Bancaria.

Recabido *Yairo Jaramillo Quiroz*
Anulato y Polibuo

CUFE: 5446f140cb7e7a270dd31f540bb0a2ca8f536dfa5e0e021271e2d7a9617b6ae26327f1b6663abde544de19afdcce76bcb

ORIGINAL

Factura generada por SEDI ERP | SEDI SOLUTIONS S.A.S NIT-901.356.496-6 | www.sedisolutions.co



SISTEMA INTEGRADO DE ENERGIA NATURALES S.A.S

NIT.: 900.490.302-5 - RESPONSABLE DE IVA

DIRECCIÓN: CR 71 B 52 80

TELÉFONO: 4162927

EMAIL: gerencia.sien.sas@gmail.com

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3830

NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN N°

18764068017947

FECHA VIGENCIA. 2024-03-27 HASTA 2025-03-27

AUTORIZA DESDE FE 51 HASTA FE 1000

Página 1 de 2

NOMBRE: SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E -

NIT: 900.959.051-7 -

DIRECCIÓN: DIAGONAL 34 # 5-43 - BOGOTÁ D.C.

TELÉFONO: -

FORMA DE PAGO: Crédito

EMAIL: gobernanza@subredcentrooriente.gov.co

APROBAR O RECHAZAR: [Click aqui](#)

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° FE 100

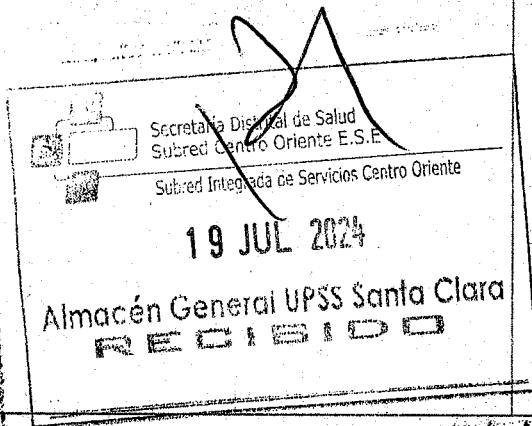


Fecha generación
18/07/2024 03:59

Fecha transmisión
18/07/2024 04:04

Fecha vencimiento
17/08/2024

| Nº | COD. | CANT. | CONCEPTO | VR. UNITARIO. | IVA | VALOR TOTAL |
|----|------|-------|-----------------------|---------------|-----------|-------------|
| 1 | SE | 26 | ATADOS ATADOS | \$3,500 | \$0 | \$91,000 |
| 2 | SE | 1 | Chandur | \$40,000 | \$0 | \$40,000 |
| 3 | SE | 1 | Medicina ancestral | \$95,000 | \$0 | \$95,000 |
| 4 | SE | 1 | Ambil | \$70,000 | \$0 | \$70,000 |
| 5 | SE | 12 | Tabaco armado | \$1,500 | \$0 | \$18,000 |
| 6 | SE | 1 | Hoja seca coca (125g) | \$70,000 | \$0 | \$70,000 |
| 7 | SE | 12 | Naranjas | \$1,100 | \$0 | \$13,200 |
| 8 | SE | 12 | Banano | \$1,000 | \$0 | \$12,000 |
| 9 | SE | 18 | Mandarina | \$1,500 | \$0 | \$27,000 |
| 10 | SE | 12 | Manzana | \$2,200 | \$0 | \$26,400 |
| 11 | SE | 12 | Mango dulce | \$1,000 | \$0 | \$12,000 |
| 12 | SE | 13 | Limon | \$500 | \$0 | \$6,500 |
| 13 | SE | 4 | Melón | \$9,000 | \$0 | \$36,000 |
| 14 | SE | 11 | Curuba | \$900 | \$0 | \$9,900 |
| 15 | SE | 2 | Uchuva libra | \$6,000 | \$0 | \$12,000 |
| 16 | SE | 8 | Piña dulce | \$6,000 | \$0 | \$48,000 |
| 17 | SE | 3 | Almidón de yuca | \$30,000 | \$0 | \$90,000 |
| 18 | SE | 2 | Panelon | \$16,000 | \$0 | \$32,000 |
| 19 | SE | 1 | sándalo esencia | \$4,002 | \$0 | \$4,002 |
| 20 | SE | 1 | 7 esencia arbojito | \$4,000 | \$0 | \$4,000 |
| 21 | SE | 1 | copal | \$25,000 | \$0 | \$25,000 |
| 22 | SE | 10 | Carbón litúrgico | \$3,000 | \$0 | \$30,000 |
| 23 | SE | 4 | Palo santo | \$5,000 | \$0 | \$20,000 |
| 24 | SE | 2 | Flores blancas | \$16,000 | \$0 | \$32,000 |
| 25 | SE | 2 | Flores amarillas | \$16,000 | \$0 | \$32,000 |
| 26 | SE | 2 | Vaselina pura | \$30,000 | \$0 | \$60,000 |
| 27 | SE | 2 | parafina | \$30,000 | \$0 | \$60,000 |
| 28 | SG | 15 | Frasco 5ml | \$1,344.4 | \$3,831.5 | \$20,166 |



Cantidad de Items: 28

SON: NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS COLOMBIANOS CON CINCUENTA CENTAVOS

SUBTOTAL \$996,168

IVA 19% \$3,831.5

Saldo Anterior \$0

TOTAL \$999,999.5

SON: NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS COLOMBIANOS CON CINCUENTA CENTAVOS.

Nota: En caso de mora esta Factura de Venta constituye un título valor que se asimila en sus efectos legales jurídicos a la Letra de Cambio (Atr. 772 y siguientes códigos de comercio). Se hace constar que el propietario y/o representante legal y/o delegado y/o dependiente laboral que firme la presente Factura, esta autorizado expresamente por la Empresa para firmar, confesar la deuda y obligar al comprador. Cheque devuelto por cualquier causa pagará el 20%(Art. 731 del C. de C.). Apartir del vencimiento se causarán los intereses corrientes y moratorios a la tasa legal vigente y permitida por la Superintendencia Bancaria.

Factura generada por SEDI ERP | SEDI SOLUTIONS S.A.S NIT: 901.356.496-6 | www.sedisolutions.co

(415)7707212489984(8020) 000014100704779 4

(415)7707212489984(8020) 000014100704779 4

14. Buzón electrónico

37. Signs

45. Teléfono 2

establecimientos

26

55 - Informante de Beneficiarios Finales

□

Fecha generación documento PDF: 08-04-2024 11:44:03AM

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

1. INFORMACIÓN

| | |
|------------------------------------|---|
| CIUDAD Y FECHA | JULIO 05 DE 2024 |
| NOMBRE FUNCIONARIO | LORENZA BECERRA CAMARGO |
| ÁREA / DEPENDENCIA | DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO -PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS |
| CENTRO DE COSTO | 653P023 731402014 |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA PSPIC |

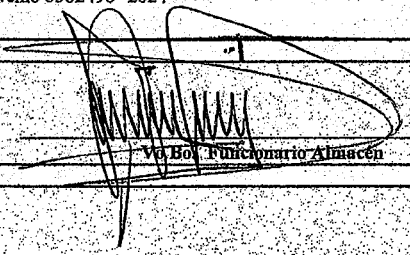
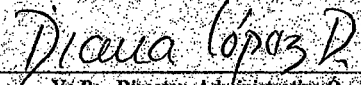
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Insumos Afro (Análisis y Políticas)
Insumos Ancestrales (Entorno Hogar)

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 |
|  Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo |

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

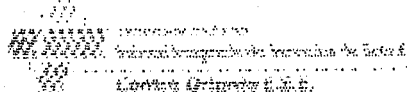
5. OBSERVACIÓN:

La Subred no cuenta con contrato vigente

Hogar Embena.

| DESCRIPCION | ESPECIFICACIONES TECNICAS | CANTIDAD |
|---|--|--|
| Plantas | Salvia blanca, rapé cachinaua, botella del mal de ojo, waira, nueces moscadas, sulfato de magnesio, ruibarbo en polvo, viche, termos, maní, zarza parrilla, tumbacatre, vaselina, raíz de fique, cola de caballo, marihuana, jengibre, cebada, romero, caléndula, abre camino, bojarra, tabacos, ruda, poleo, altamisa, coca, manzanilla, bicarbonato, hierba buena, azufre, menta, piedra alumbre, mandarina, ruda, rosas, canela, Alovera, anís, menta, vinagre, caléndula, diente de león, raíz de limón, ortiga, totumo quiebra, cola de caballo, barriga, orégano, salvia, sulfato, hinojo en hierva, magnesia, anís estrellado, alhucema semilla, albahaca, matarratón, borraja, hierva buena, alcanforada, limoncillo, venturosa, Sidrón, des cancel, valeriana, berro, melisa, ginkgo biloba, hoja de naranjo, bálsamo | Acorde a necesidad según la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE y a su estrategia de compra de insumos. |
| Aceites | Aceites utilizados ya procesados (almendras, ceje, naranja, coco, otros) | Acorde a necesidad |
| Esencias | Sándalo, rosas, de 7 esencias, codronela, canela, romero, | Acorde a necesidad |
| Velas o velones | usados de diferentes colores y tamaños | Acorde a necesidad |
| Telas | Usadas en diferentes colores y tamaños | Acorde a la necesidad |
| Incienso | Sahumerio, palo santo, mirra, azufre. | Acorde a necesidad |
| Cremas | Crema relajante, yodora, marihuana, caléndula, tijiki, culebra, bálsamo, vaselina | Acorde a necesidad |
| Insumos procesados propios | Todos aquellos insumos propios, tales como: Ambil, mambe, copal, yague tigre, coquindo pepas, yague cielo, tabaco o cigarrillo, ayo hierba, marihuana atao, hoja coca atao, viche, botellas curadas, vinan, colonias 7 potencias | Acorde a necesidad |
| Otros | Amidón, pomada de coca o marihuana, carbón litúrgico, cabuya, destilado de caña, alcohol industrial, huevos, frutas, panela, tela garza, fajeros, bicarbonato de sodio, miel, goteros o embases, vino seco, flores u aquellos que desde el enfoque se amerite | Acorde a necesidad |
| Frascos para empaque de medicinas ancestrales | De acuerdo a las especificaciones dadas en las estrategias de elaboración y compra de insumos | Acorde a necesidad |
| Frutas | Manzana, Piña, Pera, Limones | Acorde a necesidad |

| INSUMOS ANCESTRALES - POLÍTICA NEGROS - PROCOLOMBINOS | | |
|---|---------------------|-----------|
| RAIZAL Y PALENQUEROS - NARP | | |
| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD |
| 1 | VELON BLANCO | 1 |
| 2 | VELON AMARILLO | 1 |
| 3 | VELON VERDE | 1 |
| 5 | VELON DORADO | 1 |
| 6 | VELON AZUL | 1 |
| 7 | BALSAMO TRANQUILO | 1 |
| 9 | LIMONCILLO | 1 |
| 10 | PETALOS ROSA | VARIEDAD |
| 11 | EUCALIPTO | 1 |
| 12 | BOTELLA VICHE | 2 BOTELLA |
| 13 | FRUTAS VARIADAS | VARIEDAD |
| 14 | MASTRANTO | 1 |
| 15 | CIMARRON | 1 |
| 16 | RUÑA | 1 |
| 17 | POLEO | 1 |
| 18 | COFLEE | 1 |
| 19 | ROMERO | 1 |
| 20 | MANZANILLA | 1 |
| 21 | HIERBA BUENA | 1 |
| 22 | ALBAHACA | 1 |
| 23 | DESTRANCADERA | 1 |
| 24 | ALTAMIZA | 1 |
| 25 | JENGIBRE | 1 |
| 26 | MENTA | 1 |
| 27 | CASCO DE VACA | 1 |
| 28 | ÁRNICÁ | 1 |
| 29 | CALÉNDULA | 1 |
| 30 | POTES DE VASELINA | 2 |
| 31 | RECIPIENTE PEQUEÑOS | 1 |
| 32 | RECIPIENTE SPRAY | 1 |
| 33 | ALCOHOL PARA PERFUM | 1 |
| 34 | CLAVOS DE OLOR | 1 |
| 35 | CANELA | 1 |
| 36 | SAUCE | 1 |
| 37 | POLLO | 10 |
| 38 | MAZORCA | KG |
| 39 | YUCA | KG |
| 40 | PLATANO | KG |
| 41 | PAPA | KG |
| 42 | ARRACACHA | KG |
| 43 | TOMATE | KG |
| 44 | CEBOLLA CABEZONAS | KG |
| 45 | ACEITE | LT |
| 46 | PIMENTÓN | KG |
| 47 | AJO | KG |

[illegible]

1000
 900
 800
 700
 600
 500
 400
 300
 200
 100
 0

| | | | | | |
|-------------|---|-----------|------------|------------|----------------------|
| PROVEEDOR: | SISTEMA INTEGRADO DE ENERGÍAS NATURALES S.A.S | NIT: | 300490302 | FECHA: | 24/07/2024 10:53 a.m |
| CIUDAD: | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C) | ESTADO: | Confirmado | | |
| DIRECCION: | CR 71 B N 32 - 80 | MONEDA: | Pesos | | |
| TELEFONO: | 3198705395 | TASA CAM: | | | 0.00 |
| N° FACTURA: | FE100 | % ICA: | 0.0000 | FECHA FAC: | 18/07/2024 12:00 a.m |
| | | PLAZO: | 0 | | |

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DITO | %IVA |
|-------------|--|--------------|----------|---------------|---------------|-------|-------|
| 101CD016172 | ATADOS | UNIDAD | 26,00 | \$ 301,00 | \$ 91.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| 101CD016173 | CHANDUR | UNIDAD | 1,00 | \$ 40.000,00 | \$ 40.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| 101CD015636 | KIT PLANTAS MEDICINALES-INSUMOS ANCESTRALES | KIT | 1,00 | \$ 95.000,00 | \$ 95.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| 101CD016174 | AMBIL | UNIDAD | 1,00 | \$ 70.000,00 | \$ 70.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| 101CD016175 | TABACO ARMADO | UNIDAD | 12,00 | \$ 1.500,00 | \$ 18.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| 101CD016176 | HOJA SECA COCA(123MG) | UNIDAD | 1,00 | \$ 70.000,00 | \$ 70.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| 101CD015633 | SET FRUTAS | UNIDAD | 1,00 | \$ 203.000,00 | \$ 203.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| 101CD016177 | ALMIDON DE YUCA | UNIDAD | 3,00 | \$ 30.000,00 | \$ 90.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| 101CD016178 | PANELON | UNIDAD | 2,00 | \$ 16.000,00 | \$ 32.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| 101CD013143 | ESENCIA PERFUMES KIT | UNIDAD | 1,00 | \$ 117.002,00 | \$ 117.002,00 | 0,00 | 0,00 |
| 101CD013373 | CARBON VEGETAL | UNIDAD | 10,00 | \$ 3.000,00 | \$ 30.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| 101CD013133 | RECIPIENTE PLASTICO | UNIDAD | 13,00 | \$ 1.344,40 | \$ 26.166,00 | 0,00 | 19,00 |
| 101CD016179 | KIT VASELINA-PARAFINA | UNIDAD | 1,00 | \$ 120.000,00 | \$ 120.000,00 | 0,00 | 0,00 |

12345678910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565758596061626364656667686970717273747576777879808182838485868788899091929394959697989910010110210310410510610710810911011111211311411511611711811912012112212312412512612712812913013113213313413513613713813914014114214314414514614714814915015115215315415515615715815916016116216316416516616716816917017117217317417517617717817918018118218318418518618718818919019119219319419519619719819920020120220320420520620720820921021121221321421521621721821922022122222322422522622722822923023123223323423523623723823924024124224324424524624724824925025125225325425525625725825926026126226326426526626726826927027127227327427527627727827928028128228328428528628728828929029129229329429529629729829930030130230330430530630730830931031131231331431531631731831932032132232332432532632732832933033133233333433533633733833934034134234334434534634734834935035135235335435535635735835936036136236336436536636736836937037137237337437537637737837938038138238338438538638738838939039139239339439539639739839940040140240340440540640740840941041141241341441541641741841942042142242342442542642742842943043143243343443543643743843944044144244344444544644744844945045145245345445545645745845946046146246346446546646746846947047147247347447547647747847948048148248348448548648748848949049149249349449549649749849950050150250350450550650750850951051151251351451551651751851952052152252352452552652752852953053153253353453553653753853954054154254354454554654754854955055155255355455555655755855956056156256356456556656756856957057157257357457557657757857958058158258358458558658758858959059159259359459559659759859960060160260360460560660760860961061161261361461561661761861962062162262362462562662762862963063163263363463563663763863964064164264364464564664764864965065165265365465565665765865966066166266366466566666766866967067167267367467567667767867968068168268368468568668768868969069169269369469569669769869970070170270370470570670770870971071171271371471571671771871972072172272372472572672772872973073173273373473573673773873974074174274374474574674774874975075175275375475575675775875976076176276376476576676776876977077177277377477577677777877978078178278378478578678778878979079179279379479579679779879980080180280380480580680780880981081181281381481581681781881982082182282382482582682782882983083183283383483583683783883984084184284384484584684784884985085185285385485585685785885986086186286386486586686786886987087187287387487587687787887988088188288388488588688788888989089189289389489589689789889990090190290390490590690790890991091191291391491591691791891992092192292392492592692792892993093193293393493593693793893994094194294394494594694794894995095195295395495595695795895996096196296396496596696796896997097197297397497597697797897998098198298398498598698798898999099199299399499599699799899910001001100210031004100510061007100810091010101110121013101410151016101710181019102010211022102310241025102610271028102910301031103210331034103510361037103810391040104110421043104410451046104710481049105010511052105310541055105610571058105910601061106210631064106510661067106810691070107110721073107410751076107710781079108010811082108310841085108610871088108910901091109210931094109510961097109810991100110111021103110411051106110711081109111011111112111311141115111611171118111911201121112211231124112511261127112811291130113111321133113411351136113711381139114011411142114311441145114611471148114911501151115211531154115511561157115811591160116111621163116411651166116711681169117011711172117311741175117611771178117911801181118211831184118511861187118811891190119111921193119411951196119711981199120012011202120312041205120612071208120912101211121212131214121512161217121812191220122112221223122412251226122712281229123012311232123312341235123612371238123912401241124212431244124512461247124812491250125112521253125412551256125712581259126012611262126312641265126612671268126912701271127212731274127512761277127812791280128112821283128412851286128712881289129012911292129312941295129612971298129913001

CAJA MENOR, PDI ANALISIS Y POLITICAS, DIGITA LUDY TORRES

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

RECEIVED 2000

IMPUESTO: \$ 3.832,00

DATE: 10/00

2000 2000

[illegible]

SUBTOTAL: \$0.00

SECRET

~~CONFIDENTIAL~~ \$0.00

SECRET

MAP 1000

ADDITIONAL 2000

AUMENTO AL TOTAL 1000

TOTAL COMPR. \$1,000,000.00

THE CONCEPT

UN MILLON DE PESOS CON CERO CTVE MAS.

1940

Don't Miss

[illegible]

6291

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

900959051

NOTA DE PAGOS

Fecha Actual : viernes, 26 julio 2024

Página 1/1

Consecutivo : 13122

Estado : Confirmado

Tercero: 900490302 SISTEMA INTEGRADO DE ENERGÍAS NATURALES S.A.S.

Proveedor: 900490302

SISTEMA INTEGRADO DE ENERGÍAS NATURALES S.A.S.

Fecha de la Nota : 26/07/2024 8:57:00 a. m.

Naturaleza de la Nota : Debito

Valor : \$ 52.565,00

Detalle : CAJA MENOR - SE AJUSTA REGISTRO PARA APLICAR RETENCION IMPUESTOS DEJADOS DE PRACTICAR SEGUN CBI
77631 Y77606 PROCESO ENTORNO ANALISIS Y POLITICA

Son : CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DESCRIPCIÓN DE CONCEPTOS

| Concepto | Cuenta | Centro | Nombre de la cuenta | Naturaleza | Valor |
|---|----------------------------------|------------|------------------------------------|------------|--------------|
| 39 AJU. RETEFUENTE RETENCION POR COMPR | 243608005 | | RETENCION POR COMPRAS 2,5% | Credito | \$ 12.500,00 |
| | Cuenta NIIF: 243608005 | | RETENCION POR COMPRAS 2,5% | | |
| 01 | COMPRAS GENERALES DECLARANTES | Porcentaje | 2,50 | Valor Base | 500000,0000 |
| 48 AJU. RETE ICA RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS | 243627001 | | RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS | Credito | \$ 4.830,00 |
| | Cuenta NIIF: 243627001 | | RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS | | |
| 90 | ICA POR PAGAR DE COMPRAS | Porcentaje | 9,66 | Valor Base | 500000,0000 |
| 39 AJU. RETEFUENTE RETENCION POR COMPR | 243608005 | | RETENCION POR COMPRAS 2,5% | Credito | \$ 24.904,00 |
| | Cuenta NIIF: 243608005 | | RETENCION POR COMPRAS 2,5% | | |
| 01 | COMPRAS GENERALES DECLARANTES | Porcentaje | 2,50 | Valor Base | 1000000,0000 |
| 48 AJU. RETE ICA RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS | 243627001 | | RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS | Credito | \$ 9.660,00 |
| | Cuenta NIIF: 243627001 | | RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS | | |
| 90 | ICA POR PAGAR DE COMPRAS | Porcentaje | 9,66 | Valor Base | 1000000,0000 |
| 44 AJU. RETENCION IVA POR COMPRAS | 243625001 | | POR COMPRAS | Credito | \$ 575,00 |
| | Cuenta NIIF: 243625001 | | POR COMPRAS | | |
| 21 | RETENCION IVA REGIMEN COMUN | Porcentaje | 15,00 | Valor Base | 3831,5000 |

DESCRIPCIÓN DE FACTURAS

| Factura | Fecha | Vencimiento | Cuenta | Cuenta NIIF | Valor |
|---------|---------------------------|---------------------------|-----------|-------------|--------------|
| FE100 | 18/07/2024 12:00:00 a. m. | 18/07/2024 12:00:00 a. m. | 240101001 | 240101001 | \$ 35.235,00 |
| FE103 | 23/07/2024 12:00:00 a. m. | 23/07/2024 12:00:00 a. m. | 240101001 | 240101001 | \$ 17.330,00 |

Martha Cardozo C.
Cuentas por Pagar
SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

ELABORO

REVISO

Nombre reporte : PGRPNota

Usuario Id. :38233377

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

900959051

NOTA DE PAGOS

Fecha Actual : viernes, 26 julio 2024

Página 1/1

Consecutivo : 13125

Estado : Confirmado

Tercero: 900490302 SISTEMA INTEGRADO DE ENERGÍAS NATURALES S.A.S.

Proveedor: 900490302

SISTEMA INTEGRADO DE ENERGÍAS NATURALES S.A.S.

Fecha de la Nota : 26/07/2024 12:13:38 p. m.

Naturaleza de la Nota : Debito

Valor : \$ 34.527,00

Detalle : SE AJUSTA PARA CONTABILIZAR RETENCION IMPUESTOS FACTURA FE 100

Son : TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTISIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DESCRIPCIÓN DE CONCEPTOS

| Concepto | Cuenta | Centro | Nombre de la cuenta | Naturaleza | Valor |
|---|----------------------------------|------------|------------------------------------|------------|--------------|
| 39 AJU. RETEFUENTE RETENCION POR COMPR | 243608005 | | RETENCION POR COMPRAS 2,5% | Credito | \$ 24.904,00 |
| | Cuenta NIIF: 243608005 | | RETENCION POR COMPRAS 2,5% | | |
| 01 | COMPRAS GENERALES DECLARANTES | Porcentaje | 2,50 | Valor Base | 996168,0000 |
| 48 AJU. RETE ICA RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS | 243627001 | | RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS | Credito | \$ 9.623,00 |
| | Cuenta NIIF: 243627001 | | RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS | | |
| 90 | ICA POR PAGAR DE COMPRAS | Porcentaje | 9,66 | Valor Base | 996168,0000 |

DESCRIPCIÓN DE FACTURAS

| Factura | Fecha | Vencimiento | Cuenta | Cuenta NIIF | Valor |
|---------|---------------------------|---------------------------|-----------|-------------|--------------|
| FE100 | 18/07/2024 12:00:00 a. m. | 18/07/2024 12:00:00 a. m. | 240101001 | 240101001 | \$ 34.527,00 |

Martha Cardozo C.
Cuentas por Pagar
SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

ELABORO

REVISO

Nombre reporte : PGRPNota

Usuario Id. :38233377



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° | 6292 | FECHA | 22/07/2024 |
| RUBRO PRESUPUESTAL | MANTENIMIENTO EQUIPO HOSPITALARIO | | |
| VALOR: | \$600.000,00 | | |
| A SUMA DE: | SEISCIENTOS MIL PESOS M.CTE. | | |
| CONCEPTO: | FACTURA No. FEV-2863 JUAN CARLOS MEDAGLIA CASTAÑO NIT 79.400.392 SUMINISTRO DE MEMBRANAS 200 GPD HIDROTECK, NECESARIAS PARA AUTOCLAVE DE PROPIEDAD DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, SOLICITADO POR MICHAEL ANDRES PULIDO, LIDER GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA. | | |

Diana López D
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

Área A.
Vo.Bo. CUENTADANTE

ND. 13149.

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

aefc21f2dba7ddc04bea4cae4521c75fe0e77e39c4ef182688911c4c802a2d4b9fcd8db56c5e1691058c311eb5d4cb8c

Número de Factura: FEV-2863

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 22/07/2024

Medio de Pago: Efectivo

Fecha de Vencimiento: 22/07/2024

Orden de pedido: COTIZACIÓN No. MV-06 -2.024

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido: 17/07/2024

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: MEDAGLIA CASTAÑO JUAN CARLOS

Nombre Comercial: MEDAGLIA CASTAÑO JUAN CARLOS

Nit del Emisor: 79400392

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Bogotá

Régimen Fiscal: R-99-PN

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.C.

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Dirección: CR 22 12 A 54

Actividad Económica: 4774

Teléfono / Móvil: 6755865

Correo: jcmedaglia@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 900959051

Departamento: Bogotá

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.C.

Régimen fiscal: R-99-PN

Dirección: DG 34 5 43

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Teléfono / Móvil: 302 329 0575

Correo: subcentroorientesaludcapital.gov.co

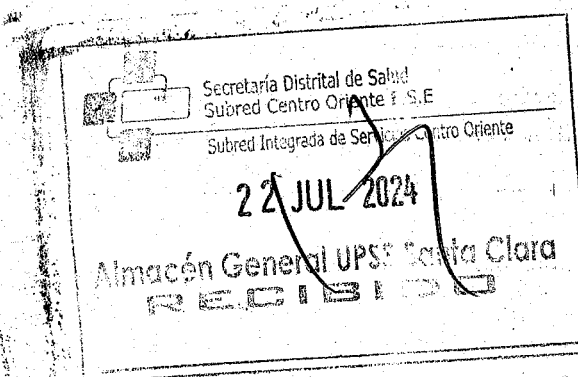
Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|------|--------|-----------------------------------|-----|----------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------|---|-----|---|--------------------------|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | | Membrana Ro 200 GPD Hidrotek | NIU | 2,00 | \$ 240.000,00 | \$ 0,00 | \$ 0,00 | | | | | \$ 480.000,00 |
| 2 | 963 | Filtro Polipropileno 10" 5 micras | NIU | 10,00 | \$ 12.000,00 | \$ 0,00 | \$ 0,00 | | | | | \$ 120.000,00 |

Notas Finales

Bancolombia ahorros N°75041860201 Davivienda corriente N°462960003723

Línea de negocio: MARIANA VALENCIA

VdB
Marela Zed B
22-07-24,

Aguafiltros !

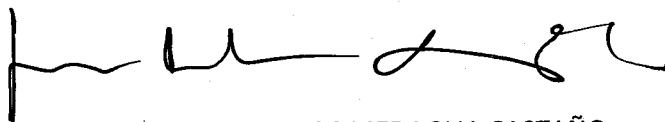
Agua limpia, fresca y saludable

Bogotá , 26 de Julio del año 2.024

AUTORIZACIÓN

Yo, Juan Carlos Medaglia Castaño identificado con RUT No 79.400.392-6 de Bogotá, autorizo a la **Sra. MARIANA VALENCIA ESTREMOS** identificada con PPT No 5916325 de Bogotá, a recibir el dinero en efectivo correspondiente a la FEV No 2863 emitida a Nombre de SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DE CENTRO ORIENTE E.S.E por valor de \$ 600,000 (Seiscientos mil pesos ml).

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




JUAN CARLOS MEDAGLIA CASTAÑO

CC 79.400.392 de Bogotá

Propietario



131

REPUBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

 **COL**

No. 5916325

VALENCIA ESTREMOS
APELLIDOS
MARTANA
NOMBRES
VEN
NACIONALIDAD
SEXO
26890799
ONI-Nro.
22-03-1999
FECHA DE NACIMIENTO
19-04-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

MIGRACION
MINISTERIO DE VIOLENCIAS EXTREMAS

VISIBLES

Martana

FIRMA

E2151391

INDICE DERECHO
El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Pascua?

Juan Francisco Espinosa Patiños
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

www.migracioncolombia.gov.co

IPC0L5916325<<1<<<<<<<<<<<<<<<<
9903229F3105308VENE2151391<<<2
VALENCIA<ESTREMOS<<MARIANA<<<<

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.400.392**

MEDAGLIA CASTAÑO

APELLIDOS
JUAN CARLOS

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUN-1966****BOGOTA D.C.**
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

11-ENE-1985 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-3100150-00158701-M-0079400392-20090606

0012225726A 1

2810023893

Agua filtros

COTIZACIÓN No. MV-06 -2.024

Bogotá, 17 de Julio del año 2.024

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E

Nit: 900.959.051-7

Sra. Marcela Escobar

Teléfono : 601.344.4484

Celular : 320.233.5921 / 311.847.4354

Dirección : Carrera 14 B No1-45 sur

Hospital Santa Clara

Ciudad : Bogotá

E-mail : tecnovigilancia@subredcentrooriente.gov.co

JUAN CARLOS MEDAGLIA CASTAÑO

RUT 79400392-6

NO responsable de IVA

TEL : 601 675 5865

Dirección : Carrera 22 No 12 A 54 Bogotá DC

www.aguafiltros.com.co

DESCRIPCIÓN

Referencia específica solicitada por SUBRED

| DETALLE | Cantidad | Pr. Unit \$ | Precio Total \$ |
|-----------------------------------|----------|-------------|-----------------|
| Membrana Ro 200 GPD Hidrotek | 2 | 240.000 | 480.000 |
| Filtro Polipropileno 10" 5 micras | 10 | 12.000 | 120.000 |
| Totales \$ | | | 600.000 |
| Son : Seiscientos mil pesos m/l | | | |

Condiciones Comerciales :

1. Precios Vigentes hasta el 31 de Julio del año 2.024
2. Pago contraentrega en efectivo ó traslado electrónico anticipado.
3. Bancolombia ahorros 750 418 60201 ó Davivienda Corriente 4629 6000 3723
4. Entrega a domicilio sin costo adicional en el perímetro urbano de Bogotá, para compras superiores a \$ 500 mil pesos

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

14976938415



(415)7707212489984(8020) 0000014976938415

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

7 9 4 0 0 3 9 2

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1

3

26. Número de identificación

7 9 4 0 0 3 9 2

27. Fecha expedición

1 9 8 5 0 1 1 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1

1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

MEDAGLIA

32. Segundo apellido

CASTAÑO

33. Primer nombre

JUAN

34. Otros nombres

CARLOS

35. Razón social

36. Nombre comercial

AGUAFILTROS

37. Sigla

UBICACIÓN

País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 22 12 A 54

42. Correo electrónico

jcmедaglia@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

6 7 5 5 8 6 5

45. Teléfono 2

3 1 8 6 8 3 8 7 4 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

4 7 7 4

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 3 0 6 2 0

Actividad secundaria

48. Código

3 6 0 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 9 0 2 0 4

Otras actividades

1

2

7 7 3 0

Ocupación

51. Código

52. Número

establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

5 4 9 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

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 - 01 - 31 / 12 : 48 : 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 1.6.1.2.6 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 MEDAGLIA CASTAÑO JUAN CARLOS

985. Cargo CONTRIBUYENTE



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, 18 DE JULIO 2024.

NOMBRE FUNCIONARIO

MICHAEL ANDRES PULIDO

AREA / DEPENDENCIA

GESTION DE LATECNOLOGIA BIOMEDICA

CENTRO DE COSTO

ESTERILIZACION

UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD

VICTORIA - SANTA CLARA

1SC405 738702005

2. VALOR TOTAL

\$600,000 (SEISCIENTOS MIL PESOS MCTE)

3. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Suministro: Membrana 200 GPD Hidrotek cant. 2 / filtro polipropileno 10" 5 micrascant. 10

4. JUSTIFICACIÓN

ACCESORIOS NECESARIOS PARA AUTOCLAVE PROPIEDAD DE LA SUBRED.

5. ¿Existe en Almacén Central?

SI

NO

X

MIGUELA CORTEZ T.
Vo.Bo. Funcionario Almacén

Nombre Funcionario y/o Contratista

Diana Lopez D.
Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN

NINGUNA

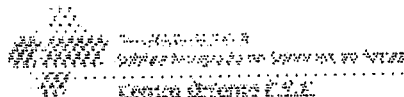
[Handwritten signature]

142

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

Fecha Actual: miércoles, 24 julio 2024

1/1



COMPROBANTE ENTRADA
N°0000000000077600

PROVEEDOR: JUAN CARLOS MEDAGLIA CASTAÑO NIT: 79400392 FECHA: 24/07/2024 09:57 a.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Concluido
DIRECCION: CR.22 N 12 A - 34 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 5733863 TASA CAM: 0,00
N° FACTURA: CECO00000000194 % ICA: 0,0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 22/07/2024 12:00 a.m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DITO | %IVA |
|-------------|--|--------------|----------|---------------|---------------|-------|------|
| 132RM014521 | MEMBRANA PARA AUTOCLAVE | METRO | 2,00 | \$ 240.000,00 | \$ 480.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| 132RM015039 | FILTRO DE POLIPROPILENO 5 MICRAS AUTOCLAVE | UNIDAD | 10,00 | \$ 12.000,00 | \$ 120.000,00 | 0,00 | 0,00 |

| | | |
|---|------------------|---------------|
| DETALLE | SUBTOTAL: | 2.600.000,00 |
| CAJA MENOR, BIOMEDICOS UNIDAD SANTA CLARA, DIGITA LUDY TORRES | DESCUENTO: | \$ 0,00 |
| | IMPUESTO: | \$ 0,00 |
| | FLETES: | \$ 0,00 |
| | IMP FLETES: | \$ 0,00 |
| | RETE IVA: | \$ 0,00 |
| | RETE ICA: | \$ 0,00 |
| | RETE FUENTE: | \$ 0,00 |
| | OTRAS RETE: | \$ 0,00 |
| | OTRAS DEDUC: | \$ 0,00 |
| | IMP DISTRI: | \$ 0,00 |
| | AJUSTE RED: | \$ 0,00 |
| | AJUSTE AL TOTAL: | \$ 0,00 |
| | TOTAL COMPR: | \$ 400.000,00 |

TOTAL COMPROBANTE

SEISCIENTOS MIL PESOS CON CERO CTES M.Cts.

El Emisor:

David A. Alvarado
Director General

Revisado por:
Revisor de Impuestos

6292

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

900959051

Fecha Actual : miércoles, 24 julio 2024

Pagina 1/1

NOTA DE CONTABILIDAD INTERNA

Nombre del Vendedor del Bien o Servicio:

JUAN CARLOS MEDAGLIA CASTAÑO

NIT: 79400392

Telefono 6755865

Direccion: CR 22 N 12 A - 54

Ciudad y Fecha de Negociacion: BOGOTA

24/julio/2024

Tarifa ICA: 0,00% Tarifa RFTE: 2,5000%,

Factura Equivalente:

CECO0000000194

| REF BIEN O SERVICIO | DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO CONTRATADO | CANTIDAD | VR. UNIT | VALOR TOTAL |
|------------------------|--|----------|------------|---------------|
| 152RM014521 | MEMBRANA PARA AUTOCLAVE | 2,0000 | 240.000,00 | 480.000,00 |
| 152RM015059 | FILTRO DE POLIPROPILENO 5 MICRAS AUTOCLAVE | 10,0000 | 12.000,00 | 120.000,00 |
| SUBTOTAL: | | | | \$ 600.000,00 |

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 COMPROBANTE:

TOTAL COMPR: \$ 600.000,00

SEISCIENTOS MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

FIRMA DEL VENDEDOR

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

Usuario: 52158596

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



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. INFORMACION

| | | | |
|----------------|------|-------|------------|
| COMPROBANTE N° | 6293 | FECHA | 23/07/2024 |
|----------------|------|-------|------------|

| | |
|---------------------|-----------------------------------|
| RUBRO PRESUPUESTAL: | MANTENIMIENTO EQUIPO HOSPITALARIO |
|---------------------|-----------------------------------|

| | |
|--------|--------------|
| VALOR: | \$654.500,00 |
|--------|--------------|

| | |
|-------------|--|
| LA SUMA DE: | SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS M.CTE. |
|-------------|--|

| | |
|-----------|---|
| CONCEPTO: | FACTURA No. FVE681 SERVICIOS ESPECIALIZADOS INTEGRADOS DE MANTENIMIENTO SAS NIT 830.053.911-3 SUMINISTRO DE RESISTENCIA, NECESARIAS PARA AUTOCLAVE MACROINGENIO DEL HOSPITAL LA VICTORIA, SOLICITADO POR MICHAEL ANDRES PULIDO, LIDER GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA. R.FTE. 2.5%.....\$13.750 R.ICA 9.66 POR MIL..... 5.313 R.IVA 15%..... 15.675 |
|-----------|---|

Diana Lopez D
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Signature]
Vo.Bo. CUENTADANTE

(2)
13150

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.

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

Factura Electrónica De Venta
No FVE 681

| | | | | | | | |
|---------------|--|-------------------|---------------------|---------------|-----------------------|---------------------|---------|
| CLIENTE | SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE | | | | NIT | 830077633 4 | |
| DIRECCIÓN | DG 34 5 43 | CIUDAD | Bogota D.C. | TELÉFONO | 3444484 | CONDICIONES DE PAGO | Credito |
| FECHA FACTURA | 22 de julio de 2024 | FECHA VENCIMIENTO | 22 de julio de 2024 | MEDIO DE PAGO | Consignación bancaria | | |

| Item | Descripción | Cantidad | Valor Unitario | IVA | Valor IVA | Total |
|---|---|----------|----------------|-----|------------|---------------|
| 1 | SUMINISTRO DE RESISTENCIA 3 ELEMENTOS, 220V, TAPON 2" PARA AUTOCLAVE MACROINGENIO UBICADA EN EL HOSPITAL DE LA VICTORIA COT 148-2024 | 1 | \$ 550.000,00 | 19% | \$ 104.500 | \$ 550.000,00 |
| <div><p>R.FTE 25% \$13.750 R.ICA 9,66% 5.313 R.IVA 15% 15.675 <u>34.738</u></p><p>A pagar \$69.76</p><div><p>Secretaría Distrital de Salud Subred Centro Oriente E.S.E Subred Integrada de Servicios Centro Oriente</p><p>22 JUL 2024</p><p>Alonso Valencia NPSS Santa Clara</p></div><p>CANCELADO M. Valenzuela 19545898 Efectivo 619.762</p><p>W.B. Harceda Escob B</p></div> | | | | | | |

Totales líneas o ítems: 1

La presente factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a la letra de cambio, Artículo 774 del Código de Comercio. El comprador y aceptante declara haber recibido real y materialmente las mercancías 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:

SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

| | |
|-----------------------|---------------|
| SUBTOTAL | \$ 550.000,00 |
| DESCUENTO | \$ 0,00 |
| IVA | 104.500,00 |
| TOTAL DE LA OPERACIÓN | \$ 654.500,00 |

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/07/2024 12:40:40

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: 8141e818cbb9aa9a849702c171a94757e7e3215c61fe11e37e07a99fb43162ea3f2f477b869a0fc0c005d8d445b8649a --Fecha y Hora de Expedición: 22/07/2024 12:44:50 p.m.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
Cedula de Ciudadania

78.545.398

SALOMINO URSUA
APELLIDOS

MILTON ORLANDO
NOMBRES




FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1970
BOGOTA D.C.
(CIUDAD DE BOGOTA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

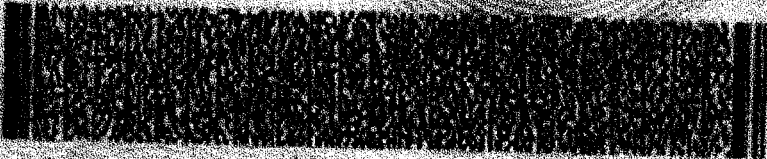
A+
G.S. RH

M
SEXO

15-JUN-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

ACCEPTECHO

REPUBLICA NACIONAL
DE COLOMBIA



A: 1900115-45153072-34-0079545899-20061028 01750 002984 02 204338340



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

Bogotá, 17 de julio de 2024

Señores:
SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
HOSPITAL DE LA VICTORIA
Bogotá

Ref.: Cotización N° 148-2024

Cordial saludo,

Me permito cotizar:

| ITEM | DESCRIPCIÓN | CANTD | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
|----------|--|-------|----------------|--------------|
| 1 | SUMINISTRO DE RESISTENCIA 3 ELEMENTOS, 220V, TAPON 2" PARA AUTOCLAVE MACROINGENIO UBICADA EN EL HOSPITAL LA VICTORIA | 1 | \$ 550.000 | \$ 550.000 |
| SUBTOTAL | | | | \$ 550.000 |
| IVA 19% | | | | \$ 104.500 |
| TOTAL | | | | \$ 654.500 ✓ |

CONDICIONES COMERCIALES

Tiempo entrega: 3 días
Forma de Pago: CONTADO

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

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA BOGOTÁ, 17 DE JULIO 2024.

NOMBRE FUNCIONARIO MICHAEL ANDRES PULIDO

ÁREA/DEPENDENCIA GESTIÓN DE LATECNOLOGÍA BIOMÉDICA

CENTRO DE COSTO ESTERILIZACIÓN VICTORIA

UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD HOSPITAL LA VICTORIA

224V05 738702005

2. VALOR TOTAL

\$654,500 (SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS MCTE)

3. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Suministro Resistencia Autoclave Macroingenio. Cant. 1

4. JUSTIFICACIÓN

REPUESTO NECESARIO AUTOCLAVE MACROINGENIO HOSPITAL LA VICTORIA

5. ¿Existe en Almacén Central?

SI

NO

X

Miguel Angel Cortés T.
Vo.Bo. Funcionario/Almacén

Michael Pulido
Nombre Funcionario y/o Contratista

Diana López D.
Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN

NINGUNA

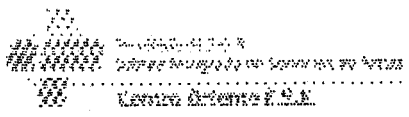
Sanjay

152

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

Fecha Actual : miércoles, 24 julio 2024

1/1



COMPROBANTE ENTRADA
N°000000000077601

PROVEEDOR: SERVICIOS ESPECIALIZADOS INTEGRADOS DE MANTENIMIENTO SAS NIT: 830033911
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.)
DIRECCION: CR 66 DN 1 - 24 SUR
TELEFONO: 8013837006
N° FACTURA: FVB681 ✓ % ICA: 9,6000 PLAZO: 0
FECHA: 24/07/2024 10:29 a.m.
ESTADO: Continuada
MONEDA: Pesos
TASA CAM: 0,00
FECHA FAC: 22/07/2024 12:00 a.m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|-------------|-------------|--------------|----------|---------------|---------------|------|-------|
| 132RM014682 | RESISTENCIA | UNIDAD | 1,00 | \$ 350.000,00 | \$ 350.000,00 | 0,00 | 19,00 |

DETALLE
CAJA MENOR, ESTERILIZACION VICTORIA- BIOMEDICO, DIGITA LUDY TORRES

| | |
|------------------|-----------------|
| SUBTOTAL: | \$ 350.000,00 ✓ |
| DESCUENTO: | \$ 0,00 |
| IMPUESTO: | \$ 104.300,00 ✓ |
| FLETES: | \$ 0,00 |
| IMP FLETES: | \$ 0,00 |
| RETE IVA: | \$ 15.675,00 |
| RETE ICA: | \$ 3.313,00 |
| RETE FUENTE: | \$ 13.750,00 |
| OTRAS RETE: | \$ 0,00 |
| OTRAS DEDUC: | \$ 0,00 |
| IMP DISTRI: | \$ 0,00 |
| AJUSTE RED: | \$ 0,00 |
| AJUSTE AL TOTAL: | \$ 0,00 |
| TOTAL COMPR: | \$ 619.762,00 |

TOTAL COMPROBANTE:
SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL SETECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS
MUCHA.

Revisó Amascan

Revisó Impuestos

6293

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6294

FECHA

23/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

MANTENIMIENTO EQUIPO HOSPITALARIO

VALOR:

\$127.211,00

LA SUMA DE:

CIENTO VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS ONCE PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. JMD4088 JIMEDICAL SUMINISTROS SAS NIT 900.340.351-3 SUMINISTRO DE ESPEJO UNIDAD ODONTOLOGICA SAN BLAS Y EMPAQUES PARA ESCUPIDERAS ODONTOLÓGICAS DE CENTRO ORIENTE Y RAFAEL URIBE, , SOLICITADO POR MICHAEL ANDRES PULIDO, LIDER GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA.

Diana López D

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Signature]

Vo.Bo. CUENTADANTE

ND 13151.

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



| | |
|--------------|------------|
| FECHA | 4/07/2024 |
| COTIZACIÓN # | JMD-1780 |
| CLIENTE ID | 201 |
| VALIDO HASTA | 30/07/2024 |

COTIZACIÓN

CLIENTE

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

[illegible]

| | |
|----------------|----------------------|
| Subtotal | \$ 106.900,00 |
| Total Impuesto | \$ 20.311,00 |
| TOTAL | \$ 127.211,00 |

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Oferta: Entrega en Plaza
 Forma de Pago: Contado
 Consignación: Cta Ahorros Colpatría - 4822003641 - Jimedical Suministros SAS
 Tiempo de Entrega: Inmediato Salvo Venta Previa
 Garantía: Tres (3) meses por defectos de fábrica
 No aplica para consumibles o insumos, ni daño por uso inadecuado

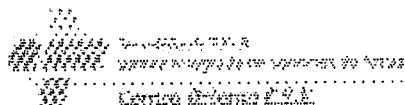
Si usted tiene alguna pregunta sobre esta cotización, por favor, póngase en contacto con nosotros
E-mail: comercial@jimedical.com | Bogotá · Colombia

Gracias por hacer negocios con nosotros!

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

Fecha Actual: miercoles, 24 julio 2024

1/1



COMPROBANTE ENTRADA
N°000000000077605

PROVEEDOR: HIMEDICAL LIMITADA
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.)
DIRECCION: CL 41 N 26 - 7
TELEFONO: 7978683
N° FACTURA: IMD-0088

NT: 000340331

FECHA: 24/07/2024 10:44 a.m

ESTADO: Confirmado

MONEDA: Pesos

TASA CAM:

0,00

FECHA FAC: 22/07/2024 12:00 a.m

% ICA: 0,0000

PLAZO: 0

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|-------------|---------|--------------|----------|--------------|--------------|------|-------|
| 101CD016127 | ESPEJO | UNIDAD | 1,00 | \$ 25.000,00 | \$ 25.000,00 | 0,00 | 19,00 |
| 101CD013320 | EMPAQUE | UNIDAD | 6,00 | \$ 3.630,00 | \$ 21.900,00 | 0,00 | 19,00 |

DETALLE

CAJA MENOR, GESTION BIOMEDICA- UNIDAD SANTA CLARA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL: \$ 106.900,00

DESCUENTO: \$ 0,00

IMPUESTO: \$ 20.311,00

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

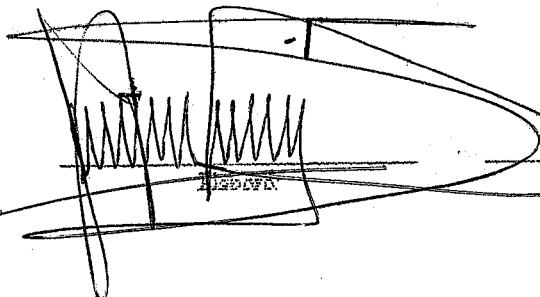
AJUSTE RED: \$ 0,00

AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00

TOTAL COMPR: \$ 127.211,00

TOTAL COMPROBANTE:

CIENTO VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS ONCE PESOS CON CERO CTVS MCH.



Revisado Abmscen

Revisado Impuestos

Handwritten notes and date: 25/07/2024, 6294

1. INFORMACIÓN

| | | | |
|--------------------|---|-------|------------|
| COMPROBANTE N° | 6295 | FECHA | 24/07/2024 |
| RUBRO PRESUPUESTAL | BIENESTAR | | |
| VALOR | \$250.000,00 | | |
| LA SUMA DE | DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M.CTE. | | |
| CONCEPTO: | FACTURA No. FE-189 JULIAN ALEXANDER URREGO VELÁSQUEZ NIT 80.845.602-1 OFRENDAS FLORALES, CON EL FIN DE REALIZAR ENTREGA POR FALLECIMIENTO DEL FUNCIONARIO Y/O PERDIDA DEL FAMILIAR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., SOLICITADO POR OFELIA GUEVRA GÓMEZ, TALENTO HUMANO (E). R.FTE. 6%.....\$15.000 R.ICA 9.66 POR MIL..... 2.415 | | |

Diana López D
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Signature]
Vo.Bo. CUENTADANTE

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE:

19635a1d5fedf446c286a5fd4e80b50e803376149bbe8d583a3b735126a84de305ad7e3de7a79cd2e59af1396379d712

Número de Factura: FE-189

Fecha de Emisión: 23/07/2024

Fecha de Vencimiento: 23/07/2024

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: rapifloresbogotá@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@subredcentroorientegov.co

Detalles de Productos

| Nº. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|-----|--------|--|-----|----------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------|---|-----|---|--------------------------|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 001 | ofrendas por fallecimiento y o perdidas familiares | NIU | 1,00 | \$ 250.000,00 | \$ 0,00 | \$ 0,00 | | | | | \$ 250.000,00 |

Notas Finales

Linea de negocio:

Bogota julio 2 de 2024

164



Señores

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

Nit: 900959051-7

Dirigido a talento humano bienestar

Ximena Robayo

Esta cotización incluye solo la entrega en la dirección: Diagonal 34 #5 - 27

De manera atenta me permito relacionar la siguiente cotización según lo requerido.

| DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR |
|-----------------------------------|----------|----------|
| Arreglo Floral Rosas y peluche | 1 | \$70,000 |



| DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR |
|-------------|----------|----------|
| CAJA X 12 | | |
| ROSAS | 1 | \$50.000 |



| DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR |
|----------------------|----------|----------|
| Condolencias blanco. | 1 | \$70.000 |

166
TOTAL 250.000

BONO CONSUMIBLE

Cordialmente




RAPIFLORES

Julián Alexander Urrego Velásquez

Nit: 80845602-1

Tel: 3212365005

Dirección: Calle 33ª #15-23 Teusaquillo

| | | | |
|--|--|--|--|
|  Formulario del Registro Único Tributario | | 001 | |
| 2. Concepto <input type="text" value="02"/> Actualización | | 4. Número de formulario 14807935091 | |
|  | |  (415)7707212489984(8020) 000001480793509 1 | |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 0 8 4 5 6 0 2 1 | | 6. DV 1 | |
| 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | | 14. Buzón electrónico | |
| IDENTIFICACIÓN | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2 | | 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3 | |
| 26. Número de identificación 8 0 8 4 5 6 0 2 | | 27. Fecha expedición 2 0 0 4 0 1 1 6 | |
| Lugar de expedición COLOMBIA | | 28. País 1 6 9 | |
| 29. Departamento Bogotá D.C. 1 1 | | 30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1 | |
| 31. Primer apellido URREGO | | 32. Segundo apellido VELASQUEZ | |
| 33. Primer nombre JULIAN | | 34. Otros nombres ALEXANDER | |
| 35. Razón social | | | |
| 36. Nombre comercial RAPIFLORES | | | |
| 37. Signa | | | |
| UBICACIÓN | | | |
| 38. País COLOMBIA | | 39. Departamento Bogotá D.C. 1 1 | |
| 40. Ciudad/Municipio 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 | |
| 46. Código 4 7 7 3 | | 47. Fecha inicio actividad 2 0 2 0 0 8 1 3 | |
| 48. Código 4 7 5 9 | | 49. Fecha inicio actividad 2 0 2 0 0 8 1 3 | |
| 50. Código 8 2 9 9 | | 51. Código | |
| 52. Número establecimientos 1 | | Responsabilidades, Calidades y Atributos | |
| 53. Código 4 9 | | 49 - No responsable de IVA | |
| Obligados aduaneros | | Exportadores | |
| 54. Código | | 55. Forma | |
| 56. Tipo | | Servicio | |
| 57. Modo | | 58. CPC | |
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación | | | |
| Para uso exclusivo de la DIAN | | | |
| 59. Anexos SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | 60. No. de Folios: 0 | |
| 61. Fecha 2022-01-22 / 16:21:12 | | Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. | |
| 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. | | Firma autorizada: | |
| Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016 | | 984. Nombre URREGO VELASQUEZ JULIAN ALEXANDER | |
| Firma del solicitante: | | 985. Cargo CONTRIBUYENTE | |

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14807935091



(415)7707212489984(8020) 000001480793509 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 0 8 4 5 6 0 2 1

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

63. Formas asociativas

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

65. Fondos

66. Cooperativas

67. Sociedades y organismos extranjeros

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma | |
|-----------------------------|---------------------|------------|--------------------------------|
| 71. Clase | 0 9 | | 82. Nacional _____ % |
| 72. Número | | | 83. Nacional público _____ % |
| 73. Fecha | 2 0 2 0 0 8 1 3 | | 84. Nacional privado _____ % |
| 74. Número de notaría | | | 85. Extranjero _____ % |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | | 86. Extranjero público _____ % |
| 76. Fecha de registro | 2 0 2 0 0 8 1 3 | | 87. Extranjero privado _____ % |
| 77. No. Matrícula mercantil | 0 0 0 3 2 7 1 7 0 8 | | |
| 78. Departamento | 1 1 | | |
| 79. Ciudad/Municipio | 0 0 1 | | |
| Vigencia | | | |
| 80. Desde | | | |
| 81. Hasta | | | |

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

| Ítem | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|------|-------------------|----------------------------|---|--------|
| 1 | 4 9 | 2 0 2 0 0 8 1 3 | | |
| 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 | | | |

169



Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 3 de 3 Hoja 6.

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

| | |
|---|---|
| 160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2 | 161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos, 4 1 7 3 |
| 162. Nombre del establecimiento RAPIFLORES | |
| 163. Departamento Bogotá D.C. 1 1 | 164. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1 |
| 165. Dirección CL 33 A. 15 80 | |
| 166. Número de matrícula mercantil 0 3 2 7 3 2 5 3 | 167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 8 1 9 |
| 168. Teléfono 3 2 1 2 3 6 5 0 0 5 | 169. Fecha de cierre |
| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
| 162. Nombre del establecimiento | |
| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
| 165. Dirección | |
| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
| 162. Nombre del establecimiento | |
| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
| 165. Dirección | |
| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |

1. INFORMACIÓN

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| CIUDAD Y FECHA | Bogotá 9/07/2024 |
| NOMBRE FUNCIONARIO | Ofelia Guevara Gomez |
| ÁREA / DEPENDENCIA | Talento Humano |
| CENTRO DE COSTO | 7AMDOS 511190002 |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | Administrativa 34 B |

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Compra de ofrendas florales por un valor total \$ 250,000 pesos, con el fin de realizar la entrega por fallecimiento del funcionario y/o pérdida del familiar de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

3. JUSTIFICACIÓN

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, para el desarrollo de su talento humano, reconoce situaciones especiales y/o difíciles, lo cual nos permite mejorar el ámbito del trabajo que favorezcan en lo personal, social y laboral al servidor público.
Teniendo en cuenta los Acuerdos Sindicales establecidos en la vigencia 2020, se hace necesaria la compra por caja menor de ofrendas florales, con el fin de hacer entrega a los funcionarios, de la Subred C.O.

| | | |
|--------------------------------|----|----|
| 4. ¿Existe en Almacén Central? | SI | NO |
| | | X |

N/A
Vo.Bo. Funcionario Almacén


Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:



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

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

1. INFORMACIÓN

| | | | |
|--------------------|--|-------|------------|
| COMPROBANTE N° | 6296 | FECHA | 24/07/2024 |
| RUBRO PRESUPUESTAL | MANTENIMIENTO EQUIPO HOSPITALARIO | | |
| VALOR | \$654.500,00 | | |
| LA SUMA DE: | SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS M.CTE. | | |
| CONCEPTO: | FACTURA No. FVE682 SERVICIOS ESPECIALIZADOS INTEGRADOS DE MANTENIMIENTO SAS NIT 830.053.911-3 SUMINISTRO DE EMPAQUE PARA AUTOCLAVE MACROINGENIO DE 650L, UBICADA EN EL HOSPITAL SANTA CLARA, SOLICITADO POR MICHAEL ANDRES PULIDO, LIDER GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA. R.FTE. 2.5%.....\$13.750 R.ICA 9.66 POR MIL..... 5.313 R.IVA 15%..... 15.675 | | |

Diana López D
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Signature]
Vo.Bo. CUENTADANTE

(27)
13150

172



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

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

Factura Electrónica De Venta
No FVE 682

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

| | | | | | |
|---------------------|--|-------------------|---------------------|---------------|-----------------------|
| CLIENTE | SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE | | | NIT | 830077633 4 |
| DIRECCIÓN | DG 34 5 43 | CIUDAD | Bogota D.C. | TELÉFONO | 3444484 |
| CONDICIONES DE PAGO | Credito | | | | |
| FECHA FACTURA | 23 de julio de 2024 | FECHA VENCIMIENTO | 23 de julio de 2024 | MEDIO DE PAGO | Consignación bancaria |

| Item | Descripción | Cantidad | Valor Unitario | IVA | Valor IVA | Total |
|---|---|----------|----------------|-----|------------|---------------|
| 1 | SUMINISTRO DE EMPAQUE PARA AUTOCLAVE MACROINGENIO DE 650L UBICADA EN EL HOSPITAL SANTA CLARA COT 151-2024 | 1 | \$ 550.000,00 | 19% | \$ 104.500 | \$ 550.000,00 |
| <p>R.Fte 2.5% 13.750 R.ICA 9.66% 5.313 R.IVA 15% 5.675 7382 5002 621 A pagar \$ 619.762 - 23 JUL 2024 CANCELLADO PAGO PLAZO 79545818 Efectivo 619.762 Vob Harela F. Escob. B. 22-07-24.</p> | | | | | | |

Total líneas o ítems: 1

La presente factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a la letra de cambio, Artículo 774 del Código de Comercio. El comprador y aceptante declara haber recibido real y materialmente las mercancías 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:

SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

| | |
|-----------------------|---------------|
| SUBTOTAL | \$ 550.000,00 |
| DESCUENTO | \$ 0,00 |
| IVA | 104.500,00 |
| TOTAL DE LA OPERACIÓN | \$ 654.500,00 |



Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica
Fecha y Hora de Generación: 23/07/2024 09:34:53

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: e150a880e35259457277f93aa412e24d664377ba6336e856423152a8341fc5aeab3e36c2a492af35ba7c0accf9c469d3 --Fecha y Hora de Expedición : 23/07/2024 09:37:51 a.m.



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.

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

Factura Electrónica De Venta
No FVE 682

| | | | | | |
|---------------------|--|-------------------|---------------------|---------------|-----------------------|
| CLIENTE | SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE | | | NIT | 830077633 4 |
| DIRECCIÓN | DG 34 5 43 | CIUDAD | Bogota D.C. | TELÉFONO | 3444484 |
| CONDICIONES DE PAGO | Credito | | | | |
| FECHA FACTURA | 23 de julio de 2024 | FECHA VENCIMIENTO | 23 de julio de 2024 | MEDIO DE PAGO | Consignación bancaria |

| Item | Descripción | Cantidad | Valor Unitario | IVA | Valor IVA | Total |
|------|---|----------|----------------|-----|------------|---------------|
| 1 | SUMINISTRO DE EMPAQUE PARA AUTOCLAVE MACROINGENIO DE 650L UBICADA EN EL HOSPITAL SANTA CLARA COT 151-2024 R.FK 2.5% 13.750 R.ICA 9.66% 5.313 R.IVA 15% 15.675 <u>\$34.7382</u> A pagar \$619.762 RECIBE= Jairo Ravelo | 1 | \$ 550.000,00 | 19% | \$ 104.500 | \$ 550.000,00 |

Total líneas o items: 1

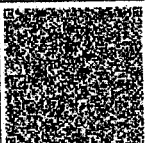
La presente factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a la letra de cambio, Artículo 774 del Código de Comercio. El comprador y aceptante declara haber recibido real y materialmente las mercancías y se obliga a pagar. Vencido el plazo se cobrarán intereses a la tasa máxima legal permitida.

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

Son:

SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

| | |
|-----------------------|---------------|
| SUBTOTAL | \$ 550.000,00 |
| DESCUENTO | \$ 0,00 |
| IVA | 104.500,00 |
| TOTAL DE LA OPERACIÓN | \$ 654.500,00 |



Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

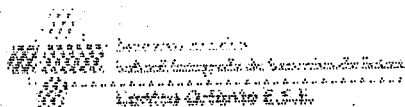
Fecha y Hora de Generación: 23/07/2024 09:34:53

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: e150a880e35259457277f93aa412e24d664377ba6336e856423152a8341fc5aeb3e36c2a492af35ba7c0accf9c469d3 - Fecha y Hora de Expedición : 23/07/2024 09:37:51 a.m.

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

Fecha Actual : miércoles, 24 julio 2024



COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000000077602

PROVEEDOR: SERVICIOS ESPECIALIZADOS INTEGRADOS DE NIT: 230053911 FECHA: 24/07/2024 10:32 a.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CR 86 DN 1 - 24 SUR MONEDA: Pesos
TELEFONO: 5013837006 TASA CAM: 0,00
Nº FACTURA: FVBS822 % ICA: 9,6600 PLAZO: 0 FECHA FAC: 23/07/2024 12:00 a.m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR U | SUBTOTAL | % DTO | % IVA |
|-------------|------------------------|--------------|----------|---------------|---------------|-------|-------|
| 132RM014229 | EMPAQUE PARA AUTOCLAVE | UNIDAD | 1,00 | \$ 530.000,00 | \$ 530.000,00 | 0,00 | 19,00 |

DETALLE

CAJA MENOR, ESTERILIZACION UNIDAD SANTA CLARA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL: \$ 530.000,00

DESCUENTO: \$ 0,00

IMPUESTO: \$ 104.500,00

FLETES: \$ 0,00

IMP FLETES: \$ 0,00

RETE IVA: \$ 15.675,00

RETE ICA: \$ 5.313,00

RETE FUENTE: \$ 13.750,00

OTRAS RETE: \$ 0,00

OTRAS DEDUC: \$ 0,00

IMP DISTRI: \$ 0,00

AJUSTE RED: \$ 0,00

AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00

TOTAL COMPR: \$ 619.762,00

TOTAL COMPROBANTE:

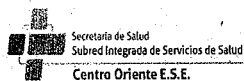
SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL SETECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVE
M/Cts.

Patricia Almaraz
C.C. 1.000.000.000

Patricia Almaraz
C.C. 1.000.000.000

7500 6296

799



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°

6297

FECHA

24/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL

ADQUISICIONES DE BIENES PIC

VALOR

\$300.000,00

LA SUMA DE:

TRESCIENTOS MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. DCN 4192 JOSÉ DANIEL BELTRÁN CASAS NIT 1.120.560.948-5 INSUMOS ANCESTRALES POLÍTICAS NEGROS FROCOLOMBINOS, RAIZAL Y PALENQUEROS, REQUERIDOS PARA DAR CUMPLIMIENTO DE ACCIONES REALIZADAS POR ENTORNO ANÁLISIS Y POLÍTICAS PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, LÍDER DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO – PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Diana López D
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Signature]
Vo.Bo. CUENTADANTE

NO 13152

*

23/7/24, 8:26

Factura - iSiigo

Espacio para
Logo Corporativo

JOSE DANIEL BELTRAN CASAS BELTRAN
CASAS
NIT 1.120.560.948-5
CL 77 26 51
Tel: (601) 3118062225
Bogotá - Colombia
beltrancasas@gmail.com

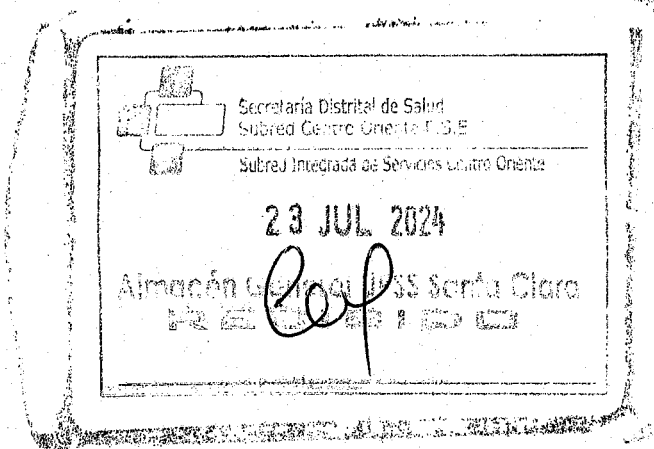
Factura electrónica de venta
No. DCN 4192

| | | | |
|-----------|---|----------|--------------------------|
| Señores | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | |
| NIT | 900.959.051-7 | Teléfono | (601) 3282828 - Ext. 000 |
| Dirección | DIAGONAL 34 N° 5 43 | Ciudad | Bogotá - Colombia |

Fecha y hora Factura

| | |
|-------------|-------------------|
| Generación | 23/07/2024, 08:26 |
| Expedición | 23/07/2024, 08:26 |
| Vencimiento | 23/07/2024 |

| Item | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|------|---------------|----------|------------|
| 1 | PIERNA PERNIL | 60.00 | 300,000.00 |



Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-9. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica ver en el XML

Total items: 1

Valor en Letras:

Trescientos mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 300,000.00

| | |
|---------------|------------|
| Total Bruto | 300,000.00 |
| IVA 0% | 0.00 |
| Total a Pagar | 300,000.00 |

Observaciones:



Res. Dian 18764042736519 de Ene 12 2023 Vigencia 6 meses


Recibido:
Geyro Saramillo Quintero
C.C. 52449351
Referente Analisis y politicas

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 18764072285685 aprobado en 20240605 prefiijo DCN desde el número 4048 al 4550 Vigencia: 6 Meses

No responsable de IVA - Actividad Económica 4723 Comercio al por menor de carnes (incluye aves de corral), productos cármicos, pescados y productos de mar, en establecimientos especializados Tarifa

CUFE: a56ca81b1eae43f8570fef1bfd63e2f4ead87fcae2ef31c82cb9f23ea6bcb928d9cb9ee5a0002b26b082738c8e65b5

| DIAN | | Formulario del Registro Único Tributario | | 001 | |
|---|--|--|--|---|------------------------------|
| 2. Concepto 0 2 Actualización | | 4. Número de formulario 141021527720 | | | |
|  | |  (415)7707212489984(8020) 000014102152772 0 | | | |
| 5. Número de identificación Tributaria (NIT) 1 1 2 0 5 6 0 9 4 8 | | 6. DV 5 | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | | 14. Buzón electrónico 3 2 |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2 | | 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3 | | 26. Número de identificación 1 1 2 0 5 6 0 9 4 8 | |
| 27. Fecha expedición 2 0 0 5 0 2 2 8 | | 28. País COLOMBIA 1 6 9 | | 29. Departamento Guaviare 9 5 | |
| 30. Ciudad/Municipio San José del Guaviare 0 0 1 | | 31. Primer apellido BELTRAN | | 32. Segundo apellido CASAS | |
| 33. Primer nombre JOSE | | 34. Otros nombres DANIEL | | 35. Razón social | |
| 36. Nombre comercial DISTRICARNES LA NACIONAL | | 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 77 26 51 | | | | | |
| 42. Correo electrónico beltrancdaniel@gmail.com | | | | | |
| 43. Código postal | | | | | |
| 44. Teléfono 1 3 1 1 8 0 6 2 2 2 5 | | | | | |
| 45. Teléfono 2 3 1 0 2 4 0 2 7 2 8 | | | | | |
| CLASIFICACIÓN | | | | | |
| Actividad principal | | Actividad económica | | Ocupación | |
| 46. Código 4 7 2 3 | | 47. Fecha inicio actividad 2 0 0 9 0 2 0 4 | | 50. Código 1 2 | |
| 48. Código | | 49. Fecha inicio actividad | | 51. Código | |
| 52. Número establecimientos 1 | | | | | |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos | | | | | |
| 53. Código 5 1 4 4 8 5 2 | | | | | |
| 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario | | | | | |
| 14- Informante de exogena | | | | | |
| 48 - Impuesto sobre las ventas - IVA | | | | | |
| 52 - Facturador electrónico | | | | | |
| Usuarios aduaneros | | | | | |
| 54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | |
| 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 | | | | | |
| Exportadores | | | | | |
| 55. Forma | | 56. Tipo | | Servicio 1 2 3 | |
| 57. Modo | | 58. CPC | | | |
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación | | | | | |
| Para uso exclusivo de la DIAN | | | | | |
| 59. Anexos SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | 60. No. de Folios: 0 | | 61. Fecha 2024 - 04 - 18 / 11 : 34: 20 | |
| La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. | | | Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. | | |
| Firma del solicitante: | | | Firma autorizada: | | |
| 984. Nombre BELTRAN CASAS JOSE DANIEL | | | 985. Cargo CONTRIBUYENTE | | |

| | | |
|---|---|---|
|  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-PT- 002 VERSIÓN: 03 |
|---|---|---|

1. INFORMACIÓN

| | |
|------------------------------------|---|
| CIUDAD Y FECHA | JULIO 05 DE 2024 |
| NOMBRE FUNCIONARIO | LORENZA BECERRA CAMARGO |
| ÁREA / DEPENDENCIA | DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO -PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS |
| CENTRO DE COSTO | 653P023 731402014 |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA PSPIC |

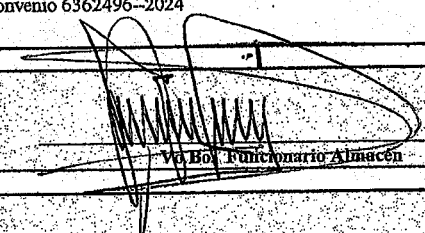
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

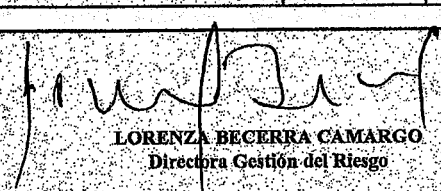
Insumos Afro (Análisis y Políticas)
Insumos Ancestrales (Entorno Hogar)

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


Diana López R.
Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

La Subred no cuenta con contrato vigente

| INSUMOS ANCESTRALES - POLITICA NEGROS - PROCOLOMBINOS | | |
|---|---------------------|-----------|
| RAIZAL Y PALENQUEROS - NARP | | |
| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD |
| 1 | VELON BLANCO | 1 |
| 2 | VELON AMARILLO | 1 |
| 3 | VELON VERDE | 1 |
| 5 | VELON DORADO | 1 |
| 6 | VELON AZUL | 1 |
| 7 | BALSAMO TRANQUILO | 1 |
| 9 | LIMONCILLO | 1 |
| 10 | PETALOS ROSA | VARIEDAD |
| 11 | EUCALIPTO | 1 |
| 12 | BOTELLA VICHE | 2 BOTELLA |
| 13 | FRUTAS VARIADAS | VARIEDAD |
| 14 | MASTRANTO | 1 |
| 15 | CIMARRON | 1 |
| 16 | RUÑA | 1 |
| 17 | POLEO | 1 |
| 18 | COFLEE | 1 |
| 19 | ROMERO | 1 |
| 20 | MANZANILLA | 1 |
| 21 | HIERBA BUENA | 1 |
| 22 | ALBAHACA | 1 |
| 23 | DESTRANCADERA | 1 |
| 24 | ALTAMIZA | 1 |
| 25 | JENGIBRE | 1 |
| 26 | MENTA | 1 |
| 27 | CASCO DE VACA | 1 |
| 28 | ÁRNICA | 1 |
| 29 | CALÉNDULA | 1 |
| 30 | POTES DE VASELINA | 2 |
| 31 | RECIPIENTE PEQUEÑOS | 1 |
| 32 | RECIPIENTE SPRAY | 1 |
| 33 | ALCOHOL PARA PERFUM | 1 |
| 34 | CLAVOS DE OLOR | 1 |
| 35 | CANELA | 1 |
| 36 | SAUCE | 1 |
| 37 | POLLO | 10 |
| 38 | MAZORCA | KG |
| 39 | YUCA | KG |
| 40 | PLATANO | KG |
| 41 | PAPA | KG |
| 42 | ARRACACHA | KG |
| 43 | TOMATE | KG |
| 44 | CEBOLLA CABEZONAS | KG |
| 45 | ACEITE | LT |
| 46 | PIMENTÓN | KG |
| 47 | AJO | KG |

COMPROBANTE ENTRADA

Nº0000000000077746

PROVEEDOR: JOSE DANIEL BELTRAN CASAS
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA DC)
DIRECCION: CL 77 N 26 - 51
TELEFONO: 3118062225
Nº FACTURA: DCN4192

NIT: 1120360948

FECHA: 29/07/2024 09:24 a.m.

ESTADO: Confirmado

MONEDA: Pesos

TASA CAM:

0.00

FECHA FAC: 23/07/2024 12:00 a.m.

% ICA: 0.0000

PLAZO: 0

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|-------------|---------------|--------------|----------|-------------|---------------|------|------|
| 101CD016134 | PIERNA FERNIL | UNIDAD | 60.00 | \$ 3.000.00 | \$ 300.000.00 | 0.00 | 0.00 |

DETALLE

CAJA MENOR, ENTORNO ANALISIS Y POLITICOS-PIG, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL: \$ 300.000,00

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: \$ 300.000,00

TOTAL COMPROBANTE:

TRESCIENTOS MIL PESOS CON CERO CTVE M/Cs.

Daniel Alvarado
Gerente General

Daniela Trujillo
Asistente Administrativa

6297

186

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6298

FECHA

24/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

ADQUISICIONES DE BIENES PIC

VALOR:

\$500.000,00

LA SUMA DE:

QUINIENTOS MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. FE 103 SISTEMA INTEGRADO DE ENERGÍAS NATURALES SAS NIT 900.490.302-5 INSUMOS ANCESTRALES POLÍTICAS NEGROS FROCOLOMBINOS, RAIZAL Y PALENQUEROS, REQUERIDOS PARA DAR CUMPLIMIENTO DE ACCIONES REALIZADAS POR ENTORNO ANÁLISIS Y POLÍTICAS PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, LÍDER DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO - PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.

R.FTE. 2.5%.....\$12,500
R.ICA 9.66 POR MIL..... 4.830

Draica López D

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Signature]

Vo.Bo. CUENTADANTE

ND. 13147

127.
\$ 1.447.568



SISTEMA INTEGRADO DE ENERGIA NATURALES S.A.S

NIT.: 900.490.302-5 - RESPONSABLE DE IVA

DIRECCIÓN: CR 71 B 52 80

TELÉFONO: 4162927

EMAIL: gerencia.sien.sas@gmail.com

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3830

NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN N°:

18764068017947

FECHA VIGENCIA. 2024-03-27 HASTA 2025-03-27

AUTORIZA DESDE FE 51 HASTA FE 1000

Página 1 de 1

NOMBRE: SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E -

NIT: 900.959.051-7 -

DIRECCIÓN: DIAGONAL 34 # 5-43 - BOGOTÁ D.C.

TELÉFONO: -

FORMA DE PAGO: Crédito

EMAIL: gobernanza@subredcentrooriente.gov.co

APROBAR O RECHAZAR: [Click aqui](#)

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° FE 103



Fecha generación

23/07/2024 09:25

Fecha transmisión

23/07/2024 09:30

Fecha vencimiento

22/08/2024

| Nº | COD. | CANT. | CONCEPTO | VR. UNITARIO. | IVA | VALOR TOTAL |
|----|------|-------|---|---------------|-----|-------------|
| 1 | SE | 5 | VELON COLORES (blanco, amarillo, verde, dorado, azul) | \$9,000 | \$0 | \$45,000 |
| 2 | SE | 1 | Bálsamo tranquilo | \$20,000 | \$0 | \$20,000 |
| 3 | SE | 10 | Manojos | \$3,500 | \$0 | \$35,000 |
| 4 | SE | 1 | Frutas variadas | \$100,000 | \$0 | \$100,000 |
| 5 | SE | 1 | jengibre | \$5,000 | \$0 | \$5,000 |
| 6 | SE | 1 | Petalos variados | \$15,000 | \$0 | \$15,000 |
| 7 | SE | 4 | Botella biche 350ml | \$70,000 | \$0 | \$280,000 |

Cantidad de Items: 7

SON: QUINIENTOS MIL PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

SUBTOTAL

\$500,000

Saldo Anterior

\$0

TOTAL

\$500,000

SON: QUINIENTOS MIL PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS.

Nota: En caso de mora esta Factura de Venta constituye un título valor que se asimila en sus efectos legales jurídicos a la Letra de Cambio (Atr. 772 y siguientes códigos de comercio). Se hace constar que el propietario y/o representante legal y/o delegado y/o dependiente laboral que firme la presente Factura, esta autorizado expresamente por la Empresa para firmar, confesar la deuda y obligar al comprador. Cheque devuelto por cualquier causa pagará el 20%(Art. 731 del C. de C.). Apartir del vencimiento se causarán los intereses corrientes y moratorios a la tasa legal vigente y permitida por la Superintendencia Bancaria.

SISTEMA INTEGRADO DE ENERGIA NATURALES S.A.S

Nombre de quien recibe:

Cédula de quien recibe:

Cargo de quien recibe:

RECIBIDO A SATISFACCIÓN Y ACEPTADA

Factura generada por SEDI ERP | SEDI SOLUTIONS S.A.S NIT-901.356.496-6 | www.sedisolutions.co

FE 100 \$996.800
FE 103 500.000
IVA 3.832
1.500.000

R.Fte 25% \$37.404
R.ICA 9.66% 19.453
R.IVA 15% 52.432
A pagar \$482.670

CUPE: a8b082f94cfa1d5475c5fd9e32ac554d733abe4c24db2320c6ab29611484bdc6be8dd88271f7d0f122f230e5a55f86d

ORIGINAL

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



Subred Integrada de Servicios Centro Oriente


23 JUL 2024

RFE 125002
R.ICA 4.9302
\$17.330

A pagar \$482.670

188

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| DIAN | | Formulario del Registro Único Tributario | | 001 | |
| 2. Concepto 0 2 Actualización | | 4. Número de formulario 141007047794 | | | |
|  | |  | | (415)7707212489984(8020) 000014100704779 4 | |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 4 9 0 3 0 2 | | 6. DV 5 | | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | |
| 14. Buzón electrónico | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona jurídica | | 25. Tipo de documento 1 | | 26. Número de identificación | |
| 27. Fecha expedición | | 28. País | | 29. Departamento | |
| 30. Ciudad/Municipio | | 31. Primer apellido | | 32. Segundo apellido | |
| 33. Primer nombre | | 34. Otros nombres | | 35. Razón social | |
| SISTEMA INTEGRADO DE ENERGÍAS NATURALES S.A.S | | | | | |
| 36. Nombre comercial | | | | | |
| 37. Sigla | | | | | |
| UBICACIÓN | | | | | |
| 38. País COLOMBIA | | 39. Departamento Bogotá D.C. | | 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. | |
| 41. Dirección principal CR 71 B 52 80 | | 42. Correo electrónico gerencia.sien.sas@gmail.com | | 43. Código postal 1 1 1 0 7 1 3 7 0 | |
| 44. Teléfono 3 1 9 6 2 0 5 3 9 5 | | 45. Teléfono 2 | | | |
| CLASIFICACIÓN | | | | | |
| Actividad principal | | Actividad económica | | Ocupación | |
| 46. Código 8 1 3 0 | | 47. Fecha inicio actividad 2 0 1 9 0 5 2 2 | | 48. Código 7 4 9 0 | |
| 49. Fecha inicio actividad 2 0 1 9 0 5 2 2 | | 50. Código 6 8 2 0 7 2 2 0 | | 51. Código | |
| 52. Número establecimientos 1 | | | | | |
| 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 exogene | | | | | |
| 48 - Impuesto sobre las ventas - IVA | | | | | |
| 52 - Facturador electrónico | | | | | |
| 55 - Informante de Beneficiarios Finales | | | | | |
| Usuarios aduaneros | | | | | |
| Exportadores | | | | | |
| 54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | |
| 55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 | | | | | |
| 57. Modo | | | | | |
| 58. CPC | | | | | |
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación | | | | | |
| Para uso exclusivo de la DIAN | | | | | |
| 59. Anexos SI NO X | | | | | |
| 60. No. de Folios: 0 | | | | | |
| 61. Fecha 2024 - 04 - 08 / 11 : 43: 34 | | | | | |
| 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 HERRERA MEJIA MELISSA ELIANA | | | | | |
| 985. Cargo Representante legal Certificado | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
|  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 | JULIO 05 DE 2024 |
| NOMBRE FUNCIONARIO | LORENZA BECERRA CAMARGO |
| ÁREA / DEPENDENCIA | DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO -PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS |
| CENTRO DE COSTO | 6S3P023 731402014 |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA PSPIC |

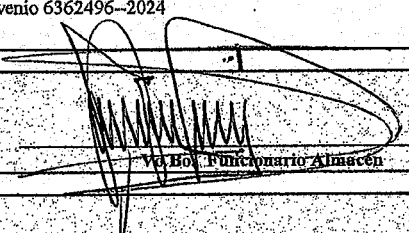
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Insumos Afro (Análisis y Políticas)
Insumos Ancestrales (Entorno Hogar)

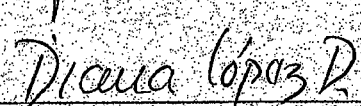
3. JUSTIFICACIÓN

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

Hogar Embena.

| DESCRIPCIÓN | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS | CANTIDAD |
|---|--|--|
| Plantas | Salvia blanca, rapé cachinaua, botella del mal de ojo, waira, nueces moscadas, sulfato de magnesio, ruibarbo en polvo, viche, termos, maní, zarza parrilla, tumbacatre, vaselina, raíz de fique, cola de caballo, marihuana, jengibre, cebada, romero, caléndula, abre camino, bojarra, tabacos, ruda, poleo, altamisa, coca, manzanilla, bicarbonato, hierba buena, azufre, menta, piedra alumbre, mandarina, ruda, rosas, canela, Alovera, anís, menta, vinagre, caléndula, diente de león, raíz de limón, ortiga, totumo quiebra, cola de caballo, barriga, orégano, salvia, sulfato, hinojo en hierva, magnesio, anís estrellado, alhucema semilla, albahaca, matarratón, borraja, hierva buena, alcanforada, limoncillo, venturosa, Sidrón, des cancel, valeriana, berro, melisa, ginkgo biloba, hoja de naranjo, bálsamo | Acorde a necesidad según la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE y a su estrategia de compra de insumos. |
| Aceites | Aceites utilizados ya procesados (almendras, ceje, naranja, coco, otros) | Acorde a necesidad |
| Esencias | Sándalo, rosas, de 7 esencias, codronela, canela, romero, | Acorde a necesidad |
| Velas o velones | usados de diferentes colores y tamaños | Acorde a necesidad |
| Telas | Usadas en diferentes colores y tamaños | Acorde a la necesidad |
| Incienso | Sahumerio, palo santo, mirra, azufre. | Acorde a necesidad |
| Cremas | Crema relajante, yodora, marihuana, caléndula, tijiki, culebra, bálsamo, vaselina | Acorde a necesidad |
| Insumos procesados propios | Todos aquellos insumos propios, tales como: Ambil, mambe, copal, yague tigre, coquindo pepas, yague cielo, tabaco o cigarrillo, ayo hierba, marihuana atao, hoja coca atao, viche, botellas curadas, vinan, colonias 7 potencias Almidón, pomada de coca o marihuana, | Acorde a necesidad |
| Otros | carbón litúrgico, cabuya, destilado de caña, alcohol industrial, huevos, frutas, panela, tela garza, fajeros, bicarbonato de sodio, miel, goteros o embases, vino seco, flores u aquellos que desde el enfoque se amerite | Acorde a necesidad |
| Frascos para empaque de medicinas ancestrales | De acuerdo a las especificaciones dadas en las estrategias de elaboración y compra de insumos | Acorde a necesidad |
| Frutas | Manzana, Piña, Pera, Limones | Acorde a necesidad |

INSUMOS ANCESTRALES - POLITICA NEGROS, FROCOLOMBINOS
RAIZAL Y PALENQUEROS - NARP

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD |
|------|---------------------|-----------|
| 1 | VELON BLANCO | 1 |
| 2 | VELON AMARILLO | 1 |
| 3 | VELON VERDE | 1 |
| 5 | VELON DORADO | 1 |
| 6 | VELON AZUL | 1 |
| 7 | BALSAMO TRANQUILO | 1 |
| 9 | LIMONCILLO | 1 |
| 10 | PETALOS ROSA | VARIEDAD |
| 11 | EUCALIPTO | 1 |
| 12 | BOTELLA VICHE | 2 BOTELLA |
| 13 | FRUTAS VARIADAS | VARIEDAD |
| 14 | MASTRANTO | 1 |
| 15 | CIMARRON | 1 |
| 16 | RUÑA | 1 |
| 17 | POLEO | 1 |
| 18 | COFLEE | 1 |
| 19 | ROMERO | 1 |
| 20 | MANZANILLA | 1 |
| 21 | HIERBA BUENA | 1 |
| 22 | ALBAHACA | 1 |
| 23 | DESTRANCADERA | 1 |
| 24 | ALTAMIZA | 1 |
| 25 | JENGIBRE | 1 |
| 26 | MENTA | 1 |
| 27 | CASCÓ DE VACA | 1 |
| 28 | ÁRNICA | 1 |
| 29 | CALÉNDULA | 1 |
| 30 | POTES DE VASELINA | 2 |
| 31 | RECIPIENTE PEQUEÑOS | 1 |
| 32 | RECIPIENTE SPRAY | 1 |
| 33 | ALCOHOL PARA PERFUM | 1 |
| 34 | CLAVOS DE OLOR | 1 |
| 35 | CANELA | 1 |
| 36 | SAUCE | 1 |
| 37 | POLLO | 10 |
| 38 | MAZORCA | KG |
| 39 | YUCA | KG |
| 40 | PLATANO | KG |
| 41 | PAPA | KG |
| 42 | ARRACACHA | KG |
| 43 | TOMATE | KG |
| 44 | CEBOLLA CABEZONAS | KG |
| 45 | ACEITE | LT |
| 46 | PIMENTÓN | KG |
| 47 | AJO | KG |

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

Fecha Actual : jueves, 25 julio 2024

1/1

COMPROBANTE ENTRADA Nº000000000077631

PROVEEDOR: SISTEMA INTEGRADO DE ENERGIAS NATURALES NIT: 900490302 FECHA: 25/07/2024 01:41 p.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CR.71 B N 32-80 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 3196203395 TASA CAM: 0,00
Nº FACTURA: FEI03 % ICA: 0,0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 23/07/2024 12:00 a.m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR U | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|-------------|---|--------------|----------|---------------|---------------|------|------|
| 101CD014992 | VELONES SURTIDOS | UNIDAD | 5,00 | \$ 9.000,00 | \$ 45.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| 101CD015444 | KIT NATURISTA (PLANTAS, ACEITES, Y OTROS) | KIT | 1,00 | \$ 455.000,00 | \$ 455.000,00 | 0,00 | 0,00 |

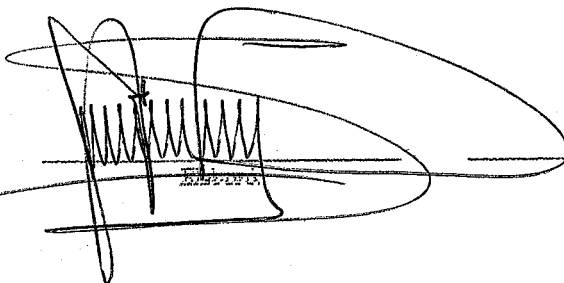
DETALLE

CAJA MENOR, ENTORNO ANALIS Y POLITICA PG, DIGITA LUDY TORRES

| | |
|------------------|---------------|
| SUBTOTAL: | \$ 500.000,00 |
| DESCUENTO: | \$ 0,00 |
| IMPUESTO: | \$ 0,00 |
| FLUTES: | \$ 0,00 |
| IMP FLUTES: | \$ 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 COMPE: | \$ 500.000,00 |

TOTAL COMPROBANTE

QUINIENTOS MIL PESOS CON CERO CTVE M/Cls.



Revisó Amasen

Revisado Impuestos

6298

193

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

900959051

NOTA DE PAGOS

Fecha Actual : viernes, 26 julio 2024

Página 1/1

Consecutivo : 13122

Estado : Confirmado

Tercero: 900490302 SISTEMA INTEGRADO DE ENERGÍAS NATURALES S.A.S.

Proveedor: 900490302

SISTEMA INTEGRADO DE ENERGÍAS NATURALES S.A.S.

Fecha de la Nota : 26/07/2024 8:57:00 a. m.

Naturaleza de la Nota : Debito

Valor : \$ 52.565,00

Detalle :

CAJA MENOR - SE AJUSTA REGISTRO PARA APLICAR RETENCION IMPUESTOS DEJADOS DE PRACTICAR SEGUN CBI
77631 Y77606 PROCESO ENTORNO ANALISIS Y POLITICA

Son :CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DESCRIPCIÓN DE CONCEPTOS

| Concepto | Cuenta | Centro | Nombre de la cuenta | Naturaleza | Valor |
|--|------------------------|--------|---------------------------------|------------|--------------|
| 39 AJU. RETEFUENTE RETENCION POR COMPR | 243608005 | | RETENCION POR COMPRAS 2,5% | Credito | \$ 12.500,00 |
| | Cuenta NIIF: 243608005 | | RETENCION POR COMPRAS 2,5% | | |
| 01 COMPRAS GENERALES DECLARANTES | Porcentaje | 2,50 | Valor Base 500000,0000 | | |
| 48 AJU. RETE ICA RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS | 243627001 | | RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS | Credito | \$ 4.830,00 |
| | Cuenta NIIF: 243627001 | | RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS | | |
| 90 ICA POR PAGAR DE COMPRAS | Porcentaje | 9,66 | Valor Base 500000,0000 | | |
| 39 AJU. RETEFUENTE RETENCION POR COMPR | 243608005 | | RETENCION POR COMPRAS 2,5% | Credito | \$ 25.000,00 |
| | Cuenta NIIF: 243608005 | | RETENCION POR COMPRAS 2,5% | | |
| 01 COMPRAS GENERALES DECLARANTES | Porcentaje | 2,50 | Valor Base 1000000,0000 | | |
| 48 AJU. RETE ICA RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS | 243627001 | | RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS | Credito | \$ 9.660,00 |
| | Cuenta NIIF: 243627001 | | RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS | | |
| 90 ICA POR PAGAR DE COMPRAS | Porcentaje | 9,66 | Valor Base 1000000,0000 | | |
| 44 AJU. RETENCION IVA POR COMPRAS | 243625001 | | POR COMPRAS | Credito | \$ 575,00 |
| | Cuenta NIIF: 243625001 | | POR COMPRAS | | |
| 21 RETENCION IVA REGIMEN COMUN | Porcentaje | 15,00 | Valor Base 3831,5000 | | |

DESCRIPCIÓN DE FACTURAS

| Factura | Fecha | Vencimiento | Cuenta | Cuenta NIIF | Valor |
|---------|---------------------------|---------------------------|-----------|-------------|--------------|
| FE100 | 18/07/2024 12:00:00 a. m. | 18/07/2024 12:00:00 a. m. | 240101001 | 240101001 | \$ 35.235,00 |
| FE103 | 23/07/2024 12:00:00 a. m. | 23/07/2024 12:00:00 a. m. | 240101001 | 240101001 | \$ 17.330,00 |

Martha Cardozo C.
Cuentas por Pagar

SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

ELABORO

REVISOR

Nombre reporte : PGRPNota

Usuario Id. :38233377

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

900959051

NOTA DE PAGOS

Fecha Actual : viernes, 26 julio 2024

Página 1/1

Consecutivo : 13125
Tercero: 900490302 SISTEMA INTEGRADO DE ENERGIAS NATURALES S.A.S.
Proveedor: 900490302
Fecha de la Nota : 26/07/2024 12:13:38 p. m.

Estado : Confirmado

SISTEMA INTEGRADO DE ENERGIAS NATURALES S.A.S.

Naturaleza de la Nota : Debito
Valor : \$ 34,527,00

Detalle : SE AJUSTA PARA CONTABILIZAR RETENCION IMPUESTOS FACTURA FE 100
Son : TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTISIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

| DESCRIPCION DE CONCEPTOS | | Cuenta | Centro | Nombre de la cuenta | Naturaleza | Valor |
|--|-------------------------------|------------|--------|---------------------------------|------------|--------------|
| 39 AJU. RETEFUENTE RETENCION POR COMPR | 243608005 | | | RETENCION POR COMPRAS 2,5% | Credito | \$ 24,904,00 |
| Cuenta NIIF: 243608005 | | | | RETENCION POR COMPRAS 2,5% | | |
| 01 | COMPRAS GENERALES DECLARANTES | Porcentaje | 2,50 | Valor Base 996168,0000 | | |
| 48 AJU. RETE ICA RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS | 243627001 | | | RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS | Credito | \$ 9,623,00 |
| Cuenta NIIF: 243627001 | | | | RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS | | |
| 90 | ICA POR PAGAR DE COMPRAS | Porcentaje | 9,66 | Valor Base 996168,0000 | | |

| DESCRIPCION DE FACTURAS | | Fecha | Vencimiento | Cuenta | Cuenta NIIF | Valor |
|-------------------------|--|---------------------------|---------------------------|-----------|-------------|--------------|
| Factura | | | | | | |
| FE100 | | 18/07/2024 12:00:00 a. m. | 18/07/2024 12:00:00 a. m. | 240101001 | 240101001 | \$ 34,527,00 |

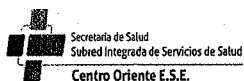
Martha Cardozo C.
Cuentas por Pagar
SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

ELABORO

REVISO

Nombre reporte : PGRPNota

Usuario Id. :38233377



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

6299

FECHA

25/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL

ADQUISICIONES DE BIENES PIC

VALOR

\$200.000,00

LA SUMA DE

DOSCIENTOS MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO

FACTURA CUENTA DE COBRO No. 001-2024 ALEYDA FERNANDA CORREDOR WILLIAMS NIT 52.013.228-8 INSUMOS ANCESTRALES POLÍTICAS NEGROS FROCOLOMBINOS, RAIZAL Y PALENQUEROS, REQUERIDOS PARA DAR CUMPLIMIENTO DE ACCIONES REALIZADAS POR ENTORNO ANÁLISIS Y POLÍTICAS PIC, AUTORIZADO POR LORENZA BECERRA CAMARGO, LÍDER DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO – PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.

Diana López D
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Signature]
Vo.Bo. CUENTADANTE

ND. 13158

Cuenta de cobro 001 - 2024

23072024

196

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS PARA LA SALUD

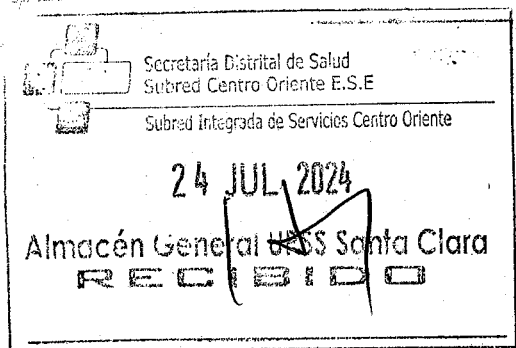
CENTRO ORIENTE E.S.E

DEBE A

ALEYDA FERNANDA CORREDOR WILLIAMS

CC. 52.013.228

LA SUMA DE
DOSCIENTOS MIL PESOS
(\$200.000)



Por concepto de:

Compra de abarrotes de plaza

| ITEMS | PRECIO |
|------------------|-----------|
| PAPA UNICA | \$40.000 |
| YUCA | \$30.000 |
| PLATANO VERDE | \$45.000 |
| MAZORCA | \$30.000 |
| ARRACACHA | \$20.000 |
| CEBOLLA DE TALLO | \$10.000 |
| TOMATE | \$10.000 |
| CILANTRO | \$ 5.000 |
| PIMENTON | \$10.000 |
| TOTAL | \$200.000 |



CORDIALMENTE


ALEYDA FERNANDA CORREDOR WILLIAMS

CC. 52.013.228 De Bogotá

FECHA: 24/07/2024

Paribel Huertas Corredor.
Analisis y pormenos.

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|------------------------------|
| DIAN | | Formulario del Registro Único Tributario | | 001 | |
| 2. Concepto <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 Actualización | | | | 4. Número de formulario 14962819151 | |
|  | | | |  (415)7707212489984(8020) 000001496281915 1 | |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 2 0 1 3 2 2 8 | | 6. DV 8 | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | | 14. Buzón electrónico 3 2 |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2 | | 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3 | | 26. Número de identificación 5 2 0 1 3 2 2 8 | |
| 27. Fecha expedición 1 9 7 1 0 3 2 1 | | 28. País COLOMBIA 1 6 9 | | 29. Departamento Bogotá D.C. 1 1 | |
| 30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1 | | 31. Primer apellido CORREDOR | | 32. Segundo apellido WILLIAMS | |
| 33. Primer nombre ALEYDA | | 34. Otros nombres FERNANDA | | 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 TV 17 23 A 27 BRR SANTAFE | | | | | |
| 42. Correo electrónico ferwilliam@gmail.com | | | | | |
| 43. Código postal | | 44. Teléfono 1 3 1 3 2 1 0 7 2 3 7 | | 45. Teléfono 2 | |
| CLASIFICACIÓN | | | | | |
| Actividad económica | | Ocupación | | 52. Número establecimientos | |
| 46. Código 8 2 9 9 | | 47. Fecha inicio actividad 2 0 0 5 0 6 1 3 | | 48. Código 1 2 | |
| 49. Fecha inicio actividad | | 50. Código | | 51. Código | |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos | | | | | |
| 53. Código 4 9 | | | | | |
| 49 - No responsable de IVA | | | | | |
| Usuarios aduaneros | | | | | |
| 54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 | | | | | |
| Exportadores | | | | | |
| 55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC | | | | | |
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación | | | | | |
| Para uso exclusivo de la DIAN | | | | | |
| 59. Anexos SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | 60. No. de Folios: 0 | | 61. Fecha 2024 - 02 - 16 / 11 : 03: 24 | |
| La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 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 CORREDOR WILLIAMS ALEYDA FERNANDA 985. Cargo CONTRIBUYENTE | | |

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

1. INFORMACIÓN

| | |
|------------------------------------|---|
| CIUDAD Y FECHA | JULIO 05 DE 2024 |
| NOMBRE FUNCIONARIO | LORENZA BECERRA CAMARGO |
| ÁREA / DEPENDENCIA | DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO -PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS |
| CENTRO DE COSTO | 653P023 731402014 |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA PSPIC |

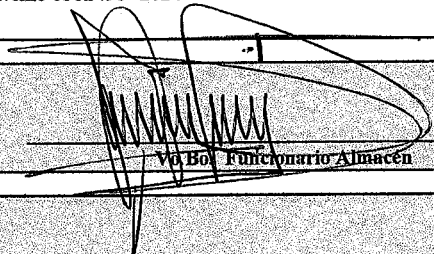
2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

Insumos Afro (Análisis y Políticas)
Insumos Ancestrales (Entorno Hogar)


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

Listado de Insumos a comprar con los recursos de la caja menor

Martha Cecilia Avila Leyton <apoyofinancieropic@subredcentrooriente.gov.co>

Mar 9/07/2024 11:22 AM

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

1 archivos adjuntos (14 KB)

INSUMOS_ETNICOS_ANCESTRALES.xlsx;

Buenos Días

Conforme a lo solicitado me permito adjuntar listado de los insumos Ancestrales y Étnicos para en Entorno Cuidador Hogar y el Proceso de Análisis y políticas para la salud y la vida en los territorios

Actividad 3. Gestión de Insumos Ancestrales -Análisis y políticas

En el marco de las acciones de gestión intersectorial que requieran insumo de medicina ancestral para el desarrollo de acciones colectivas, se dispondrá de un recurso mensual para el equipo de delegaciones de las Políticas Públicas Étnicas reconociendo las dinámicas y particularidades de cada comunidad según necesidad, el cual debe solicitarse con tiempo y ser sustentado de acuerdo con los requisitos administrativos de la Subred Centro Oriente.

Producto 101 y 102 GESTIÓN DEL RIESGO EN FAMILIAS INDÍGENAS EMBERÁ UBICADOS EN CENTROS TRANSITORIOS - HOGAR

Participación en espacios de fortalecimiento de capacidades contemplando las siguientes actividades:

- Espacios en temas de salud que fortalezcan los conocimientos en el equipo reconociendo la particularidad en el abordaje de esta población.
- Espacios en temas propios de las comunidades como partería, medicina ancestral, plantas medicinales, prácticas curativas, cosmovisiones entre otras en apoyo de gestores comunitarios.

Cordialmente,

MÁS CONFIANZA
MÁS Bienestar



BOGOTÁ

Martha Cecilia Avila Leyton

Apoyo Financiero PIC

Plan de Intervenciones Colectivas

Dirección de Gestión del Riesgo en Salud

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

| DESCRIPCIÓN | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS | CANTIDAD |
|---|--|---|
| Plantas | Salvia blanca, rapé cachinaua, botella del mal de ojo, waira, nueces moscadas, sulfato de magnesio, ruibarbo en polvo, viche, termos, maní, zarza parrilla, tumbacatre, vaselina, raíz de fique, cola de caballo, marihuana, jengibre, cebada, romero, caléndula, abre camino, bojarra, tabacos, ruda, poleo, altamisa, coca, manzanilla, bicarbonato, hierba buena, azufre, menta, piedra alumbre, mandarina, ruda, rosas, canela, Alovera, anís, menta, vinagre, caléndula, diente de león, raíz de limón, ortiga, totumo quiebra, cola de caballo, barriga, orégano, salvia, sulfato, hinojo en hierva, magnesia, anís estrellado, alhucema semilla, albahaca, matarratón, borraja, hierva buena, alcanforada, limoncillo, venturosa, Sidrón, des cancel, valeriana, berro, melisa, ginkgo biloba, hoja de naranjo, bálsamo | Acorde a necesidad según la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE y a su estrategia de compra de insumos |
| Aceites | Aceites utilizados ya procesados (almendras, ceje, naranja, coco, otros) | Acorde a necesidad |
| Esencias | Sándalo, rosas, de 7 esencias, codronela, canela, romero, | Acorde a necesidad |
| Velas o velones | usados de diferentes colores y tamaños | Acorde a necesidad |
| Telas | Usadas en diferentes colores y tamaños | Acorde a la necesidad |
| Incienso | Sahumerio, palo santo, mirra, azufre. | Acorde a necesidad |
| Cremas | Crema relajante, yodora, marihuana, caléndula, tijiki, culebra, bálsamo, vaselina | Acorde a necesidad |
| Insumos procesados propios | Todos aquellos insumos propios, tales como: Ambil, mambe, copal, yague tigre, coquindo pepas, yague cielo, tabaco o cigarrillo, ayo hierba, marihuana atao, hoja coca atao, viche, botellas curadas, vinan, colonias 7 potencias | Acorde a necesidad |
| Otros | Almidón, pomada de coca o marihuana, carbón litúrgico, cabuya, destilado de caña, alcohol industrial, huevos, frutas, panela, tela garza, fajeros, bicarbonato de sodio, miel, goteros o embases, vino seco, flores u aquellos que desde el enfoque se amerite | Acorde a necesidad |
| Frascos para empaque de medicinas ancestrales | De acuerdo a las especificaciones dadas en las estrategias de elaboración y compra de insumos | Acorde a necesidad |
| Frutas | Manzana, Piña, Pera, Limones | Acorde a necesidad |

| POLÍTICA INDIGENA Y RROM | | CANTIDAD |
|--------------------------|-------------------------------|----------------------|
| PLANTAS | Ruda | 2 manojo |
| | Altamisa | 2 manojo |
| | Abre caminos | 2 manojo |
| | Salvia | 2 manojo |
| | Albahaca | 2 manojo |
| | Mastranto | 2 manojo |
| | Manzanilla | 2 manojo |
| | Hierbabuena | 2 manojo |
| | Limonaria | 2 manojo |
| | Caléndula | 2 manojo |
| | Cilantro cimarrón | 2 manojo |
| | Ortiga blanca | 2 manojo |
| | Eucalipto | 2 manojo |
| | | |
| MEDICINA | Coquindo | |
| | Chondur | 1 libra |
| | Mambe | 1 libras |
| | Ambil | 1 frasquitos |
| | Tabaco armado | 12 unidades |
| | Coca josa seca | 125 g |
| | kuianguillu | 1 frasco |
| FRUTA | Naranja | 12 unidades |
| | Banano | 12 unidades |
| | Mandarina | 20 unidades |
| | Manzana | 12 unidades |
| | Mango dulce | 12 unidades |
| | Limón | 12 unidades |
| | Melón | 4 unidades |
| | Curuba | 12 unidades |
| | Uchuva | 2 libras |
| BEBIDA SAGRAA UITOTO | Piña dulce (para caguana) | 8 unidades |
| | Almidón de yuca | 3k |
| | Panelon | 2 |
| ESENCIAS PARA RITUAL | Sándalo | 1 frasquitos |
| | 7 esencias | 1 frasquitos |
| | Esencia arbolito morado | 1 frasco |
| | copal | 1 libra |
| | Carbón litúrgico | 10 unidades |
| | Palo santo | 4 paquete |
| | Velones blancos | 12 medianas |
| | Pétalos de rosa | Baldado de pétalo |
| | Flores bancas | 2 manojos |
| | Floreas amarillas | 2 manojos |
| | Vaselina pura | 2 potes |
| | Parafina | 2 libras |
| | Francos para pomada o remedio | 30 frasquito de 5 ml |

| INSUMOS ANCESTRALES _ POLÍTICA NEGROS, FROCOLOMBINOS | | |
|--|---------------------|-----------|
| RAIZAL Y PALENQUEROS - NARP | | |
| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD |
| 1 | VELON BLANCO | 1 |
| 2 | VELON AMARILLO | 1 |
| 3 | VELON VERDE | 1 |
| 5 | VELON DORADO | 1 |
| 6 | VELON AZUL | 1 |
| 7 | BALSAMO TRANQUILO | 1 |
| 9 | LIMONCILLO | 1 |
| 10 | PETALOS ROSA | VARIEDAD |
| 11 | EUCALIPTO | 1 |
| 12 | BOTELLA VICHE | 2 BOTELLA |
| 13 | FRUTAS VARIADAS | VARIEDAD |
| 14 | MASTRANTO | 1 |
| 15 | CIMARRON | 1 |
| 16 | RUDA | 1 |
| 17 | POLEO | 1 |
| 18 | COFLEE | 1 |
| 19 | ROMERO | 1 |
| 20 | MANZANILLA | 1 |
| 21 | HIERBA BUENA | 1 |
| 22 | ALBAHACA | 1 |
| 23 | DESTRANCADERA | 1 |
| 24 | ALTAMIZA | 1 |
| 25 | JENGIBRE | 1 |
| 26 | MENTA | 1 |
| 27 | CASCO DE VACA | 1 |
| 28 | ÁRNICA | 1 |
| 29 | CALÉNDULA | 1 |
| 30 | POTES DE VASELINA | 2 |
| 31 | RECIPIENTE PEQUEÑOS | 1 |
| 32 | RECIPIENTE SPRAY | 1 |
| 33 | ALCOHOL PARA PERFUM | 1 |
| 34 | CLAVOS DE OLOR | 1 |
| 35 | CANELA | 1 |
| 36 | SAUCE | 1 |
| 37 | POLLO | 10 |
| 38 | MAZORCA | KG |
| 39 | YUCA | KG |
| 40 | PLATANO | KG |
| 41 | PAPA | KG |
| 42 | ARRACACHA | KG |
| 43 | TOMATE | KG |
| 44 | CEBOLLA CABEZONAS | KG |
| 45 | ACEITE | LT |
| 46 | PIMENTÓN | KG |
| 47 | AJO | KG |

204

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

900959051

Fecha Actual : miércoles, 24 julio 2024

Pagina 1/1

NOTA DE CONTABILIDAD INTERNA

Nombre del Vendedor del Bien o Servicio:

ALEYDA FERNANDA CORREDOR WILLIAMS

NIT: 52013228

Telefono 3132107237

Direccion: TV 17 N 23 A - 27 BRR SANTA FE

Ciudad y Fecha de Negociacion: BOGOTA

24/julio/2024

Tarifa ICA: 0,00%

Tarifa RFTE: 2,5000%;

Factura Equivalente:

CECO0000000196

| REF BIEN O SERVICIO | DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO CONTRATADO | CANTIDAD | VR. UNIT | VALOR TOTAL |
|------------------------|--|----------|----------|-------------|
|------------------------|--|----------|----------|-------------|

101CD016180

KIT MERCADO VERDURAS /

1,0000

200.000,00

200.000,00

SUBTOTAL: \$ 200.000,00

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 COMPROBANTE:

TOTAL COMPR: \$ 200.000,00

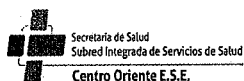
DOSCIENTOS MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

FIRMA DEL VENDEDOR

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

Usuario: 52158596

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



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

6300

FECHA

25/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO

VALOR:

\$670.000,00

LA SUMA DE:

SEISCIENTOS SETENTA MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. FE01-255594 BIOPLAST SAS NIT 830.040.574-8 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE), NECESARIO PARA FACILITAR EL MANEJO SEGURO Y EFICAZ COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA EVITAR EL EMBARAZO, ESTO CON EL FIN DE BRINDAR ATENCIÓN SEGURA COMO INDICA EL PROTOCOLO 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.ICA 11.04 POR MIL.....\$7,397,00

Diana López D

Vo.Bø. ORDENADOR DEL GASTO

[Signature]

Vo.Bø. CUENTALANTE

ND 13154.

BIOPLAST

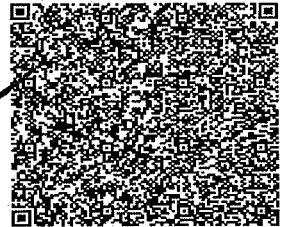


Iconos ES

NIT. 830.040.574-8 Responsable de Iva
F-CO-014 FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

No FE01-255594

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: 18/07/2024 - 11:59
FECHA DE VENCIMIENTO: 16/10/2024
REFERENCIA OC: CAJA MENOR
LINEAS FACTURADAS: 1
FORMA DE PAGO: 90 Días
CUFE:
d131c1859eb75afa388a2caee1f402ba096b84c9628efba5d0ab2d26f857925cd5
b48f3e182ccb519f4c534411cac42a

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 DDH-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 | DISPOSITIVO INTRAUTERINO, PREGNA | 2020DM-0021551 | DAV2722 | 30/03/2029 | 100 | 100 | UND | 6.700 | 670.000 | 0 |

RICA 11.04%.. \$7397

A pagar \$662.603

BIOPLAST S.A.
18 JUL 2024
FIRMA
NIT: 830.040.574-8
SUJETO A VERIFICACIÓN
NO IMPLICA ACEPTACIÓN
USO EXCLUSIVO PARA VERIFICACIÓN

Son: SEISCIENTOS SETENTA MIL PESOS

OBSERVACIONES FACTURA Y DOS COPIAS, PARFISCAL, CAJA MENOR Basado en Pedidos de cliente 170274
Basado en Entregas 42728.

Entregar en: Transversal 5 Este # 19- 50 Sur (Por la entrada de Urgencias)

BIOPLAST S.A.S

C.C. O NIT

FIRMA Y SELLO COMPRADOR

Subtotal 670.000
Descuentos: 0
IVA 0
Valor a pagar 670.000

18 JUL 2024

Jorge Martinez

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA A LA LETRA DE CAMBIO, PARA TODOS SUS EFECTOS LEGALES, SEGUN EL ARTICULO 774 DEL CODIGO DEL COMERCIO. LA MERCANCIA 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.

CRA. 92 No. 64C - 24 * PBX : 438 2224 * www.bioplastsa.com * BOGOTÁ, D. C. - COLOMBIA

ORIGINAL

Página 1 de 1

209

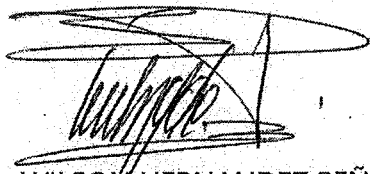
EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA COMPAÑÍA BIOPLAST S.A.S.
CON NIT. 830.040.574 – 8

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, conforme 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 Diecisiete (17) días del mes de Julio de 2024.



WILSON HERNANDEZ PEÑALOZA

T.P. 58.688-T

Revisor Fiscal- BIOPLAST S.A.S

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

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

Mié 17/07/2024 1:54 PM

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

CC: Maryury Diaz Cespedes <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>; Diana Maria Lopez Durango <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo

Me permito informar que una vez revisado el aplicativo Dinámica Gerencial - Módulo de Inventarios con corte al día de hoy 17/07/2024, no se evidencia existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente del siguiente medicamento:
121QQ031271 - DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE

| ALMACÉN | LOTE | FECHA VENCIMIENTO | DISPONIBLE | COMPROMETIDA | EXISTENCIA |
|--|---------|-------------------|------------|--------------|------------|
| SUB BODEGA LA VICTORIA- SAN CRISTOBAL | DA01742 | 30/09/2022 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| SUB BODEGA LA VICTORIA- SAN CRISTOBAL | DAN1592 | 30-07-2021 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| FARMACIA LOS LIBERTADORES | ITE0047 | 30/06/2027 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| FARMACIA LOS LIBERTADORES | GTE0042 | 30/11/2026 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| FARMACIA LOS LIBERTADORES | GTE0041 | 30/11/2026 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| FARMACIA LOS LIBERTADORES | ITE0029 | 30/04/2023 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| FARMACIA CENTRO DE SALUD ALTAMIZA | ITE0053 | 30/12/2027 | 1,00 | 0,00 | 1,00 |
| FARMACIA LOS LIBERTADORES | ITE0053 | 30/12/2027 | 1,00 | 0,00 | 1,00 |
| FARMACIA CIRUGIA HOSPITAL MATERNO INF. | ITE0053 | 30/12/2027 | 2,00 | 0,00 | 2,00 |
| FARMACIA CENTRO DE SALUD PRIMERO DE... | ITE0053 | 30/12/2027 | 2,00 | 0,00 | 2,00 |
| Existencia Total: | | | | | 6,00 |

Cordialmente,

Luis Armando Rodríguez Pinilla
Cargo: Tecnólogo Apoyo Administrativo
Área u oficina: Gestión de Recursos Físicos y Abastecimiento Al
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

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

Enviado: miércoles, 17 de julio de 2024 12:25 p. m.

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

Cc: Maryury Diaz Cespedes <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>; Diana Maria Lopez Durango <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Buenas Tardes, Cordial Saludo

En relación a solicitud envío descripción y codificación del insumo para confirmación de existencias en los almacenes y contrato para poder gestionar caja menor:

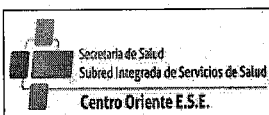
1. 121QQ031271 - DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE

Agradezco su atención prestada

Cordialmente

Bioplast S.A

214



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

CÓDIGO: AP-RF-FT-002
VERSIÓN: 04
FECHA: 2024-07-16

1. INFORMACIÓN

| | |
|-----------------------------|---|
| CIUDAD Y FECHA | BOGOTA, JULIO 17 DE 2024 |
| NOMBRE FUNCIONARIO | CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO |
| ÁREA / DEPENDENCIA | SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- GESTIÓN DE ABASTECIMIENTO EN INSUMOS |
| CENTRO DE COSTO | 15C1499 589723003 |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA |

2. VALOR TOTAL

\$

670.000

3. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

| ITEM | CÓDIGO | NOMBRE / DESCRIPCIÓN DETALLADA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD |
|------|-------------|-------------------------------------|------------------|----------|
| 1 | 121QQ031271 | DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE | UNIDAD | 100 |

4. 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 la Subred Centro Oriente por tratarse de una necesidad urgente para la atención y así dar continuidad en la prestación de los servicios de salud de la Subred Integrada De Servicios De Salud.

Teniendo en cuenta lo anterior se realizará como procedimiento para compra por caja menor toda vez que es un mecanismo expedito e inmediato con el que se suplirá la contratación de los insumos requeridos. Es importante resaltar que en este momento los servicios no pueden esperar la realización de un proceso de contratación mayor a 20 o 30 días, dado que el comportamiento de su demanda y la actual disponibilidad no alcanzan a dar cubrimiento necesario, por ello se solicita contar con los bienes que se describen a continuación de manera casi inmediata como medida urgente, de lo contrario sería poner en riesgo la continuidad de la prestación del servicio de salvar como derecho fundamental, aunado a que actualmente nos encontramos y como parte del proceso, para lograr el 100% en la atención para los pacientes que se encuentran en áreas de intervención de adulto que requieren una atención intra hospitalaria y así brindar una atención oportuna, este insumo facilita el manejo seguro y eficaz como método anticonceptivo para evitar el embarazo, 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.

| | | |
|-----------------------------|----|----|
| ¿Existe en Almacén Central? | SI | NO |
| | | NO |

Miguel Angel Cortés T.
Vo.Ba. Funcionario Almacén Nombre y Firma

CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO
Nombre Funcionario y/o Contratista

Diana López D.
Vo.Ba. Director Administrativo O Subgerente Corporativo

6. OBSERVACIÓN:

1. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL: 121QQ031271, NOMBRE/ DESCRIPCIÓN: DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE: NO CONTRATADO CON LA INSTITUCIÓN.

Vobo Haymy Dion C

CORRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.F.

Fecha Actual : jueves, 18 julio 2024

1/1

COMPROBANTE ENTRADA

Nº000000000077502

PROVEEDOR: BIOPLAST S.A.S NIT: 830040374 FECHA: 18/07/2024 02:47 p.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: FEB1235394 ✓ % ICA: 11.0400 PLAZO: 0 FECHA FAC: 18/07/2024 12:00 a.m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | % DTO | % IVA |
|-------------|-------------------------------------|--------------|----------|-------------|---------------|-------|-------|
| 121QQ031271 | DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE | UNIDAD | 100.00 | \$ 6.700.00 | \$ 670.000.00 | 0.00 | 0.00 |

DETALLE

CAJA MENOR UNIDAD SANTA CLARA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL: \$ 670.000.00

DESCUENTO: \$ 0.00

IMPUESTO: \$ 0.00

FLETES: \$ 0.00

IMP FLETES: \$ 0.00

RETE IVA: \$ 0.00

RETE ICA: \$ 7.397.00

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: \$ 662.603.00

TOTAL COMPROBANTE:

SEISCIENTOS SESENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TRES PESOS CON CERO CTVE MIL.

Firma:

Revisó Almacen

Revisó Impuestos:

216

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. INFORMACION

COMPROBANTE N°

6301

FECHA

25/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL

MANTENIMIENTO ESE

VALOR:

\$24.000,00

LA SUMA DE:

VEINTICUATRO MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. ASG-53 ANGIE SLENA GARZÓN ZUÑIGA NIT 1.023.918.195-3 SUMINISTRO DE 1/4 DE ACEITE REFERENCIA 20W50, NECESARIO PARA EL VEHÍCULO DE PLACA 0BG179, PERTENECIENTE A LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE, ASIGNADO A LA SUBGERENCIA CORPORATIVA, SOLICITADO POR DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE. LIDER GESTIÓN TRANSPORTE.

Diana López D
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Firma]
Vo.Bo. CUENTADANTE

ND 13156.

*

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

e543de83b1223023001ab365b5f9136350b6faad121ff8471166c3f66b8e72e0992b5586220ae901d266f5a48ed39ab7

Número de Factura: ASG-53

Fecha de Emisión: 22/07/2024

Fecha de Vencimiento: 22/07/2024

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Efectivo

Orden de pedido: 32

Fecha de orden de pedido: 20/07/2024

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: GARZON ZUÑIGA ANGIE SLENA

Nombre Comercial: GARZON ZUÑIGA ANGIE SLENA

Nit del Emisor: 1023918195

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 4732;8699

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CL 25 SUR 8 44

Teléfono / Móvil: 3204393966

Correo: jorcarautos98@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED CENTRO ORIENTE

Tipo de Documento: Cédula de ciudadanía

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: Calle 000

Teléfono / Móvil: 00000000

Correo: transporte@sunredcentrooriente.gov.go

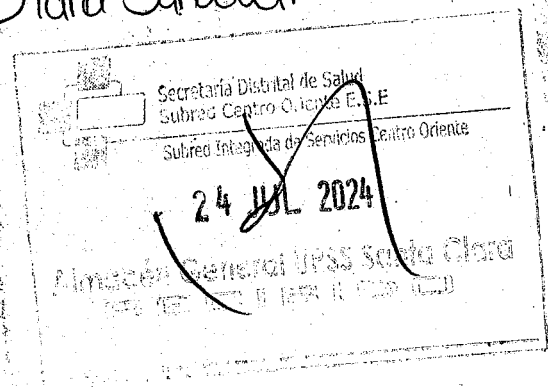
Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|------|--------|---------------|-----|----------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------|---|-----|---|--------------------------|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | | 20w50 agranel | NTU | 1,00 | \$ 24.000,00 | \$ 0,00 | \$ 0,00 | | | | | \$ 24.000,00 |

Notas Finales

Linea de negocio: venta de un cuarto de aceite agranel

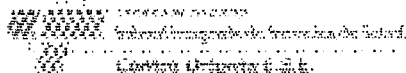
Diana Sandoval \$24.000,00



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

Fecha Actual: miércoles, 24 julio 2024

1/1



COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000007/604

PROVEEDOR: ANGIE ELENA GARZON ZUÑIGA NIT: 1023918195 FECHA: 24/07/2024 10:41 a.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CL 228 N 3 - 44 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 3204393966 TASA CAM: 0,00
Nº FACTURA: CEC00000000193 % ICA: 0,0000 PLAZO: 30 FECHA FAC: 28/07/2024 12:00 a.m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %ITO | %IVA |
|-------------|-----------------------|--------------|----------|------------|------------|------|------|
| 152FM014830 | ACEITE MINERAL 20 W50 | UNIDAD | 1,00 | 124.000,00 | 124.000,00 | 0,00 | 0,00 |

DETALLE

CAJA MENOR UNIDAD SANTA CLARA-TRANSPORTE, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL: 124.000,00
DESCUENTO: 10,00
IMPUESTO: 10,00
FLETE: 10,00
IMP FLETE: 10,00
RETE IVA: 10,00
RETE ICA: 10,00
RETE FUENTE: 10,00
OTRAS RETE: 10,00
OTRAS DEDUC: 10,00
IMP DISTR: 10,00
AJUSTE RED: 10,00
AJUSTE AL TOTAL: 10,00
TOTAL COMPR: 124.000,00

TOTAL COMPROBANTE:

VEINTICUATRO MIL PESOS CON CERO CTVE M.Cto.

[Handwritten signature]

Revisó Almacén

Revisado Impuestos

6301

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**900959051**

Fecha Actual : miercoles, 24 julio 2024

Pagina 1/1

NOTA DE CONTABILIDAD INTERNA

Nombre del Vendedor del Bien o Servicio:

ANGIE ELENA GARZON ZUNIGA

NIT: 1023918193

Factura Equivalente:

Telefono 3204393986

CEC00000000193

Direccion: CL 239 N 3 - 44

Ciudad y Fecha de Negociacion: BOGOTA

24 julio 2024

Tarifa ICA: 0.00%

Tarifa RETE: 2.3000%

| REF | DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO CONTRATADO | CANTIDAD | VR UNIT | VALOR TOTAL |
|--------------------|---|----------|--------------|--------------|
| BIEN O SERVICIO | | | | |
| LSRMMU1433U | ACEITE MINERAL 20 W/30 | 1.0000 | 24000.00 | 24000.00 |
| | | | SUBTOTAL: | \$ 24.000,00 |
| | | | 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 COMPROBANTE: | | | TOTAL COMPR: | \$ 24.000,00 |

VENTICUATRO MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cts.

FIRMA DEL VENDEDOR

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6302

FECHA

25/07/2024

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 JOSÉ HENAO, LIDER GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO.

Diana Lopez D

Vo.Bó. ORDENADOR DEL GASTO

Jose H

Vo.Bó. CUENTADANTE

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

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

Unidad de Salud


| DESD | RUTA | ASUNTO | MEDIO DE TRANSPORTE | | | | VALOR |
|-------------|---------------|---------------|---------------------|--------|----|-----------|--------|
| | | | BUS | BUSETA | TM | COLECTIVO | TAXI |
| ELIÉN | USS CANOELAR | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| CANOELAR | CPS PENSERVEN | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| PENSERVEN | CPS SURPEA | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| S SURPEA | CPS PENSERVEN | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| S PENSERVEN | USS CAUCÉS | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| CAUCÉS | CPS PENSERVEN | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| PENSERVEN | CPS SURPEA | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| SURPEA | USS CANOELAR | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| CANOELAR | USS CAUCÉS | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| CAUCÉS | CPS PENSERVEN | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| TOTAL | | | | | | | 29,500 |

una B RECIVI LA SUMA DE \$ 59,000
JULIO
75-7-24

26-04-73

RE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

26-04-73


Diana Sarabai
Vo Bo. REFERENTE: SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E
JOSE HENAO

7ADN03
51123001

Diana López D
Vo Bo. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

223

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

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

Unidad de Salud

S.E.

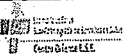
| DESDE | RUTA | HASTA | ASUNTO | MEDIO DE TRANSPORTE | | | | VALOR |
|----------------|------|-------|---------------|---------------------|--------|-----|-----------|--------|
| | | | | BUS | BUSETA | TNI | COLECTIVO | TAXI |
| Paseo de la... | ... | ... | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| Paseo de la... | ... | ... | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| Paseo de la... | ... | ... | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| Paseo de la... | ... | ... | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| Paseo de la... | ... | ... | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| Paseo de la... | ... | ... | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| Paseo de la... | ... | ... | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| Paseo de la... | ... | ... | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| Paseo de la... | ... | ... | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| Paseo de la... | ... | ... | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| Paseo de la... | ... | ... | Mantenimiento | X | | | | 2,950 |
| TOTAL | | | | | | | | 29,500 |

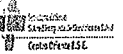
Minerva B
 BRE FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA
 9267047 3/1

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

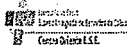
Diana López D
 Vo.Bo. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

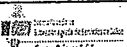
224

|  | | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO | | CÓDIGO: AP-RF-FI-055 VERSIÓN: 03 FECHA: 2024-04-06 | |
|---|-------------------|---|------------|--|--|
| Unidad | CAP Perseverancia | Servicio | Terraza | | |
| Fecha de solicitud | 15-07-2024 | Fecha de mantenimiento | 15-07-2024 | | |
| Descripción de necesidad | | Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos | | | |
| Requerimiento diferentes labores | | 1 tubo T8 led, 1 interruptor | | | |
| Descripción del mantenimiento | | Observaciones | | | |
| Terraza: Revisión tanques aéreos. Llenar contenedores para hospitalización y urgencias. | | De CAP Perseverancia a CAP Samper | | | |
| Toma de muestras: Arreglo de corto interruptor y cambio de tubo T8 led lampara. CASA 2 | | 7 horas de trabajo | | | |
| Ot. ops: Desfogar banco. Revisión y listado de | | Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / tecnico) | | | |
| Niveles de satisfacción | | Nombre | | | |
| ¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno? | Si / No | Pedro Muñoz | | | |
| ¿El mantenimiento realizado fue el requerido? | Si / No | Nombre de quien recibe (Líder de la Unidad / Servicio) | | | |
| ¿La calidad del mantenimiento fue el esperado? | Si / No | Carmen | | | |
| VoBo. Referente de Sede | | Cargo | | | |
| Carmen | | Jefe Coordinación | | | |
| VoBo. Líder Proceso | | Carmen | | | |

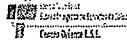
|  | | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO | | CÓDIGO: AP-RF-FI-055 VERSIÓN: 03 FECHA: 2024-04-06 | |
|--|------------|---|------------|--|--|
| Unidad | CAP Samper | Servicio | | | |
| Fecha de solicitud | 15-07-2024 | Fecha de mantenimiento | 15-07-2024 | | |
| Descripción de necesidad | | Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos | | | |
| Requerimiento ir de CAP Perseverancia a CAP Samper por orden de Carlos Dario a cambio de botas de oxígeno banco y revisión de árcus. | | | | | |
| Descripción del mantenimiento | | Observaciones | | | |
| Ir a CAP Samper a cambio de botas de oxígeno y revisión de árcus. Usar cadenas nuevas | | 1 hora de trabajo | | | |
| De CAP Samper a CAP Perseverancia | | | | | |
| Niveles de satisfacción | | Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / tecnico) | | | |
| ¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno? | Si / No | Nombre | | | |
| ¿El mantenimiento realizado fue el requerido? | Si / No | Empresa | | | |
| ¿La calidad del mantenimiento fue el esperado? | Si / No | Nombre de quien recibe (Líder de la Unidad / Servicio) | | | |
| VoBo. Referente de Sede | | Nombre | | | |
| Carmen | | Carlos Dario | | | |
| VoBo. Líder Proceso | | Cargo | | | |
| | | Turno | | | |

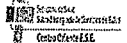
225

|  | | | | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO | | | | CÓDIGO: AP-RF-FI-055 VERSIÓN: 03 FECHA: 2024-04-06 | |
|---|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Unidad | | CAP Perseverancia | | Servicio | | Oficina Federación | | | |
| Fecha de solicitud | | 12-07-2024 | | Fecha de mantenimiento | | 12-07-24 | | | |
| Descripción de necesidad | | | | Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos | | | | | |
| Requerimiento Varias tareas | | | | 1 bicocho baño, 1 mt de manto, 2 tubos T8. | | | | | |
| Descripción del mantenimiento | | | | Observaciones | | | | | |
| Of. Facturación: Baño: Cambio de bicocho. Terraza: Revisión tanques aéreos. Of. Jurídica: Tejado: Instalar manto y tapar goteras. Hospitalización: Arreglo lampara y cambio tubo. | | | | Instalar guardín. Subir balas de oxígeno del sótano a Hospitalización. Of. Jurídica Archivo: Cambio de tubo T8 led. De CAP Perseverancia a USS Cruces. | | | | | |
| Niveles de satisfacción | | | | Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / técnico) | | | | | |
| ¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno? | | Si / No | | Nombre | | Pedro Murdum | | | |
| ¿El mantenimiento realizado fue el requerido? | | Si / No | | Empresa | | Nombre de quien recibe (Lider de la Unidad / Servicio) | | | |
| ¿La calidad del mantenimiento fue el esperado? | | Si / No | | Nombre | | Carmenza | | | |
| | | | | Cargo | | Jefe Coordinación | | | |
| | | | | Turno | | | | | |
| VoBo. Referente de Sede | | | | VoBo. Líder Proceso | | | | | |
| Carmenza | | | | Carmenza | | | | | |

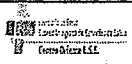
|  | | | | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO | | | | CÓDIGO: AP-RF-FI-055 VERSIÓN: 03 FECHA: 2024-04-06 | |
|--|--|------------|--|---|--|--|--|--|--|
| Unidad | | | | Servicio | | | | | |
| Fecha de solicitud | | 12-07-2024 | | Fecha de mantenimiento | | 12-07-2024 | | | |
| Descripción de necesidad | | | | Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos | | | | | |
| Requerimiento ir de CAP Perseverancia a USS Cruces por orden de Carlos Osorio a arreglo lampara Pasillo 1º Piso. | | | | | | | | | |
| Descripción del mantenimiento | | | | Observaciones | | | | | |
| Ir a USS Cruces a arreglo de lampara Pasillo 1º Piso. | | | | | | | | | |
| De USS Cruces a CAP Perseverancia | | | | | | | | | |
| Niveles de satisfacción | | | | Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / técnico) | | | | | |
| ¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno? | | Si / No | | Nombre | | Pedro Murdum | | | |
| ¿El mantenimiento realizado fue el requerido? | | Si / No | | Empresa | | Nombre de quien recibe (Lider de la Unidad / Servicio) | | | |
| ¿La calidad del mantenimiento fue el esperado? | | Si / No | | Nombre | | Carlos Osorio | | | |
| | | | | Cargo | | Jefe Coordinación | | | |
| | | | | Turno | | | | | |
| VoBo. Referente de Sede | | | | VoBo. Líder Proceso | | | | | |
| Carmenza | | | | Carmenza | | | | | |

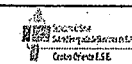
226

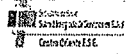
|  | | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO | | CÓDIGO: AP-RF-FI-055 VERSIÓN: 03 FECHA: 2024-04-06 | |
|--|-------------------|---|-------------------|--|--|
| Unidad | CAP Perseverancia | Servicio | Of. Estadística | | |
| Fecha de solicitud | 11-07-2024 | Fecha de mantenimiento | 11-07-2024 | | |
| Descripción de necesidad | | Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos | | | |
| Requerimiento varias taras | | 1 tarro, 1 llave jardín | | | |
| Descripción del mantenimiento | | Observaciones | | | |
| Of. Estadística: Baño: Cambio de bicocho de llave. Of. Sistemas: Abir puerta. Vigencias Procedimientos: Arreglo de llave Perseverancia Vigencias: Instalar cartelera. y cambio de parrilla. Of. Jurídico: Baño De CAP Perseverancia a CAP Samper. Mujeres: Abir puerta y arreglo de chupete Sede 34. Arreglo fuga de agua y cambio | | | | | |
| Niveles de satisfacción | | Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / tecnico) | | | |
| ¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno? | Si / No | Nombre | Pedro RIVERA | | |
| ¿El mantenimiento realizado fue el requerido? | Si / No | Empresa | | | |
| ¿La calidad del mantenimiento fue el esperado? | Si / No | Nombre de quien recibe (Lider de la Unidad / Servicio) | Carmen | | |
| | | Cargo | Jefe Coordinación | | |
| | | Turno | | | |
| VoBo. Referente de Sede | | VoBo. Líder Proceso | | | |
| Carmen | | Carmen | | | |

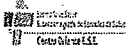
|  | | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO | | CÓDIGO: AP-RF-FI-055 VERSIÓN: 03 FECHA: 2024-04-06 | |
|---|------------|---|-------------------|--|--|
| Unidad | CAP Samper | Servicio | | | |
| Fecha de solicitud | 11-07-2024 | Fecha de mantenimiento | 11-07-2024 | | |
| Descripción de necesidad | | Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos | | | |
| Requerimiento ir de CAP Perseverancia a CAP Samper por orden de CAPAS OIRIO por cambio de bancos de oxígeno | | | | | |
| De CAP Samper a CAP Perseverancia. | | | | | |
| Descripción del mantenimiento | | Observaciones | | | |
| Ir a CAP Samper por cambio de bancos de oxígeno. | | | | | |
| De CAP Samper a CAP Perseverancia | | | | | |
| Niveles de satisfacción | | Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / tecnico) | | | |
| ¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno? | Si / No | Nombre | Pedro RIVERA | | |
| ¿El mantenimiento realizado fue el requerido? | Si / No | Empresa | | | |
| ¿La calidad del mantenimiento fue el esperado? | Si / No | Nombre de quien recibe (Lider de la Unidad / Servicio) | Carlos Ospina | | |
| | | Cargo | Jefe Coordinación | | |
| | | Turno | | | |
| VoBo. Referente de Sede | | VoBo. Líder Proceso | | | |
| Carmen | | Carmen | | | |

227

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
|  | | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO | | CÓDIGO: AP-RF-FI-055 VERSIÓN: 03 FECHA: 2024-04-06 | |
| Unidad | CASA 1 | Servicio | Baño Hambres | | |
| Fecha de solicitud | 9-07-2024 | Fecha de mantenimiento | 9-07-2024 | | |
| Descripción de necesidad | | Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos | | | |
| Requerimiento varios arreglos | | 1 acople cisterna, 1 llave jardín, 1 pasamanos 1.20 largo. | | | |
| Descripción del mantenimiento | | Observaciones | | | |
| Baño Hambres: Cambio de acoples cisterna. Arreglo lámpara. Sede S4: Arreglo de sillas estructuras. Pileta: Cambio de llave de jardín. CASA 2: Instalar una AP con la ingeniera. Instalar pasamanos en | | escleritas 2º P. 30. De CAP Perseverancia a Jorge Eliecer 1 día trabajo | | | |
| Niveles de satisfacción | | Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / técnico) | | | |
| ¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno? | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Nombre | Pablo Murevar | | |
| ¿El mantenimiento realizado fue el requerido? | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Empresa | Nombre de quien recibe (Lider de la Unidad / Servicio) | | |
| ¿La calidad del mantenimiento fue el esperado? | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Nombre | Carmen | | |
| | | Cargo | Jefe Coordinación | | |
| | | Turno | | | |
| VoBo. Referente de Sede | | VoBo. Lider Proceso | | | |
| Carmen | | Carmen | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
|  | | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO | | CÓDIGO: AP-RF-FI-055 VERSIÓN: 03 FECHA: 2024-04-06 | |
| Unidad | Jorge Eliecer | Servicio | | | |
| Fecha de solicitud | 9-07-2024 | Fecha de mantenimiento | 9-07-2024 | | |
| Descripción de necesidad | | Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos | | | |
| Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Jorge Eliecer por poma para laraminos arreglo, de odontología Candelaria. | | | | | |
| De Jorge Eliecer a Candelaria. | | | | | |
| Descripción del mantenimiento | | Observaciones | | | |
| Ir a Jorge Eliecer por poma para arreglo laraminos odontología Candelaria. | | | | | |
| De Candelaria a CAP Perseverancia. | | | | | |
| Niveles de satisfacción | | Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / técnico) | | | |
| ¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno? | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Nombre | Pablo Murevar | | |
| ¿El mantenimiento realizado fue el requerido? | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Empresa | Nombre de quien recibe (Lider de la Unidad / Servicio) | | |
| ¿La calidad del mantenimiento fue el esperado? | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Nombre | Carlos Osorio. | | |
| | | Cargo | Jefe Coordinación | | |
| | | Turno | | | |
| VoBo. Referente de Sede | | VoBo. Lider Proceso | | | |
| Carmen | | Carmen | | | |

|  | | 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 | CAP Perseverancia | Servicio | Sáturo | | |
| Fecha de solicitud | 8-07-2024 | Fecha de mantenimiento | 8-07-2024 | | |
| Descripción de necesidad | | Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos | | | |
| Requerimiento varias labores | | 1 tubo f8. 1 superficie 50x50. 2mts cable duplex No12. 2 tiras cancheta. | | | |
| Descripción del mantenimiento | | Observaciones | | | |
| Revisión consumo de agua en todas las sedes. Sáturo: Subir bulk de oxígeno a Hospitalización. Hospitalización: Hacer circuito nuevo para TV e instalar canchetas. Hacer repisa e instalar ligar puertas, marcos | | y pintar. CASA 2: Arreglo lámpara tubo Of. Archivo. De CAP Perseverancia - a USS Cruces 1 día de trabajo. | | | |
| Niveles de satisfacción | | Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / tecnico) | | | |
| ¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno? | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Nombre | Pedro Muner | | |
| ¿El mantenimiento realizado fue el requerido? | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Empresa | | | |
| ¿La calidad del mantenimiento fue el esperado? | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Nombre de quien recibe (Lider de la Unidad / Servicio) | Carmen | | |
| | | Cargo | Jefe Coordinación | | |
| | | Turno | | | |
| VoBo. Referente de Sede | | VoBo. Líder Proceso | | | |
| Carmen | | Carmen | | | |

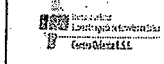
|  | | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO | | CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 03 FECHA: 2024-04-06 | |
|---|--|---|-------------------|--|--|
| Unidad | USS Cruces. | Servicio | | | |
| Fecha de solicitud | 8-07-2024 | Fecha de mantenimiento | 8-07-2024 | | |
| Descripción de necesidad | | Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos | | | |
| Requerimiento ir de CAP Perseverancia a USS Cruces por orden de Carlos Osorio a revisión llave de vacunación y revisión del centro. De USS Cruces a CAP Sampoer. | | | | | |
| Descripción del mantenimiento | | Observaciones | | | |
| Ir a USS Cruces a revisión de llave de vacunación y revisión del centro, ir a CAP Sampoer a revisión de áreas y bancos de oxígeno. De CAP Sampoer a CAP Perseverancia | | 2 horas de trabajo | | | |
| Niveles de satisfacción | | Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / tecnico) | | | |
| ¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno? | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Nombre | Pedro Muner | | |
| ¿El mantenimiento realizado fue el requerido? | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Empresa | | | |
| ¿La calidad del mantenimiento fue el esperado? | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Nombre de quien recibe (Lider de la Unidad / Servicio) | Carlos Osorio | | |
| | | Cargo | Jefe Coordinación | | |
| | | Turno | | | |
| VoBo. Referente de Sede | | VoBo. Líder Proceso | | | |
| Carmen | | Carmen | | | |

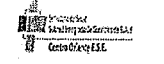
229

| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | | | CÓDIGO: AP-RF-FI-055 | |
|---|---------|----|---|------------------------|-----------------------------|
| APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS | | | | VERSIÓN: 03 | |
| FORMATO ORDEN DE TRABAJO | | | | FECHA: 2024-04-06 | |
| Unidad | Sede 34 | | | Servicio | (5a) Oficina Disciplinarios |
| Fecha de solicitud | 2-07-24 | | | Fecha de mantenimiento | 2-07-24 |
| Descripción de necesidad | | | Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos | | |
| Requerimiento varias labores | | | 1 Limpia sobreponer 24w led. | | |
| Descripción del mantenimiento | | | Observaciones | | |
| Of. Disciplinarios: Arreglo de mueble cajones, instalar entrepatos y cuadrar puertas. Perseverancia. Subir bales de oxígeno de sótano a hospitalización. Pasillo Farmacia. Cambio Limpia 24w sobreponer | | | 4 horas de trabajo. De CAP Perseverancia a Jorge Glicer | | |
| Niveles de satisfacción | | | Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / tecnico) | | |
| ¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno? | Si / | No | Nombre | Pedro Murcivar | |
| ¿El mantenimiento realizado fue el requerido? | Si / | No | Empresa | | |
| ¿La calidad del mantenimiento fue el esperado? | Si / | No | Nombre de quien recibe (Líder de la Unidad / Servicio) | Carmen | |
| | | | Cargo | Jefe Coordinación. | |
| | | | Turno | | |
| VoBo. Referente de Sede | | | VoBo. Líder Proceso | | |
| Carmen | | | Carmen | | |

| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | | | CÓDIGO: AP-RF-FI-055 | |
|--|------------|----|---|------------------------|---------|
| APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS | | | | VERSIÓN: 03 | |
| FORMATO ORDEN DE TRABAJO | | | | FECHA: 2024-04-06 | |
| Unidad | USS Cruces | | | Servicio | |
| Fecha de solicitud | 2-07-24 | | | Fecha de mantenimiento | 2-07-24 |
| Descripción de necesidad | | | Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos | | |
| Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Jorge Glicer Gaitan a recoger a Jorge para ir a USS Cruces Bodega Archivo a tapar goteras y arreglo de canales. | | | 6 mt tela asfáltica, 1/4 onete de impermeabilizante. | | |
| Descripción del mantenimiento | | | Observaciones | | |
| Ir a Jorge Glicer por el señor Jorge para ir a USS Cruces, Bodega Archivo para tapar goteras feja- do y arreglo de canales. De USS Cruces a Jorge Glicer llevar a Jorge, volver a Candehin | | | 4 horas de trabajo | | |
| Niveles de satisfacción | | | Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / tecnico) | | |
| ¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno? | Si / | No | Nombre | Pedro Murcivar | |
| ¿El mantenimiento realizado fue el requerido? | Si / | No | Empresa | | |
| ¿La calidad del mantenimiento fue el esperado? | Si / | No | Nombre de quien recibe (Líder de la Unidad / Servicio) | Edilberto Millan | |
| | | | Cargo | Arquitecto. | |
| | | | Turno | | |
| VoBo. Referente de Sede | | | VoBo. Líder Proceso | | |
| Carmen | | | Carmen | | |

730

|  <div> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO </div> <div> CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 03 FECHA: 2024-04-06 </div> | | | | |
|--|-------------------|----|--|-------------------|
| Unidad | CAP Perseverancia | | Servicio | Oficina Jurídica |
| Fecha de solicitud | 25-06-24 | | Fecha de mantenimiento | 25-06-24 |
| Descripción de necesidad | | | Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos | |
| Requerimiento varias labores | | | 1 pliego lija 80. 1/2 cunete pintura com- prado por doctor de Of. Jurídica. | |
| Descripción del mantenimiento | | | Observaciones | |
| Of. Jurídica: Lijar muros y techo, lijar puerta y pintar muros, techo y puerta. Balcón: Raspar muros y pintar. Tomar consumos de agua de 4 sedes. De CAP Perseverancia a Sta. Clara llevar papelería de las 4 sedes. | | | 7 horas de trabajo | |
| Niveles de satisfacción | | | Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / tecnico) | |
| ¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno? | Si / | No | Nombre | Pedro Muñoz |
| ¿El mantenimiento realizado fue el requerido? | Si / | No | Empresa | |
| ¿La calidad del mantenimiento fue el esperado? | Si / | No | Nombre de quien recibe (Líder de la Unidad / Servicio) | |
| | | | Nombre | Carmenza |
| | | | Cargo | Jefe Coordinación |
| | | | Turno | |
| VoBo. Referente de Sede | | | VoBo. Líder Proceso | |
| Carmenza | | | Carmenza | |

|  <div> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS FORMATO ORDEN DE TRABAJO </div> <div> CÓDIGO: AP-RF-FT-055 VERSIÓN: 03 FECHA: 2024-04-06 </div> | | | | |
|--|-------------|----|---|------------------|
| Unidad | Santa Clara | | Servicio | |
| Fecha de solicitud | 25-06-24 | | Fecha de mantenimiento | 25-06-24 |
| Descripción de necesidad | | | Materiales utilizados / Accesorios / Repuestos | |
| Requerimiento ir de CAP Perseverancia a Santa Clara por orden del Arquitecto Edilberto Millán a llevar papelería de consumos, áreas, plantas y aire. | | | | |
| Descripción del mantenimiento | | | Observaciones | |
| Ir a Santa Clara a llevar papelería de consumos, áreas, plantas y aire. | | | | |
| Ir de Santa Clara a CAP Perseverancia | | | | |
| Niveles de satisfacción | | | Quien realiza el servicio (Ingeniero / proveedor / tecnico) | |
| ¿Considera que el tiempo empleado fue oportuno? | Si / | No | Nombre | Pedro Muñoz |
| ¿El mantenimiento realizado fue el requerido? | Si / | No | Empresa | |
| ¿La calidad del mantenimiento fue el esperado? | Si / | No | Nombre de quien recibe (Líder de la Unidad / Servicio) | |
| | | | Nombre | Edilberto Millán |
| | | | Cargo | Arquitecto. |
| | | | Turno | |
| VoBo. Referente de Sede | | | VoBo. Líder Proceso | |
| Carmenza | | | Edilberto | |

231



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. INFORMACION

COMPROBANTE N°

6303

FECHA

25/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL

MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO

VALOR

\$396.000,00

A SUMA DE

TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO

FACTURA No. FE 13314 POLIMEDIC'S FARMACÉUTICA SAS NIT 800.151.064-0 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (CATÉTER DOBLE J 6.0 FR X 24 CM CON ROTADOR DE GUÍA), NECESARIO PARA FACILITAR EL TRATAMIENTO MÉDICO Y COMODIDAD DEL PACIENTE CONTANDO CON EL PROCEDIMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO Y 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%.....\$9.900

R.ICA 4.14 POR MIL..... 1.639

Diana López D

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Signature]

Vo.Bo. CUENTADANTE

NO 13161



**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
polifarma_sa@yahoo.com
Responsables de iva - No somos autorretenedores



FACTURA ELECTRONICA VENT

FE 13314

Fecha y Hora de Factura

Generación 2024-07-23 15:21:11

Expedición 2024-07-23 15:21:49

Vencimiento 2024-10-23

| | | | |
|--------------------------------|--|---------------------|--------------------|
| 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 | VENDEDOR PRINCIPAL |
| Ciudad | BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA | Centro Costo | 1 |
| Correo | recepcionfacturasbienes@subredcentrooriente.gov.co | Remisión | 15.763 |
| Order Reference Prefijo | Numero | | |

| Descripción | Cantidad | UN | INVIMA | MARCA | CUM | Valor Unitario | % IVA | Valor Total |
|---|------------------|----|----------------|------------|-----|----------------|-------|-------------|
| CATETER STENT DOBLE J 6 X 24 CM UND | 2 | UN | 2021DM-0024641 | PLUS VITAL | NA | 198,000.00 | 0 | 396,000 |
| D234209 CATETER STENT DOBLE J 6 X 24 CM UND | F.V : 2026-03-31 | | 2.00 | | | | | |

| | |
|------------------------|----------------------|
| Total Bruto | 396,000.00 |
| RETEFUENTE VENT | 9,900.00 |
| Retenc. ICA | 1,639.44 |
| Total a Pagar | \$ 384.460,56 |

CONDICION DE PAGO

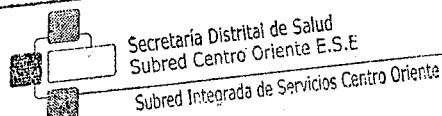
Credito Clientes Efectivo 384.460,56 Cuota 1 Vence el 2024-10-23

VALOR EN LETRAS

Trescientos Ochenta Y Cuatro Mil Cuatrocientos Sesenta Pesos M/Cte Con 56/100

OBSERVACIONES

CAJA MENOR
SOLICITADA POR EL JEFE EDUART GONZÁLEZ



24 JUL 2024

Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO

R.Fte 2.5%
RICA 4,14%

\$9.900
1.639
11.539

Vi a pagar \$384.461

CONCIBIR O
EN EFECTIVO

| | |
|---------|-------------------|
| RECIBE: | _____ |
| C.C.NO: | _____ |
| CARGO: | _____ |
| FECHA: | _____ HORA: _____ |
| FIRMA: | _____ |
| SELLO: | _____ |

Firma Elaborado por : ARISTIZABAL MON

Firma Recibido

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor Resolución y/o Autorización de facturación No. 18764074118558 aprobado en 2024-07-02 vigente 18 Meses, prefijo FE desde el número 13150 al 20000

CUFE :732f8a383a895f89ec6c08071a1112f92724fb39c226da8691084d827195938349c828ae006b9f8601a166ab17b75f5c

ORIGINAL

Bogotá, D.C., Julio 26 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

239

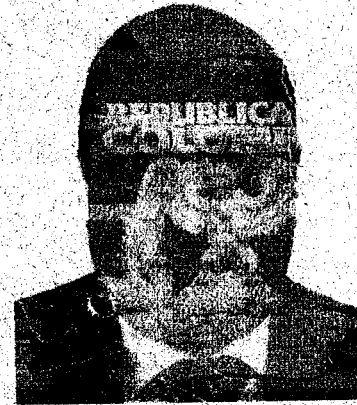
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.122.900
ROJAS LOPEZ

AFILIADOS
JORGE ALBERTO

NOMBRE


FIRMA



INDICE DE DEDOS

FECHA DE NACIMIENTO 02-NOV-1968

SOATA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69

O+

M

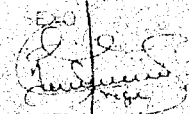
ESTATURA

GRUPO SANG

SEXO

15-JUN-1987 GAMEZA

FECHA Y LUGAR DE EXPIRACION


ALEXANDER VEGAR

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGAR



A-1500150-01202348-M-0004122000-00211108

00759/275A.1

856277472

235

RE: SOLICITUD VERIFICACION PARA COMPRA DEL DISPOSITIVO MEDICO QUIRURGICO: CATETER DOBLE J

Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>

Mié 10/07/2024 6:19 PM

Para: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co

CC: Maryury Díaz Cespedes <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>; Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>

El insumo CATETER DOBLE J 6.0FR X 24CM CON ROTADOR DE GUIA (Catéter doble J 6 Fr de 24cm con guía) no se encuentra contratado

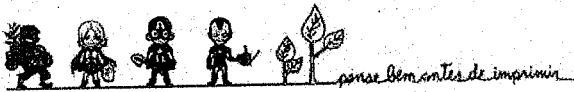
Cordial saludo



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

① @subredcentrooriente ② @subred_centrooriente
③ @SubRedCentroOri ④ Subred Centro Oriente
⑤ www.subredcentrooriente.gov.co



De: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: miércoles, 10 de julio de 2024 2:09 p. m.

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

Cc: Maryury Díaz Cespedes <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>; Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: RE: SOLICITUD VERIFICACION PARA COMPRA DEL DISPOSITIVO MEDICO QUIRURGICO: CATETER DOBLE J

Buenas tardes, cordial saludo.

Por medio de la presente solicito a ustedes la verificación del dispositivo medico-quirúrgico solicitado por el área de cirugía y brindando prioridad en el proceso que se realizara en la modalidad de caja menor para la adquisición de:

Nombre: CATETER DOBLE J 6.0FR X 24CM CON ROTADOR DE GUIA (Catéter doble J 6 Fr de 24cm con guía)

Código Dinámica Gerencial: 121QQ031158

Unidades para compra: 1 A 2 UNIDADES

Existencias a la fecha: (0)

| | | | |
|--|---|------------------------|---------|
| 121QQ031158 | Código Alterno: | Código Agrupamiento: | Descri |
| Indicaciones y Autorizaciones | | Vías de Administración | |
| CATETER DOBLE J 6 Fr X 24 cm C... | General | Agrupamiento | Valores |
| CATETER DOBLE J 6.0FR X 24CM... | columna aquí para agrupar por dicha columna | | |
| CATETER DOBLE J 6.0FR X 24CM CON ROTADOR DE GUIA | columna aquí para agrupar por dicha columna | | |
| Existencia | | EXISTENCIA | LOTE |
| > | | 0,00 | ec |
| Aceptar | | Cancelar | |

| | |
|------------------------|---|
| 121 | + |
| SICOS | |
| QQ03 | + |
| SICOS | |
| 1 | + |
| Existencia Total: 0,00 | |

Estamos atentos a sus respuesta para continuar el proceso.

RE: SOLICITUD VERIFICACION PARA COMPRA DEL DISPOSITIVO MEDICO QUIRURGICO: CATETER DOBLE J

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

Mié 10/07/2024 2:02 PM

Para: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>; Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>

CC: Maryury Diaz Cespedes <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>; Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>

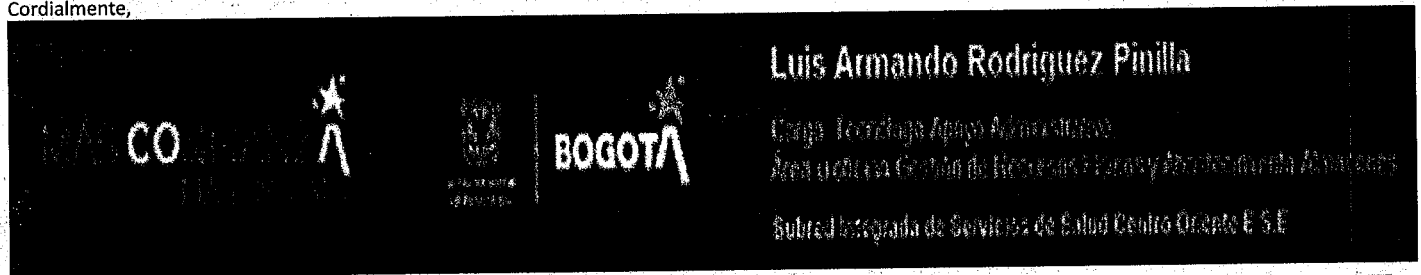
Cordial saludo.

Me permito informar que una vez revisado el módulo de inventarios con corte al día de hoy, **NO** se evidencia existencias en los almacenes de la entidad, de los insumos que se relacionan a continuación:

121QQ031158 CATETER DOBLE J 6 Fr X 24 cm CON ROTADOR DE GUIA

| ALMACEN | FECHA VENCIMIENTO | DISPONIBLE | COMPROMETIDA | EXISTENCIA |
|--|-------------------|------------|--------------|------------|
| PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA | 31/03/2020 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA | 28/02/2023 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA | 1/10/2024 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA | 2022231614 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA | 30/04/2025 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA | 30/09/2025 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| ALMACEN PRINCIPAL HOSPITAL SANTA CLARA | 31/03/2026 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| FARMACIA ALTO COSTO HOSPITAL SANTA CL... | 13-3369 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| FARMACIA CENTRAL HOSPITAL LA VICTORIA | 30/06/2018 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| FARMACIA CENTRAL HOSPITAL LA VICTORIA | 31/03/2020 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| FARMACIA CENTRAL HOSPITAL LA VICTORIA | 28/01/2021 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

Cordialmente,



De: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>

Enviado: miércoles, 10 de julio de 2024 1:30 p. m.

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

Cc: Maryury Diaz Cespedes <subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co>; Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: RE: SOLICITUD VERIFICACION PARA COMPRA DEL DISPOSITIVO MEDICO QUIRURGICO: CATETER DOBLE J

Buenas tardes, cordial saludo.

Por medio de la presente solicito a ustedes la verificación del dispositivo medico-quirúrgico solicitado por el área de cirugía y brindando prioridad en el proceso que se realizara en la modalidad de caja menor para la adquisición de:

Nombre: CATETER DOBLE J 6.0FR X 24CM CON ROTADOR DE GUIA (Catéter doble J 6 Fr de 24cm con guía)

Código Dinámica Gerencial: 121QQ031158

Unidades para compra: 1 una

Existencias a la fecha: (0)



POLIFARMA S.A.S. - POLIMEDIC'S
FARMACEUTICA S.A.S.
NIT : 800151064-0
CL 77 28 B 33
6013112668 - 3102340035

237

Bogota, 10 de julio de 2024

Señores

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

Atn: Doc Edwards gonzalez

DG 34 5 43

3444484

Bogota D.C.-Bogota . Colombia

Ref : Cotización V - 001 - 308

Es grato para nosotros poner a su consideración la siguiente propuesta

| Código | Descripción | Unidad | Cantidad | MARCA | Valor Unitario | IVA | Valor Total |
|---------------|-------------------------------------|--------|----------|------------|----------------|-----|-------------|
| 0010001001282 | CATETER STENT DOBLE J 6 X 24 CM UND | UN | 2 | PLUS VITAL | 198,000.00 | 0 | 396,000.00 |

| | |
|---------------|--------------|
| Total Bruto | 396,000.00 |
| Total a Pagar | \$396,000.00 |

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, julio 10 2024

Diana Lopez D

Cordialmente,

Vendedor Principal
Admin Ventas
POLIFARMA S.A.S. - POLIMEDIC'S FARMACEUTICA S.A.S.

738

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| 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 0 | | 6. DV 0 | | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | |
| 14. Buzón electrónico | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona jurídica | | 25. Tipo de documento 1 | | 26. Número de Identificación | |
| 27. Fecha expedición | | 28. País | | 29. Departamento | |
| 30. Ciudad/Municipio | | 31. Primer apellido | | 32. Segundo apellido | |
| 33. Primer nombre | | 34. Otros nombres | | 35. Razón social POLIMEDIC'S FARMACEUTICA S A S | |
| 36. Nombre comercial | | 37. Sigla POLIFARMA S.A.S. | | 38. País COLOMBIA 1 6 9 | |
| 39. Departamento Bogotá D.C. | | 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 | | 52. Número establecimientos | |
| Actividad principal 46. Código 4 6 4 5 47. Fecha inicio actividad 1 9 9 4 0 1 0 3 | | Actividad secundaria 48. Código 4 6 5 9 49. Fecha inicio actividad 2 0 1 2 0 9 0 3 | | 50. Código 1 2 8 6 9 9 | |
| 51. Código | | 52. Número establecimientos 1 | | Responsabilidades, Calidades y Atributos | |
| 53. Código 5 7 8 9 1 0 1 4 4 8 5 2 5 5 | | 54. Código 2 3 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 | | 55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 | |
| 57. Modo | | 58. CPC | | 59. Anexos SI NO X | |
| 60. No. de folios 0 | | 61. Fecha 2023 - 12 - 05 / 17 : 08 : 22 | | Firma del solicitante: | |
| 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.

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



SC-CER164025

NIT DEL CLIENTE: 900959051 -7
CLIENTE: SUBRED INTE. SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
DIRECCION: DIAGONAL 34 N° 5 - 43
CIUDAD: BOGOTÁ - Bogotá D.C
REPRESENTANTE DE VENTAS: BIBIANA VARGAS OSPINA
ELABORADO POR: ADIMATE
COTIZACIÓN - N°: 067077
FECHA: 2024/07/10
VIGENCIA: 10 DIAS

| CODIGO | DESCRIPCION | CANT | UNIDAD MINIMA DE VENTA | DTO | IVA | VALOR UNIDAD MINIMA VENTA | TOTAL |
|--------|--|------|------------------------|-----|-----|---------------------------|------------|
| SS-624 | CATETER URETERAL DOBLE J 6FR X 24 CM CON GUIA MARFLO W INVIMA: 2019-DM0019294 OBS: BAJO PEDIDO | 2 | UNIDAD | | 0 | 207,318.00 | 414,636.00 |



OBSERVACIONES: PRODUCTO SE MANEJA BAJO PEDIDO DE ACUERDO A
DISPONIBILIDAD DEL PROVEEDOR.

SUBTOTAL: \$414,636.00
DESCUENTO:
IVA:
RETEFUENTE: \$10,366
RETEICA: \$1,717
RETEIVA:
TOTAL: \$402,554

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 mínimo de facturación 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.

200

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| 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 | |
| 14. Buzón electrónico | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona jurídica | | 25. Tipo de documento 1 | | 26. Número de identificación | |
| 27. Fecha expedición | | 28. País Lugar de expedición | | 29. Departamento | |
| 30. Ciudad/Municipio | | 31. Primer apellido | | 32. Segundo apellido | |
| 33. Primer nombre | | 34. Otros nombres | | 35. Razón social MEDICOX LTDA | |
| 36. Nombre comercial | | 37. Sigla | | 38. País COLOMBIA | |
| 39. Departamento Bogotá D.C. | | 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 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 | | 52. Número establecimientos | |
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | |
| 46. Código 4 6 4 5 | | 47. Fecha inicio actividad 2 0 1 3 0 1 2 5 | | 48. Código 4 6 6 9 | |
| 49. Fecha inicio actividad 2 0 1 3 0 1 2 5 | | 50. Código 4 6 5 9 | | 51. Código | |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos | | | | | |
| 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 ordinario | | | | | |
| 07- Retención en la fuente a título de renta | | | | | |
| 08- Retención timbre nacional | | | | | |
| 09- Retención en la fuente en el impuesto | | | | | |
| 10- Obligado aduanero | | | | | |
| 14- Informante de 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 | | | | | |
| Exportadores | | | | | |
| 54. Código 2 2 2 3 | | | | | |
| 55. Forma | | | | | |
| 56. Tipo | | | | | |
| Servicio | | | | | |
| 57. Modo | | | | | |
| 58. CPC | | | | | |
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación | | | | | |
| Para uso exclusivo de la DIAN | | | | | |
| 59. 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 | | | | | |

PoliFarma SAS Polimedic's
Farmaceutica SAS

MO \$ 396.0002

241



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, JULIO 10 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 |
|------|-------------|--|---------------------|----------|
| 1 | 121QQ031158 | CATETER DOBLE J 6.0FR X 24CM CON ROTADOR DE GUIA | UNIDAD | 2 |

3. JUSTIFICACIÓN

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. requiere la compra del dispositivo médico quirúrgico hospitalario, necesario para la prestación del servicio a los usuarios de la subred integrada de servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. La disponibilidad de los dispositivos médico quirúrgicos constituye una obligación, para con sus usuarios y beneficiarios, para la prestación de servicios de salud con calidad, dando cumplimiento de las normas legales vigentes. Estos insumos se requieren de forma inmediata ya que el no contar con su disponibilidad acarrea riesgos en la prestación de los servicios a los usuarios, por lo que se hace necesario adelantar una caja menor para 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 el tratamiento medico y comodidad del paciente contando con el procedimiento minimamente invasivo, 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

Miguel Angel Cortés T.

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Eduardt Hanns Gonzalez Roa

EDUARDT HANNS GONZALEZ ROA
Nombre Funcionario y/o Contratista

Diana Lopez D

Vo.Bo. Director Administrativo
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

1. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL: 121QQ031158, NOMBRE/ DESCRIPCIÓN: CATETER DOBLE J 6.0FR X 24CM CON ROTADOR DE GUIA, EL CUAL NO ESTA CONTRATADO EN LA INSTITUCIÓN Y ESTAMOS DESABASTECIDOS EN EL MOMENTO.

Volvo Mauricio Don Amador

247

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

Fecha Actual : miércoles, 24 julio 2024

1/1

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

COMPROBANTE ENTRADA

Nº0000000000077603

PROVEEDOR: POLIMEDIC S FARMACEUTICAS A POLIFARMA S A NIT: 300131084
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.)
DIRECCION: CL 71 29 A 23
TELEFONO: 2405051
Nº FACTURA: FEL3314
FECHA: 24/07/2024 10:39 a.m.
ESTADO: Confirmado
MONEDA: Pesos
TASA CAM: 0,00
FECHA FAC: 23/07/2024 12:00 a.m.
% ICA: 4,1400 PLAZO: 0

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALORU | SUBTOTAL | %DITO | %IVA |
|-------------|--|--------------|----------|-----------------|---------------|-------|------|
| 12100031158 | CATETER DOBLE J 6 Fr X 24 cm CON ROTADOR DE GUIA | UNIDAD | 2,00 | \$ 1.396.000,00 | \$ 396.000,00 | 0,00 | 0,00 |

DETALLE

CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA, DIGITA LUDY TORRES

| | |
|------------------|--------------|
| SUBTOTAL: | 1.396.000,00 |
| DESCUENTO: | \$ 0,00 |
| IMPUESTO: | \$ 0,00 |
| FLETES: | \$ 0,00 |
| IMP FLETES: | \$ 0,00 |
| RETE IVA: | \$ 0,00 |
| RETE ICA: | \$ 1.639,00 |
| RETE FUENTE: | \$ 9.900,00 |
| OTRAS RETE: | \$ 0,00 |
| OTRAS DEDUC: | \$ 0,00 |
| IMP DISTRI: | \$ 0,00 |
| AJUSTE RED: | \$ 0,00 |
| AJUSTE AL TOTAL: | \$ 0,00 |
| TOTAL COMPR: | 1.384.461,00 |

TOTAL COMPROBANTE:

TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN PESOS CON CERO CTES M/Cts.

Revisó Abstran

Revisado Impuestos

743



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. INFORMACION

COMPROBANTE N°

6304

FECHA

26/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

VALOR

\$118.000,00

LA SUMA DE

CIENTO DIEZ Y OCHO MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO

CANCELADO A MIGUEL FRANCISCO LASTRE CÁRDENAS NIT 9.141.154 TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE, PARA REALIZAR ACTIVIDADES CON EQUIPOS MÉDICOS, AUTORIZADO POR MICHAEL PULIDO LIDER GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA.

Diana López D

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Signature]

Vo.Bo. CUENTADANTE

*

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

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

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

| No. | FECHA | RUTA | | ASUNTO | MEDIO DE TRANSPORTE | | | VALOR |
|-------|------------|----------------------|----------------------------|---|---------------------|--------|------|---------------|
| | | DESDE | HASTA | | BUS | BUSETA | TAXI | |
| 31 | 22/07/2024 | SEDE PRIMERA DE MAYO | OLAYA USS | APOYAR VISITA AUDITORIA ODONTOLOGIA | X | | | \$ 2.950,00 |
| 32 | 22/07/2024 | OLAYA USS | UJUSS ALPES | REVISION DANO COMPRESOR SFM | X | | | \$ 2.950,00 |
| 33 | 22/07/2024 | UJUSS ALPES | SEDE I MAYO TALLER | GESTION ADMINISTRATIVA MANTO PREVENTIVO DOS | X | | | \$ 2.950,00 |
| 34 | 22/07/2024 | SEDE I MAYO TALLER | USS Bello HORIZONTE | COMPRESORES Y ACOMPAÑAMIENTO | X | | | \$ 2.950,00 |
| 35 | 22/07/2024 | USS Bello HORIZONTE | USS OLAYA | AUDITORIA DR MAHECHA | X | | | \$ 2.950,00 |
| 36 | 22/07/2024 | USS OLAYA | SEDE I MAYO TALLER | GESTION ADMINISTRATIVA | X | | | \$ 2.950,00 |
| 37 | 23/07/2024 | SEDE I MAYO TALLER | USS LIBERTADORES | AUDITORIA C. G. TAL | X | | | \$ 2.950,00 |
| 38 | 23/07/2024 | USS LIBERTADORES | USS OLAYA | REVISION AUTOCLAVE | X | | | \$ 2.950,00 |
| 39 | 23/07/2024 | I MAYO SEDE | DEPOSITO SAN BLAS | | X | | | \$ 2.950,00 |
| 40 | 23/07/2024 | ACTIVOS | I MAYO SEDE GESTION TECNOL | | X | | | \$ 2.950,00 |
| TOTAL | | | | | | | | \$ 118.000,00 |

4118000

Dr. Sandra

VOBO REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

Dr. Sandra Lopez D

VOBO DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

Dr. Sandra Lopez D

VOBO DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)


7ADH02

511123001

Dr. Sandra Lopez D

VOBO DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

245



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

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

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

| No. | FECHA | DESDE | RUTA | HASTA | ASUNTO | MEDIO DE TRANSPORTE | | | VALOR |
|-------|------------|--|--|-------|--|---------------------|--------|----|--------------|
| | | | | | | BUS | BUSETA | TM | |
| 21 | 12/07/2024 | SEDE PRIMERA DE MAYO | USS CHIRCALES | | REVISION SCALLER Y UNIDAD HIGIENE ORAL | X | | | \$ 2.950,00 |
| 22 | 12/07/2024 | USS CHIRCALES | SEDE PRIMERA DE MAYO | | ARREGLO FUGA ESCUPIDOR UNIDAD ODONT | X | | | \$ 2.950,00 |
| 23 | 15/07/2024 | SEDE PRIMERA DE MAYO | DEPOSITO SANCRISTOBAL COCEPTOS BAJA | | REVISION COMPRESORES | X | | | \$ 2.950,00 |
| 24 | 15/07/2024 | DEPOSITO SANCRISTOBAL COCEPTOS BAJA | SEDE PRIMERA DE MAYO | | CURSO DESARROLLO SOSTENIBLE DE 2PM 4:30PM | X | | | \$ 2.950,00 |
| 25 | 16/07/2024 | SEDE PRIMERA DE MAYO | DEPOSITO SANCRISTOBAL COCEPTOS BAJA | | continuar con conceptos baja DEPOSITO | X | | | \$ 2.950,00 |
| 26 | 16/07/2024 | DEPOSITO SANCRISTOBAL COCEPTOS BAJA | SEDE PRIMERA DE MAYO | | MANTO EQUIPO LAMPARA HENDIDURA | X | | | \$ 2.950,00 |
| 27 | 17/07/2024 | SEDE PRIMERA DE MAYO | CAPS OLAYA | | REVISION EQUIPO SCALLER ODONT | X | | | \$ 2.950,00 |
| 28 | 17/07/2024 | CAPS OLAYA | SEDE PRIMERA DE MAYO | | GESTION ADMINISTRATIVA | X | | | \$ 2.950,00 |
| 29 | 17/07/2024 | SEDE PRIMERA DE MAYO | ANTONIO NARIÑO | | REVISION ANGELADOR DE PAQUETES TERAPIA | X | | | \$ 2.950,00 |
| 30 | 17/07/2024 | ANTONIO NARIÑO | SEDE PRIMERA DE MAYO | | GESTION NADMINISTRATIVA | X | | | \$ 2.950,00 |
| TOTAL | | | | | | | | | \$ 88.500,00 |

COPIA DE FIRMAS

Nombre y Funcionario y/o CONTRATISTA

9/14/154

Doc. Sanborn

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

Diaceo Lopez D

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

NB-Dep Michael Pineda

| No. | FECHA | RUTA | | ASUNTO | MEDIO DE TRANSPORTE | | | | VALOR |
|-----|------------|------------------------------|------------------------------|---|---------------------|--------|----|-----------|-------------|
| | | DESDE | HASTA | | BUS | BUSETA | TM | COLECTIVO | |
| 11 | 5/07/2024 | SEDE PRIMERA DE MAYO | CARCEL DISTRITAL | REVISION FUGA AGUA CAJA CONEXIONES UNIDAD | X | | | | \$ 2.950,00 |
| 12 | 5/07/2024 | CARCEL DISTRITAL | 1 MAYO SEDE | GESTIONAR PERMISO PARA INGRESO A SOLUCION | X | | | | \$ 2.950,00 |
| 13 | 8/07/2024 | 1 DE MAYO TALLER BIOMEDICINA | USS LIBERTADORES | ARCHIVO SUBREDCO Y INCEB | X | | | | \$ 2.950,00 |
| 14 | 8/07/2024 | USS LIBERTADORES | 1 DE MAYO TALLER BIOMEDICINA | GESTION ADMINISTRATIVA | X | | | | \$ 2.950,00 |
| 15 | 9/07/2024 | SEDE PRIMERA DE MAYO | UMHES SANTA CLARA | RECOGER CARPETAS HIV PARA ALTAMIRA VISITA | X | | | | \$ 2.950,00 |
| 16 | 9/07/2024 | UMHES SANTA CLARA | USS ALTAMIRA | ACOMPANAMIENTO VISITA KESLER | X | | | | \$ 2.950,00 |
| 17 | 10/07/2024 | 1 DE MAYO TALLER BIOMEDICINA | USS LIBERTADORES | GESTION ARCHIVO HIV | X | | | | \$ 2.950,00 |
| 18 | 10/07/2024 | USS LIBERTADORES | 1 DE MAYO TALLER BIOMEDICINA | GESTION ADMINISTRATIVA | X | | | | \$ 2.950,00 |
| 19 | 11/07/2024 | 1 DE MAYO TALLER BIOMEDICINA | ANTONIO NARIÑO | TRASLADO CON ACTIVO COMPRESOR 3.HP | X | | | | \$ 2.950,00 |
| 20 | 11/07/2024 | ANTONIO NARIÑO | SEDE 1 MAYO | UBICACION EQUIPO PARQUEADERO | X | | | | \$ 2.950,00 |
| | | | | | TOTAL | | | | \$59.000,00 |

MIGUEL FRANCISCO LESTRE

NOMBRE FUNCIONARIO Y CONTRATISTA:

CC# 9141154

Timothy Leary

Y. P. R. E. E. N. T. E. S. U. B. R. E. D. C. E. N. T. R. O. O. R. I. E. N. T. E. P. S. E.

Diana Lopez D

W3 B0 DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

Richard P. Hilde

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

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

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

| No. | FECHA | RUTA | | ASUNTO | MEDIO DE TRANSPORTE | | | | VALOR | |
|-------|-----------|----------------------|----------------------|--|---------------------|--------|----|-----------|-------|-------------|
| | | DESDE | HASTA | | BUS | BUSETA | TM | COLECTIVO | TAXI | VALOR |
| 1 | 2/07/2024 | SEDE PRIMERA DE MAYO | SANTA CLARA | RECOGER REPUESTO PARA UNIDAD 1 MAYO | X | | | | | \$ 2.950,00 |
| 2 | 2/07/2024 | SANTA CLARA | SEDE PRIMERA DE MAYO | REVISIÓN Y ARREGLO UNIDAD DONT | X | | | | | \$ 2.950,00 |
| 3 | 2/07/2024 | SEDE PRIMERA DE MAYO | ANTONIO NARIÑO | REVISAR COMPRESOR 3HP SIN USO | X | | | | | \$ 2.950,00 |
| 4 | 2/07/2024 | ANTONIO NARIÑO | SEDE PRIMERA DE MAYO | RETORNO GESTIÓN ADMINISTRATIVA | X | | | | | \$ 2.950,00 |
| 5 | 3/07/2024 | SEDE PRIMERA DE MAYO | SANTA CLARA | REUNIÓN LÍDER RECURSOS E ING MYKOL | X | | | | | \$ 2.950,00 |
| 6 | 3/07/2024 | SANTA CLARA | ANTONIO NARIÑO | DESARME COMPRESOR PARA TRASLADO A 1 MAYO | X | | | | | \$ 2.950,00 |
| 7 | 3/07/2024 | ANTONIO NARIÑO | SEDE PRIMERA DE MAYO | GESTIÓN CON LÍDER PARA ACCESORIOS CONEXIÓN | X | | | | | \$ 2.950,00 |
| 8 | 4/07/2024 | SEDE PRIMERA DE MAYO | USS BELLO H | VERIFICAR BASCULAS MANTO INCEB | X | | | | | \$ 2.950,00 |
| 9 | 4/07/2024 | USS BELLO H | USS LIBERTADORES | RECOGER EQUIPOS MASAS INCEB Y ARCHIVO DE | X | | | | | \$ 2.950,00 |
| 10 | 4/07/2024 | USS LIBERTADORES | 11 MAYO SEDE | REVISIÓN COMPRESORES Y GESTIÓN | X | | | | | \$ 2.950,00 |
| TOTAL | | | | | | | | | | \$29.500,00 |

MIGUEL FRAJISCOLASTRE C.
NOBRE-FUNCIÓNARIO Y/O CONTRATISTA
C.C. # 29141154

Diana Sandoval
VGB REFERENTE SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

Diana Lopez D
VGB DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

18 Dep. Hecad Puro

| FECHA SOLICITUD (DÍA/MES/AÑO) | MEDIO DE SOLICITUD | NOMBRE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO | ÁREA O SERVICIO | UNIDAD | NOMBRE EQUIPO | MARCA | MODELO | SERIE | TIPO DE SERVICIO PRESTADO | CONSECUTIVO O NUMERO DE SERVICIO | DESCRIPCIÓN TRABAJO REALIZADO |
|----------------------------------|-------------------------|--|-----------------|---------------------|-------------------------|--------------------|--------------|--------------|------------------------------|--|--|
| 2/07/2024 | FORMATO DE SOLICITUD | DRA ELIZABETH COY | ODONTOLOGIA | 1 DE MAYO | UNIDAD ODONTOLOGICA | LEXUS | EVOLUTION LX | MED006994 | CORRECTIVO | SUBREDCO | SE REALIZA AJUSTE DE ELEVACION MODULO Y SILLON EL CUA FUERA DE SERVICIO POR DESCONECCION CAJA DE CONEXIONES |
| 8/07/2024 | FORMATO DE SOLICITUD | DR ANDRES RAMIREZ | MEDICO 2 | CARCEL DISTRITAL | LAMPARA FOTOCURADO | 3M | ELIPAR | 932123029788 | PREVENTIVO | SUBREDCO | SE REALIZA MANTENIMIETO PREVENTIVO SEGÚN PROTOCOLO |
| 12/07/2024 | FORMATO DE SOLICITUD | DRA ELIZABETH COY | ODONTOLOGIA | 1 DE MAYO | COMPRESOR | SCHULZ | MSV12/100 | 3885516 | PREVENTIVO | SUBREDCO | MANTENIMIENTO SEGÚN PROTOCOLO |
| 12/07/2024 | FORMATO DE SOLICITUD | ING ALEJANDRO | ODONTOLOGIA | USS CHIRCALES | SCALLER | WOOD PEKER | D-5 | NR | DIAGNOSTICO | SUBREDCO | EQUIPO CON PEDAL INTERMITENTE EL PULSC ELECTRICO SE LUBRICA Y SE REALIZA LIMPIEZA Y QUEDA EN USO |
| 16/07/2024 | FORMATO DE SOLICITUD | DRA ELIZABETH COY | CONSULTORIO 21 | 1 DE MAYO | LAMPARA DE HENDIDURA | HEALTH O METER | 500 KL | 5000101326 | PREVENTIVO | SUBREDCO | MANTENIMIENTO SEGÚN PROTOCOLO |
| 17/07/2024 | FORMATO DE SOLICITUD | ING ALEJANDRO CORTES | TERAPIA FISICA | ANTONIO MARINO | CONGELADOR | NR | VERTICAL | NR | DIAGNOSTICO | SUBREDCO | EQUIPO REQUIERE CAMBIO DE CONTROLADOR DE TEMPERATURA |
| 17/07/2024 | FORMATO DE SOLICITUD | ING ALEJANDRO CORTES | ODONTOLOGIA | OLAYA | UNIDAD ODONTOLOGICA | AMERICAN DENTAL | AD NOVA | 2-259 | CORRECTIVO | SUBREDCO | JERIGA TRIPLE NO FUNCIONABA POR LO CUAL SE CORRIE |
| 17/07/2024 | FORMATO DE SOLICITUD | ING ALEJANDRO CORTES | ODONTOLOGIA | OLAYA | SCALLER | FROGUEN | D5 | 1170420D5 | DIAGNOSTICO | SUBREDCO | PUNTA DE LAPIZ DAÑAD REQUIERE CAMBIO Y PENDIENTE COMPRA DI ACCESORIOS PARA ESTI MARCA |

| | | | | | | | | | | | |
|------------|----------------------|--------------------|----------------|------------------|---------------|-------------|----------|--------------|-------------|----------|---|
| 19/07/2024 | FORMATO DE SOLICITUD | DR ANDRES RAMIREZ | MEDICO 2 | CARCEL DISTRITAL | TENSIOMETRO | WELCH ALLYN | PARED | 150724 | PREVENTIVO | SUBREDCO | SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN PROTOCOLO |
| 22/07/2024 | FORMATO DE SOLICITUD | DRA ELIZABETH COY | CONSULTORIO 14 | 1 DE MAYO | OZONO TERAPIA | ENERGYLINE | O-3D | 03T2000030 | PREVENTIVO | SUBREDCO | MANTENIMIENTO SEGÚN PROTOCOLO |
| 22/07/2024 | FORMATO DE SOLICITUD | LIDER PAOLA PARADA | ODONTOLOGIA | ALPES | COMPRESOR | SFM | 1HP | NO VISIBLE | PREVENTIVO | SUBREDCO | EQUIPO SE REALIZA PREVENTIVO Y SE HACE PUESTA EN FUNCIONAMIENTO ALESTA BLOQUEADO POR UN CICO VOLTAJE SE DEJA EL USO Y BUEN ESTADO |
| 22/07/2024 | FORMATO DE SOLICITUD | DRA ELIZABETH COY | ODONTOLOGIA | OLAYA | SCALLER | WOODSPEKER | D-5 | NV | INSTALACION | SUBREDCO | EQUIPO SE REVISALAPIZ PARA SU FUNCIONAMIENTO CON PUNTAS COMPATIBILI |
| 22/07/2024 | FORMATO DE SOLICITUD | JEFE NOHORA PICO | ODONTOLOGIA | BELLO HORIZONTE | COMPRESOR | SCHULZ | MSV-6-30 | 3099695 | PREVENTIVO | SUBREDCO | MANTENIMIENTO SEGÚN PROTOCOLO SUBREDCO |
| 22/07/2024 | FORMATO DE SOLICITUD | JEFE NOHORA PICO | ODONTOLOGIA | BELLO HORIZONTE | COMPRESOR | SCHULZ | CSD-9 | 3487660 | PREVENTIVO | SUBREDCO | MANTENIMIENTO SEGÚN PROTOCOLO SUBREDCO |
| 23/07/2024 | FORMATO DE SOLICITUD | DRA ELIZABETH COY | CONSULTORIO 19 | 1 DE MAYO | TENSIOMETRO | WELCHALLYN | DE PARED | 150724113935 | CORRECTIVO | SUBREDCO | EQUIPO CON DAÑO OPERA VALVULA DE INSUFICIAR CAMBIA Y SE DEJA EN BUEN ESTADO |

780

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N°

6305

FECHA

26/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

VALOR

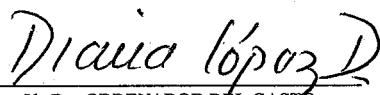
\$88.500,00

LA SUMA DE

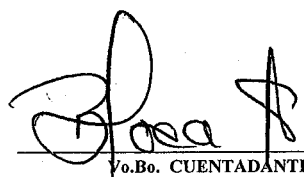
OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M.CTE.

CONCEPTO

CANCELADO A WILSON ARLEY FRANCO CAPADOR NIT 1,025,938,283 TRANSPORTE AL TRASLADARSE A UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE, PARA REALIZAR ACTIVIDADES CON EQUIPOS MÉDICOS, AUTORIZADO POR MICHAEL PULIDO LIDER GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA.



Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO



Vo.Bo. CUENTADANTE

2005 10 27

Diana Lopez D.
Yo So. DIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO (A)

Michael Polub

Recibo Saldo \$ 88.300

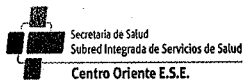
William Francis
CC 101393883

7AD402
51123001

CENTRO ORI

| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: | | INVENTARIO | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------|----------------|-------------------|---------------|----------------|---------------------------|--|--|
| FECHA SOLICITUD (DÍAS/MES/AÑO) | MEDIO DE SOLICITUD | NOMBRE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO | ÁREA O SERVICIO | NOMBRE EQUIPO | MARCA | MODELO | SERIE | # ACTIVO | TIPO DE SERVICIO PRESTADO | | |
| 2/07/2024 | PLAN DE MANTENIMIENTO | AUX Daniela cortes | LACHES | consultas externa | VARIOS | VARIOS | VARIOS | VARIOS | INVENTARIO | | |
| 2/07/2024 | PLAN DE MANTENIMIENTO | INGENIERIA BIOMEDICA | SAMPER MENDOZA | HOSPITALIZACION | VARIOS | VARIOS | VARIOS | VARIOS | MANTENIMIENTO CORRECTIVO | | |
| 2/07/2024 | PLAN DE MANTENIMIENTO | AUX Camaraza | PERSEVERANCIA | HOSPITALIZACION | MINDRAY | EPM-12 | ACB-9C002106 | NO REGISTRA | MANTENIMIENTO CORRECTIVO | | |
| 3/07/2024 | PLAN DE MANTENIMIENTO | AUX Camaraza | PERSEVERANCIA | URGENCIAS | COMEN | CM600 | 601310021036C | 3169-1760 | MANTENIMIENTO CORRECTIVO | | |
| 3/07/2024 | PLAN DE MANTENIMIENTO | AUX Daniela cortes | JORGE ELIECER GAITAN | HOSPITALIZACION | MINDRAY | EPM 12 | ACB-9C002100 | NO REGISTRA | MANTENIMIENTO CORRECTIVO | | |
| 4/07/2024 | PLAN DE MANTENIMIENTO | AUX Camaraza | PERSEVERANCIA | ODONTOLOGIA | AMERICANDENTAL | AD | NR | NR | MANTENIMIENTO CORRECTIVO | | |
| 8/07/2024 | PLAN DE MANTENIMIENTO | AUX Daniela cortes | CENTRO ORIENTE | ODONTOLOGIA | EURONDA | ES INSPECTION MED | EG0150170 | 9264-MED006054 | MANTENIMIENTO PREVENTIVO | | |
| 8/07/2024 | PLAN DE MANTENIMIENTO | AUX Daniela cortes | CENTRO ORIENTE | ODONTOLOGIA | BIOSONIC | US100 | 61115992 | 3825-MED006049 | MANTENIMIENTO PREVENTIVO | | |

| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: | | SOLICITUD SERVICIO Y UBICACIÓN | | | | INVENTARIO | | | | | CENTRO ORI | |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------|---------------|-------------|------------|-----------|----------|---------------------------|--|------------|--|
| FECHA SOLICITUD (DÍA/MES/AÑO) | MEDIO DE SOLICITUD | NOMBRE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO | ÁREA O SERVICIO | NOMBRE EQUIPO | MARCA | MODELO | SERIE | # ACTIVO | TIPO DE SERVICIO PRESTADO | | | |
| | PLAN DE MANTENIMIENTO | AUX Daniela cortes | CENTRO ORIENTE | PIEZA DE MANO | NSK | PANA-MAX 2 | A200146 | NR | MANTENIMIENTO PREVENTIVO | | | |
| | PLAN DE MANTENIMIENTO | AUX Daniela cortes | CENTRO ORIENTE | PIEZA DE MANO | STAR DENTAL | 344 | A600832Y1 | NR | MANTENIMIENTO PREVENTIVO | | | |
| | PLAN DE MANTENIMIENTO | AUX Daniela cortes | CENTRO ORIENTE | PIEZA DE MANO | STAR DENTAL | 344 | A600842Y1 | NR | MANTENIMIENTO PREVENTIVO | | | |
| 24/07/2024 | PLAN DE MANTENIMIENTO | DRA Eliana boda | SAMPER MENDOZA | VARIOS | VARIOS | VARIOS | VARIOS | VARIOS | MANTENIMIENTO PREVENTIVO | | | |



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. INFORMACION

COMPROBANTE Nº

6306

FECHA

26/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL

MATERIALES Y SUMINISTROS

VALOR

\$238.357,00

LA SUMA DE:

DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. SJ 4861 SUMINISTRO DE PAPELERÍA Y ARTES GRÁFICAS SERVIPEL LIMITADA NIT 830.020.970-6 CINTAS PARA IMPRESORAS EPSON REFERENCIA FX 2190 Y FX890, NECESARIAS EN EL ALMACÉN GENERAL DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES, COMPROBANTES DE ENTRADA Y SALIDA, ORDENES DE DESPACHO Y DEMÁS DOCUMENTOS GENERADOS, SOLICITADO POR MIGUEL ÁNGEL CORTÉS TOVAR, LIDER ALMACÉN.

R.FTE. 2.5%.....\$5.008
R.ICA 11.04 POR MIL..... 2.211
R.IVA 15%..... 5.709

Diana López D
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Signature]
Vo.Bo. CUENTADANTE

NO 13139.

*

NIT. 830.020.970-6

REGIMEN COMÚN,
RESPONSABLE DE IVA

Autorización de Numeración de Facturación
No. 1143132671 del 2023-09-13
Habilita Numeración de SJ 4001 al SJ 6000
Por una Vigencia de 12 meses
ACT. ECONOMICA 4649 - 11.04 X 1000


SERVIPPEL
CALIDAD Y SERVICIO

Suministro de Papelería Y Artes Gráficas "Servipel Ltda"

Oficina: Calle 24B No. 26-15 * Tels: 268 6007 - 311 213 8624 - 312 571 8136
Bodega: Calle 24B No. 26-41 * Bogotá, D.C. * E-mail: servipel@outlook.com - servipel96@gmail.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N°. SJ 4861

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

Nit: 900959051-7

Tel: 3444484

Dirección: CL 34 5 43 BOAVITA

Forma de Pago: CONTADO

Vendedor: JAIRO RODRIGUEZ

Regimen Responsable de Impuesto a las Ventas (48)

Responsabilidad: O-23 - Agente de retención en

Fecha Factura:
26/7/2024Fecha de Vencimiento:
26/07/2024

| Item | Descripción | Un. Empaq. | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Total | IVA |
|---|----------------------------|------------|----------|--------------|-----------|-----|
| 1 | CINTA EPSON FX 2190 (4010) | Unidad | 1 | 58,200 | 58,200 | 19 |
| 2 | CINTA EPSON FX 890 (4009) | Unidad | 1 | 142,100 | 142,100 | 19 |
| 7ADM10 -SANTA CLARA | | | | | | |
| <p>R.Fte 2.5% 5.008²</p> <p>R.ICA 11.04% 2.211⁵</p> <p>R.IVA 15% 5.709⁵</p> <p><u>\$12928</u></p> <p>A pagar \$225.429</p> | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 1013674224 225.429 | | | | | | |

Son:

SUBTOTAL \$ 200.300,00

IVA % \$ 38.057,00

RETE FUENTE 0.00

RETE ICA 0.00

RETE IVA 0.00

TOTAL \$ 238.357,00

NOTAS FINALES:

CUFE: ed1400d5d90b4647cf3ed398fa992b91898d37bd5ef1d569be7c38ddf6492999989b8eae1d531acfe6a0c3da09ff44

Fecha y hora de emisión:

2024-07-26 07:51:18.758-05:00

Atte.:

Firma y Sello:

Fecha de Recibido

D M A



IMPRESO POR PROASISTEMAS SA NIT SOFTWARE HELISA NIIF 800042928-1; PRESTADOR SE SERVICIOS TECNOLOGICOS ATEB COLOMBIA SAS NIT 9009659927 SOFTWARE COFIDI.

II REPRESENTACION GRAFICA DE LA FACTURA ELECTRONICA DE VENTA II

IMPRESO POR PROASISTEMAS S.A. NIT 800.042.928-1



- INSUMOS DE SISTEMAS
- UTILES DE OFICINA
 - LOGISTICA
 - ARCHIVO
- ASEO E HIGIENICOS
- ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD

Bogota; 18 de julio de 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Attn: Departamento de Compras

A continuacion me permito cotizar los siguientes elementos.

| ITEM | UNIDAD | DESCRIPCION | MARCA | CANTIDAD | VALOR | V. IVA | IVA | VALOR TOTAL |
|-------|--------|--------------------------|-------|----------|------------|--------|-----------|-------------|
| 1 | UNIDAD | CINTA EPSON REF. FX-2190 | EPSON | 1 | \$ 58,200 | 19% | \$ 11,058 | \$ 69,258 |
| 1 | UNIDAD | CINTA EPSON REF. FX-890 | EPSON | 1 | \$ 142,100 | 19% | \$ 26,999 | \$ 169,099 |
| TOTAL | | | | | | | | \$ 238,357 |

Nota: Los envios a nivel Bogota seran asumidos por la empresa, siempre y cuando el monto total sea superior a \$400.000

Para envios fuera de bogota el cliente asumira el costo del envio.

Los precios en esta cotizacion tienen una vigencia de 15 dias Habiles

La entrega a nivel Bogota, se realiza en un plazo de 2 a 3 dias habiles apartir de la confirmacion o orden de compra o de ser primera compra, una vez confirmado el pago

Forma de pago: La primera compra debe ser pago de contado ya sea en efectivo o por transferencia bancaria y si resulta exitosa pueden aplicar a crédito de 30 días, ltertando los formatos respectivos.

JAIR RODRIGUEZ LEAL
REPRESENTANTE LEGAL

SUMINISTROS DE PAPELERIA Y ARTES GRAFICAS SERVIPEL LTDA

Oficina y Bodega: calle 24b # 26-15 Bogotá Colombia Telefonos:2683830-2686007

Celular:3125718136 WhatsApp:3112138624

Email: Servipel96@gmail.com - Servipel96ventas@gmail.com - servipel@outlook.com

Página web: www.servipelsuministros.com

263



Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14756987656



(415)7707212489984(8020) 000001475698765 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 3 0 0 2 0 9 7 0

6

Impuestos de Bogotá *

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón social

SÚMINISTRO DE PAPELERIA Y ARTES GRAFICAS SERVIPEL LIMITADA

36. Nombre comercial

SERVIPEL LTDA

37. Sigla

SERVIPEL LTDA

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 24 B 26 15

42. Correo electrónico

servipel@outlook.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

2 6 8 3 8 3 0

45. Teléfono 2

3 1 1 2 1 3 8 6 2 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

4 6 4 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 1 0 2 1 7

Actividad secundaria

48. Código

5 2 1 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 2 0 6 0 6

Otras actividades

50. Código

1 8 1 1

1 4 7 6 1

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 9 1 4 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinal

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 ☒

60. No. de Folios

0

61. Fecha

2021 - 05 - 11 / 14 : 52 : 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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

1. INFORMACIÓN

| | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| CIUDAD Y FECHA | BOGOTÁ D.C. 24 DE JULIO DE 2024 |
| NOMBRE FUNCIONARIO | MIGUEL ÁNGEL CORTÉS TOVAR |
| ÁREA / DEPENDENCIA | ALMACÉN GENERAL |
| CENTRO DE COSTO | 7ADM10 511114001 |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | SANTA CLARA |

2. VALOR TOTAL

DOSOCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M.CTE (\$238.357)

3. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

CINTA EPSON REFERENCIA FX - 2190
CINTA EPSON REFERENCIA FX 800

4. JUSTIFICACIÓN

NECESARIAS PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES, COMPROBANTES DE ENTRADA Y SALIDA, ORDENES DE DESPACHO Y DEMÁS DOCUMENTOS GENERADOS EN EL ALMACÉN GENERAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

| | | |
|--------------------------------|----|----|
| 5. ¿Existe en Almacén Central? | SI | NO |
| | | X |

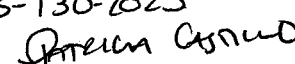

Vo.Bo. Funcionario Almacén Nombre y Firma


Nombre Funcionario y/o Contratista


Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

6. OBSERVACIÓN:

ESTE ISUMO NO SE ENCUENTRA CONTRATADO

02-BS-130-2023


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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000077724

PROVEEDOR: SUMINISTRO DE PAPELERIA Y ARTES GRAFICAS NIT: 830020970 FECHA: 26/07/2024 11:03 a.m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CL 24 BN 26 - 13 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 2683830 TASA CAM: 0,00
Nº FACTURA: 914861 ✓ % ICA: 11,0400 PLAZO: 0 FECHA FAC: 26/07/2024 12:00 a.m. ✓

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR U | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|-------------|----------------------------|--------------|----------|---------------|---------------|------|-------|
| 134UC014308 | CINTA EPSON FX-2190 | UNIDAD | 1,00 | \$ 38.200,00 | \$ 38.200,00 | 0,00 | 19,00 |
| 134UC014309 | CINTA EPSON SO15329 FX-890 | UNIDAD | 1,00 | \$ 142.100,00 | \$ 142.100,00 | 0,00 | 19,00 |

DETALLE

CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA-ALMACEN GENERAL, DIGITA LUDY TORRES ✓

SUBTOTAL: \$ 200.300,00 ✓

DESCUENTO: \$ 0,00

IMPUESTO: \$ 38.057,00 ✓

FLETES: \$ 0,00

IMP FLETES: \$ 0,00

RETE IVA: \$ 3.709,00

RETE ICA: \$ 2.211,00

RETE FUENTE: \$ 3.008,00

OTRAS RETE: \$ 0,00

OTRAS DEDUC: \$ 0,00

IMP DISTRI: \$ 0,00

AJUSTE RED: \$ 0,00

AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00

TOTAL COMPR: \$ 225.429,00

TOTAL COMPROBANTE:DOSCIENTOS VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS VEINTINUEVE PESOS CON CERO CTVS
M/Cts.

Revisó Almacen

Revisado Impuestos:

6306



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° | 6307 | FECHA | 29/07/2024 |
|----------------|------|-------|------------|

| | |
|--------------------|--------------|
| RUBRO PRESUPUESTAL | MEDICAMENTOS |
|--------------------|--------------|

| | |
|--------|--------------|
| VALOR: | \$446.000,00 |
|--------|--------------|

| | |
|-------------|--|
| LA SUMA DE: | CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL PESOS M.CTE. |
|-------------|--|

| | |
|-----------|--|
| CONCEPTO: | FACTURA No. BO 7782 BIOHEALTHY SAS NIT 900.628.878-0 MEDICAMENTOS (SULFADIAZINA, PIRIMETAMINA, ÁCIDO FOLINICO), NECESARIOS PARA PREPARACIONES FÓRMULAS MAGISTRALES PARA PACIENTE DE LA UCI NEONATALES DEL HOSPITAL LA VICTORIA ÁNGEL CARANTON., SOLICITADO POR ALEXIS ORJUELA ANGULO, SERVICIOS FARMACÉUTICO HOSPITAL SANTA CLARA. |
|-----------|--|

Diana López D
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Signature]
Vo.Bo. CUENTADANTE

ND 13148 (2)




BIOHEALTHY SAS
900628878-0

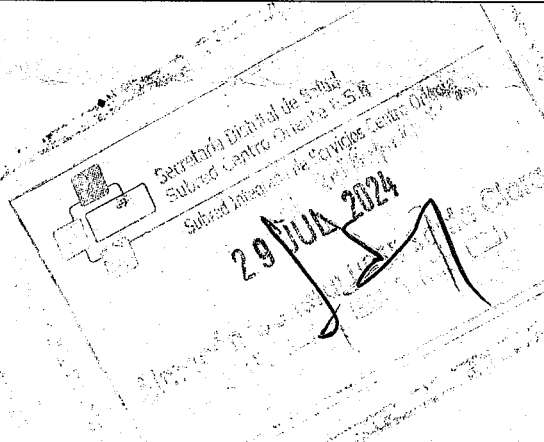
REGIMEN COMUN - NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
ACTIVIDADES ECONOMICAS 2100 - 4645
CARRERA 15 # 33A - 58 BOGOTÁ
PBX (+571) 7446217
www.biohealthy.com.co
BOGOTÁ

FACTURA DE VENTA

No. BO7782

| | | | | | | |
|--|--|---|----|----------------------------|--|---|
| SEÑORES SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE DG 34 5 43 BOGOTA 3282828 3023348034 900959051-7 | FECHA FACTURA | | | REMISIONES | |  |
| | 2024 | 7 | 25 | HOSPITAL L | | |
| | FECHA VENCIMIENTO | | | CONDICIONES DE PAGO | | |
| | 2024 | 7 | 25 | 0 DIAS | | |
| | VENDEDOR | | | ORDEN DE COMPRA | | |
| | V04 | | | | | |
| CUFE | ab910288116bbf1274ee78477228f4f4a151106950b67f667aaf3506061596174182ff349b5bea06aad44e4eb49b2985 | | | | | |

| CODIGO | PRODUCTO | LOTE | CANTIDAD | UND | PRECIO UND | VALOR TOTAL |
|--|--|----------|----------|-----|------------|-------------|
| I01013378 | ORAL SULFADIAZINA 100MG/ML SUSP X 30ML | 90197161 | 3.00 | 30 | 65,000.00 | 195,000.00 |
| RTFUENTE 0%: 0.00 RETEIVA 0%: 0.00 RETEICA 7%: 1,345.50 IVA 0%: 0.00 | | | | | | |
| I01013379 | ORAL PIRIMETAMINA 2.6MG/ML SUSP X 30ML | 90197210 | 3.00 | 30 | 55,000.00 | 165,000.00 |
| RTFUENTE 0%: 0.00 RETEIVA 0%: 0.00 RETEICA 7%: 1,138.50 IVA 0%: 0.00 | | | | | | |
| I01013380 | ORAL AC FOLINICO 10MG/ML SUSP X 20ML | 90197166 | 1.00 | 20 | 86,000.00 | 86,000.00 |
| RTFUENTE 0%: 0.00 RETEIVA 0%: 0.00 RETEICA 7%: 593.40 IVA 0%: 0.00 | | | | | | |



Cancelado Efectivo
Alexander Murcia
cc 80.005 383
09-ago-24

DEVOLVER ORIGINAL EMPRESA FIRMADO Y SELLADO

Son CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS VEINTIDOS PESOS 60/100

OBSERVACIONES
HOSPITAL LA VICTORIA

SUB-TOTAL 446,000
DESCUENTO 0
TOTAL / Total 446,000
RETE - FUENTE 0
RETE - IVA 0
RETE - ICA 3,077
IVA 0
TOTAL A PAGAR 442,922

ENTRADA
446,000
442,922

DGN
BIOHEALTHY S.A.S.

Favor consignar a BIOHEALTHY S.A.S CONVENIO BANCOLOMBIA No. 55575.
o con cheque cruzado a nombre de BIOHEALTHY S.A.S
NOTA: Vencido el plazo para cancelar la presente factura se causaran intereses moratorios a la tasa permitida por la Superintendencia Financiera. Después de ocho (8) días de recibida la mercancía NO aceptamos devoluciones. Esta factura es válida en sus efectos a la letra e cambio (Codigo del Comercio Art. 774) no somos Agentes Retenedores de IVA.

SELLO CLIENTE

NOMBRE LEGIBLE PF Yuliy Perdomo
C.C.: 1023945414
FECHA: 26/07/2024

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

ORIGINAL EMPRESA

Bogotá D.C. 9 AGOSTO 2024

Señores

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

Asunto: Autorización pago de facturas

La presente es para autorizar al señor ALEXANDER MURCIA PULGA con C.C 80.005.383 a realizar el cobro de la factura No. BO7782 por valor de \$446.000 a nombre de Subred Centro Oriente SAS.

Cordialmente

GINA ANDRADE

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

269


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 80.005.383

MURCIA PULGA

APELLIDOS
ALEXANDER

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO: 17 JUN 1979

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

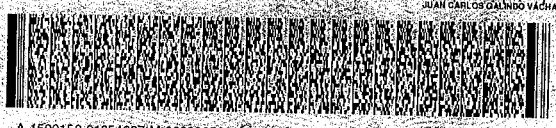
O+ G.S. RH

M SEXO

10-SEP-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



A-1500150-01054607-M-0080005383-20190111 0064090413A.1 9907115946

FORMULACION MEDICA INTRA-HOSPITALARIO

Paciente ANGEL SANTIAGO CARANTON CASTAÑEDA
Identificación 1028676557
Centro- Atencion HOSPITAL LA VICTORIA
Dirección DG 39 SUR No 3-20 ESTE
Edad 0 Años / 0 Meses / 18 Días
Telefono 3143478193
Cama UCINEO_02 - RECIEN NACIDOS INTENSIVO
Telefono 3725610
Folio 118
No. Historia 1028676557
Ingreso 17130374
Fecha Ingreso 29/06/2024 4:40:18 p. m.
Fecha prescripción 17/07/2024 9:41 a. m.
Entidad CAPITAL SALUD EPS-S
No. Cama UCINEO_02 - RECIEN NACIDOS INTENSIVO
Area de Servicio: 2LVE04 - LA VICTORIA UCI NEONATAL
Suministro Paciente
Plan de Beneficios: PGP CAPITAL SALUD EPS

Diagnostico Principal : P371 - TOXOPLASMOSIS CONGENITA

No Formula: FAM000026909811



MEDICAMENTOS POS

| Medicamento | Cantidad | Concentra. | Unidad | Via Admin. | Observaciones | T.D. | Dura. |
|--|----------|------------|--------|------------|---|-------------------------------------|-------|
| 122MJ034905 SULFADIAZINA 100MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU | (3) TRES | 100MG/ML | FRASCO | Oral | 1,5 ML CADA 12 HRS POR 30 DIAS | <input checked="" type="checkbox"/> | 30 d |
| 122MP025196 PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU | (3) TRES | 2.6MG/ML | FRASCO | Oral | 6MG DIA LOS PRIMEROS DOS DIASSEGUIDOS DE 3 MG DIA POR 28 DIAS 2,4 ML LOS DOS PRIMEROS DIAS Y CONTINUAR CON 1,2 ML DIA POR 28 DIAS | <input checked="" type="checkbox"/> | 30 d |
| 122MV045070 ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL PREPARACION MAGISTRAL SDMDU | (1) UNO | 10 MG/ML | FRASCO | Oral | 1 ML 3 VECES POR SEMANA(LUNES , MIERCOLES Y VIERNES) DURANTE 30 DIAS. | <input checked="" type="checkbox"/> | 30 d |

Total Items: 3

DIAGNOSTICOS

| CODIGO | DESCRIPCION | TIPO DIAGNOSTICO |
|--------|--|------------------|
| P371 | TOXOPLASMOSIS CONGENITA | Principal |
| A509 | SIFILIS CONGENITA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN | Relacionado |
| | | Definitivo |
| | | Presuntivo |

DIAZ MORENO ROSA CECILIA
PEDIATRIA PLAN CANGURO UHMES MATERNO INFANTIL
20567380

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

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

271

RE: Solicitud de existencias y contratos

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

Lun 22/07/2024 16:40

Para: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>; Miguel Angel Cortes Tovar <almacen100@subredcentrooriente.gov.co>
CC: Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>




Cordial Saludo,

Se informa que a la fecha no se cuenta con contrato vigente para los medicamentos en mención:

- 122MJ034905 SULFADIAZINA 100MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL
- 122MP025196 PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL
- 122MV045070 ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL PREPARACION MAGISTRAL

Lo anterior para su información y fines pertinentes.

Cordialmente,



Ángel Eduardo Triana Niño
Tecnólogo Administrativo
Dirección De Contratación – Compras
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

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

Enviado: lunes, 22 de julio de 2024 3:02 p. m.

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

Cc: Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: Solicitud de existencias y contratos

Buenas tardes Doctores solicito su amable colaboración en el sentido de verificar si se encuentran contratados y/o hay existencias de las siguiente formulas magistrales solicitadas para paciente de UCI la Victoria

122MJ034905 SULFADIAZINA 100MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU: TRES (3) FRASCOS
122MP025196 PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU: TRES (3) FRASCOS
122MV045070 ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL PREPARACION MAGISTRAL SDMDU: UN (1) FRASCO

y por otro lado:

122MJ032456 AMPICILINA SODICA 1 G + SULBACTAM 0.5 G POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE VIAL: Cuatrocientos (400) VIALES

Agradezco su información

Cordialmente



ALEXIS ORJUELA ANGULO
Químico Farmacéutico
Servicio Farmacéutico - Dirección de Servicios Complementarios
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

272

RV: Solicitud de existencias y contratos

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

Mié 24/07/2024 10:12 AM

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



ALEXIS ORJUELA ANGULO

Químico Farmacéutico

Servicio Farmacéutico - Dirección de Servicios Complementarios
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

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

Enviado: martes, 23 de julio de 2024 9:01

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

Cc: Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: RE: Solicitud de existencias y contratos

Cordial saludo

Me permito informar que una vez revisado el aplicativo Dinámica Gerencial - Módulo de Inventarios con corte al día de hoy 23/07/2024, no se evidencia existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente del siguiente medicamento:

- 122MJ034905 SULFADIAZINA 100MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL

Editor de Productos - Dinámica Gerencial - NIFT

Producto: 122MJ034905 Código Alterno: 122MJ034905 Código Agrupamiento: 201EC0201 Descripción de Agrupamiento: SULFADIAZINA 100MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU Bloqueado

Descripción Corta: SULFADIAZINA 100MG/ML SUSP... Descripción Larga: SULFADIAZINA 100MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU

Código CUM: FECHA VENCIMIENTO DISPONIBLE COMPROMETIDA EXISTENCIA

| FECHA VENCIMIENTO | DISPONIBLE | COMPROMETIDA | EXISTENCIA |
|-------------------|------------|--------------|------------|
| 24/07/2017 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 1/09/2019 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 31/12/2019 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 31/12/2019 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 31/12/2019 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 30/04/2022 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 1/01/2020 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 7/07/2023 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 7/01/2023 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 1/01/2023 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

Existencia Total: 0.00

Cantidad Total en Prestamos de Salud: 0.00

Unidad de Medida: 13 FRASCO Fracción: 1 Unidad de Consumo: FRASCO

Me permito informar que una vez revisado el aplicativo Dinámica Gerencial - Módulo de Inventarios con corte al día de hoy 23/07/2024, no se evidencia existencias en los almacenes de la Subred Centro Oriente del siguiente medicamento:

122MP025196 PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL

273

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

Enviado: lunes, 22 de julio de 2024 4:40 p. m.

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

Cc: Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: RE: Solicitud de existencias y contratos

Cordial Saludo,

Se informa que a la fecha no se cuenta con contrato vigente para los medicamentos en mención:

- 122MJ034905 SULFADIAZINA 100MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL
- 122MP025196 PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL
- 122MV045070 ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL PREPARACION MAGISTRAL

Lo anterior para su información y fines pertinentes.

Cordialmente,



Ángel Eduardo Triana Niño
Tecnólogo Administrativo
Dirección De Contratación – Compras
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

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

Enviado: lunes, 22 de julio de 2024 3:02 p. m.

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

Cc: Referente Farmaceutico <referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: Solicitud de existencias y contratos

Buenas tardes Doctores solicito su amable colaboración en el sentido de verificar si se encuentran contratados y/o hay existencias de las siguiente formulas magistrales solicitadas para paciente de UCI la Victoria

122MJ034905 SULFADIAZINA 100MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU: TRES (3) FRASCOS
122MP025196 PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU: TRES (3) FRASCOS
122MV045070 ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL PREPARACION MAGISTRAL SDMDU: UN (1) FRASCO

y por otro lado:

122MJ032456 AMPICILINA SODICA 1 G + SULBACTAM 0.5 G POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE VIAL: Cuatrocientos (400) VIALES

Agradezco su información

Cordialmente



ALEXIS ORJUELA ANGULO
Químico Farmacéutico
Servicio Farmacéutico - Dirección de Servicios Complementarios
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

Bonne Santé Group S.A.S.
NIT: 901256347-8
Dirección: Av. Cra. 19 #152A-14
Ciudad: Bogotá
Teléfono: +57 322 4433902
Correo: g.financiero.bsgs@gmail.com
Forma de pago: CONTADO

Razón Social
Señores

SUBRED CENTRO ORIENTE
HOSPITAL SANTA CLARA

Fecha 23/07/2024
Fecha validez 23/07/2027

| MARCA | DESCRIPCIÓN | PRESENTACIÓN | CANTIDAD | VALOR PRESENTACIÓN | IVA | VALOR TOTAL |
|----------|------------------------|--------------|----------|--------------------|-----|-------------|
| FAGRON | Sulfadiazina 100mg/ml | FCO*30 ML | 3 | 135.000 | 0% | \$405.000 |
| FAGRON | Acido Folinico 10mg/ml | FCO*-20 ML | 1 | 130.000 | 0% | \$130.000 |
| FAGRON | Pirimetamina 2,6 mg/ml | FCO*30 ML | 3 | 133.750 | 0% | \$401.250 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| SUBTOTAL | | | | | | \$936.250 |
| IVA | | | | | | \$0 |
| FLETE | | | | | | \$0 |
| Rte. ICA | | | | | | \$0 |
| TOTAL | | | | | | \$936.250 |

Elaborado por: OPR

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

Escuchamos tu corazón

275

RE: SOLICITUD DE COTIZACIÓN

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

Mar 23/07/2024 16:03

Para: Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>; Yuri Andrea Herrera Villarraga' <ahv@unidossis.com.co>; ggeneral@bonnesante.com.co <ggeneral@bonnesante.com.co>; Yeimy Dayana Carrillo' <coor.logistica.bsgs@gmail.com>

Cordial saludo,

Relación cotización,

SULFADIAZINA X 30ML \$65.000
PIRIMETAMINA X 30ML \$55.000
ACIDO FOLINICO X 20ML \$86.000

Muchas gracias,

Lizeth Parrado
Coordinadora Regional centro
Biohealthy S.A.S.
Carrera 15 # 34 - 25
Bogotá - Colombia
celular: +57 314 255 10 50



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



EMPRESA 100%
COLOMBIANA

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

Enviado el: lunes, 22 de julio de 2024 3:34 p. m.

Para: ventas10@biohealthy.com.co; Yuri Andrea Herrera Villarraga <ahv@unidossis.com.co>; ggeneral@bonnesante.com.co; Yeimy Dayana Carrillo <coor.logistica.bsgs@gmail.com>

Asunto: SOLICITUD DE COTIZACIÓN

Buenas tardes solicito su amable colaboración en el sentido cotizar las siguientes formulas magistrales, servicio completo:

122MJ034905 SULFADIAZINA 100MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU: TRES (3) FRASCOS
122MP025196 PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU: TRES (3) FRASCOS
122MV045070 ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL PREPARACION MAGISTRAL SDMDU: UN (1) FRASCO

Agradezco el envío de la información, para su correspondiente pago por caja menor

Cordialmente

MÁS CONFIANZA
MÁS BIENESTAR





BOGOTÁ

ALEXIS ORJUELA ANGULO

Químico Farmacéutico

Servicio Farmacéutico - Dirección de Servicios Complementarios
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

276

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|-----------------------|
| DIAN POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA | | Formulario del Registro Único Tributario | | 001 | |
| 2. Concepto 02 Actualización | | 4. Número de formulario 14934808448 | | | |
|  | |  (415)7707212489984(8020) 000001493480844 8 | | | |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 6 2 8 8 7 8 | | 6. DV 0 | 12. Dirección seccional Impuestos de Medellín | | 14. Buzón electrónico |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona jurídica | | 25. Tipo de documento 1 | | 26. Número de Identificación | |
| 27. Fecha expedición | | 28. País 1 | | 29. Departamento Antioquia | |
| 30. Ciudad/Municipio Medellín | | 31. Primer apellido | | 32. Segundo apellido | |
| 33. Primer nombre | | 34. Otros nombres | | 35. Razón social BIOHEALTHY S.A.S. | |
| 36. Nombre comercial FARMACIA MAGISTRAL BIOHEALTHY | | 37. Sigla | | 38. País COLOMBIA | |
| 39. Departamento Antioquia | | 40. Ciudad/Municipio Medellín | | 41. Dirección principal CL 30 CR 69 142 | |
| 42. Correo electrónico g.administrativo@biohealthy.com.co | | 43. Código postal | | 44. Teléfono 1 4 4 8 0 4 7 8 | |
| 45. Teléfono 2 3 2 0 8 5 9 6 3 2 3 | | CLASIFICACIÓN | | | |
| Actividad económica | | Ocupación | | 52. Número establecimientos | |
| 46. Código 2 1 0 0 | | 47. Fecha inicio actividad 2 0 1 2 0 3 1 6 | | 48. Código 4 6 4 5 | |
| 49. Fecha inicio actividad 2 0 1 2 0 3 1 6 | | 50. Código 5 3 2 0 | | 51. Código | |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos | | | | | |
| 53. Código 5 7 9 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5 | | | | | |
| 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario | | | | | |
| 52- Facturador electrónico | | | | | |
| 07- Retención en la fuente a título de renta | | | | | |
| 55- Informante de Beneficiarios Finales | | | | | |
| 09- Retención en la fuente en el impuesto | | | | | |
| 10- Obligado aduanero | | | | | |
| 14- Informante de exogena | | | | | |
| 42- Obligado a llevar contabilidad | | | | | |
| 48- Impuesto sobre las ventas - IVA | | | | | |
| Obligados aduaneros | | | Exportadores | | |
| 54. Código 2 2 2 3 | | | 55. Forma 3 | | |
| 56. Tipo 1 | | | Servicio 1 | | |
| 57. Modo 3 | | | 58. CPC 1 | | |
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación. | | | | | |
| Para uso exclusivo de la DIAN | | | | | |
| 59. Anexos SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | 60. No. de Folios 0 | | 61. Fecha 2023-08-04/07:02:35 | |
| La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Párrafo 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 BERRIO JUAN DIEGO 985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado | | |

277

| | BIOHEALTHY | | | BONNE SANTE | | |
|----------------|--------------|---|---------------|---------------|---|---------------|
| SULFADIAZINA | \$ 65.000,00 | 3 | \$ 195.000,00 | \$ 135.000,00 | 3 | \$ 405.000,00 |
| PIRIMETAMINA | \$ 55.000,00 | 3 | \$ 165.000,00 | \$ 133.750,00 | 3 | \$ 401.250,00 |
| ACIDO FOLINICO | \$ 86.000,00 | 1 | \$ 86.000,00 | \$ 130.000,00 | 1 | \$ 130.000,00 |
| | | | \$ 446.000,00 | | | \$ 936.250,00 |

Biohealthy SAS

Medicamentos

278



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

CÓDIGO: AP-RF-FT-002
VERSIÓN: 04
FECHA: 2024-07-16

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA: BOGOTÁ, JULIO 22 DE 2024

NOMBRE FUNCIONARIO: ALEXIS ORJUELA ANGULO

ÁREA/DEPENDENCIA: GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - SERVICIO FARMACÉUTICO

CENTRO DE COSTO: 221E04 732101001

UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD: SANTA CLARA

2. VALOR TOTAL: CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL PESOS (\$446.000)

3. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

122MJ034905 SULFADIAZINA 100MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU: TRES (3) FRASCOS
122MP025196 PIRIMETAMINA 2.6 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU: TRES (3) FRASCOS
122MV045070 ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL PREPARACION MAGISTRAL SDMDU: UN (1) FRASCO

4. JUSTIFICACIÓN

Se requiere la preparación de formulas magistrales para paciente de la unidad de cuidados intensivos neonatales de la sede Victoria paciente Angel Caranton1028676557

5. Existe en Almacén Central?

| SI | NO |
|----|----|
| | x |

Emmanuel Ángel Caranton
V.B. Funcionario Almacén Nombre y Firma

[Firma]
Nombre Funcionario o Contratista

Diana López D
V.B. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

6. OBSERVACIÓN

Actualmente estos productos se encuentran sin contrato y no se cuenta con existencias en ninguna de las bodegas o subalmacenes de la subred.

[Firma]
Dannys Teherán

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

Fecha Actual : Lunes, 29 julio 2024

1/1

COMPROBANTE ENTRADA Nº000000000077775

PROVEEDOR: BIOHEALTHY SAS
CIUDAD: MEDELLIN (ANTIOQUIA)
DIRECCION: CL 30 N - CR 69 142
TELEFONO: 4480478
Nº FACTURA: 607782 ✓

NIT: 900628878

FECHA: 29/07/2024 02:52 p.m.

ESTADO: Confirmado

MONEDA: Pesos

TASA CAM: 0,00 ✓

% ICA: 0,0000

PLAZO: 0

FECHA FAC: 29/07/2024 12:00 a.m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|-------------|--|--------------|----------|--------------|---------------|------|------|
| 122M034905 | SULFADIAZINA 100MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU | FRASCO | 3,00 ✓ | \$ 65.000,00 | \$ 195.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| 122MP025198 | PIRIMETAMINA 2,5 MG/ML SUSPENSION ORAL FRASCO 30 ML PREPARACION MAGISTRAL SDMDU | FRASCO | 3,00 ✓ | \$ 55.000,00 | \$ 165.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| 122MV043070 | ACIDO FOLINICO 10 mg/mL SUSPENSION ORAL FRASCO 20 mL PREPARACION MAGISTRAL SDMDU | FRASCO | 1,00 ✓ | \$ 86.000,00 | \$ 86.000,00 | 0,00 | 0,00 |

DETALLE

CAJA MENOR, UNIDAD VICTORIA, FARMACIA, DIGITA LUDY TORRES ✓

SUBTOTAL: \$ 446.000,00 ✓

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 REP: \$ 0,00

AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00

TOTAL COMPR: \$ 446.000,00

TOTAL COMPROBANTE:

CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL PESOS CON CERO CTVS M/CL.

Revisado

Revisó Almacen

Revisado Impuestos:



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. INFORMACION

COMPROBANTE N°

6308

FECHA

29/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL:

MANTENIMIENTO ESE

VALOR:

\$154.000,00

LA SUMA DE:

CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL PESOS M.CTE.

CONCEPTO:

FACTURA No. 0345 VICTOR JULIO TORRES WILCHES NIT. 79.284.394-2 MANTENIMIENTO PARA EL VEHÍCULO ADMINISTRATIVO DE PLACA OBE 533 PERTENCIENTE A LA SUBRED CENTRO ORIENTE ESE (RESORTES, LÍQUIDO, MANGUERA, ENTRE OTROS), SOLICITADO POR DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE, LIDER TRANSPORTE.

Diana López D

Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Signature]

Vo.Bo. CUENTADANTE

SOLO FRENOS TORRES

Nit: 79.284.394-2 Régimen Simplificado

Victor Julio Torres Wilches

TÉCNICOS ESPECIALIZADOS EN REPARACIÓN
DE AIRE Y LIQUIDO - REPUESTOS

SERVICIO FESTIVOS



Cra. 7 N°. 32-49 Sur. Tel.: 755 6952 Cel: 321 487 3028 Barrio San Isidro Bogotá Col.

| | | |
|------------|-------------------|------------------|
| FECHA: | 29 / Julio / 2021 | FACTURA DE VENTA |
| SEÑOR(ES): | | 0345 |
| VEHICULO: | PLACA N° OBE 533 | C.C. / NIT. |

| CANT. | DESCRIPCIÓN | VR. UNIT. | VR. TOTAL |
|------------|---------------|-------------|-----------|
| | BANDAS X F.V | | |
| | GRASAS L-A | | |
| | RESORTES | | \$10.000 |
| | CHUPAS | | |
| | GUARDAPOLVO | | |
| | RETENEDORES | | |
| 1 | LIQUIDO | | \$14.000 |
| | EMPAQUETADURA | | |
| | DIAFRAGMAS | | |
| | RODAMIENTOS | | |
| | RACORERÍAS | | |
| | MANGUERAS | | \$55.000 |
| | SILICONA | | |
| 1 | VARIOS | | \$15.000 |
| | | | \$60.000 |
| SERVICIOS: | | SUB-TOTAL\$ | |
| | | TOTAL\$ | \$154.000 |

ACEPTADA: RECIBÍ CONFORME

Diana Sandoval



C.C. / NIT.

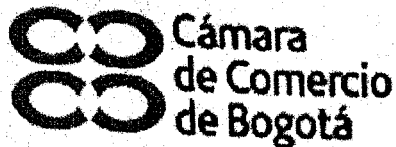
VENDEDOR

FIRMA AUTORIZADA

Impreso por José Alfredo Montealegre Nit. 79518572-3 Tel.: 289 70 79.

282

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|------------------------------|
| DIAN POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA | | Formulario del Registro Único Tributario | | 001 | |
| 2. Concepto 1 3 Actualización de oficio | | 4. Número de formulario 14565985730 | | | |
|  | |  (415)7707212489984(8020) 000001456598573 0 | | | |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 7 9 2 8 4 3 9 4 | | 6. DV 2 | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | | 14. Buzón electrónico 3 2 |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2 | | 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3 | | 26. Número de identificación 7 9 2 8 4 3 9 4 | |
| 27. Fecha expedición 1 9 8 1 1 0 3 0 | | 28. País COLOMBIA | | 29. Departamento Bogotá D.C. | |
| 30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. | | 31. Primer apellido TORRES | | 32. Segundo apellido WILCHES | |
| 33. Primer nombre VICTOR | | 34. Otros nombres JULIO | | 35. Razón social | |
| 36. Nombre comercial SOLO FRENOS TORRES | | 37. Sigla | | | |
| UBICACIÓN | | | | | |
| 38. País COLOMBIA | | 39. Departamento Bogotá D.C. | | 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. | |
| 41. Dirección principal CR 7 32 49 SUR | | 42. Correo electrónico | | 43. Código postal | |
| 44. Teléfono 7 5 5 6 9 5 2 | | 45. Teléfono 2 3 2 1 4 8 7 3 0 2 8 | | | |
| CLASIFICACIÓN | | | | | |
| Actividad económica | | Ocupación | | | |
| 46. Código 4 5 2 0 | | 47. Fecha inicio actividad 2 0 1 2 0 2 0 2 | | 48. Código 1 1 | |
| 49. Fecha inicio actividad 1 1 | | 50. Código 1 2 | | 51. Código 1 | |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos | | | | | |
| 53. Código 4 9 | | | | | |
| 49 - No responsable de IVA | | | | | |
| Obligados aduaneros | | | | | |
| 54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 | | | | | |
| Exportadores | | | | | |
| 55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC | | | | | |
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación | | | | | |
| Para uso exclusivo de la DIAN | | | | | |
| 59. Anexos SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | 60. No. de Folios 0 | | 61. Fecha 2019 - 06 - 01 | |
| La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016 Firma del solicitante: | | | Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA 985. Cargos | | |



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE KENNEDY

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 823066309E9F06

5 DE MAYO DE 2023 HORA 15:34:47

5823066309

PÁGINA: 1 DE 2

* * * * *

ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON UN CÓDIGO
DE VERIFICACIÓN QUE LE PERMITE SER VALIDADO ILIMITADAMENTE DURANTE
60 DÍAS, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

RECUERDE QUE ESTE CERTIFICADO LO PUEDE ADQUIRIR DESDE SU CASA U
OFICINA DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO

PARA SU SEGURIDAD DEBE VERIFICAR LA VALIDEZ Y AUTENTICIDAD DE ESTE
CERTIFICADO SIN COSTO ALGUNO DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN
WWW.CCB.ORG.CO/CERTIFICADOSELECTRONICOS

QUE, LOS DATOS DEL EMPRESARIO Y/O EL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO HAN
SIDO PUESTOS A DISPOSICIÓN DE LA POLICÍA NACIONAL A TRAVÉS DE LA
CONSULTA A LA BASE DE DATOS DEL RUES

CERTIFICADO DE MATRICULA DE PERSONA NATURAL
LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA, CON FUNDAMENTO EN LAS MATRICULAS E
INSCRIPCIONES DEL REGISTRO MERCANTIL

CERTIFICA:

NOMBRE : VICTOR JULIO TORRES WILCHES

C.C. : 79.284.394

N.I.T. : 79284394 2 ADMINISTRACION : , REGIMEN SIMPLIFICADO

CERTIFICA:

MATRICULA NO : 02177454 DEL 2 DE FEBRERO DE 2012

CERTIFICA:

DIRECCION DE NOTIFICACION JUDICIAL : CR 7 NO. 32 49 SUR

MUNICIPIO : BOGOTÁ D.C.

EMAIL NOTIFICACION JUDICIAL : VICTORJULIOTORRES89@GMAIL.COM

DIRECCION COMERCIAL : CR 7 NO. 32 49 SUR

MUNICIPIO : BOGOTÁ D.C.

EMAIL COMERCIAL: VICTORJULIOTORRES89@GMAIL.COM

CERTIFICA:

RENOVACION DE LA MATRICULA : 5 DE MAYO DE 2023

ULTIMO AÑO RENOVADO: 2023

ACTIVO TOTAL REPORTADO: \$1,836,000

CERTIFICA:

ACTIVIDAD ECONOMICA : 4520 MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE VEHÍCULOS
AUTOMOTORES. HOMOLOGADO(S) VERSIÓN 4 AC.

CERTIFICA:

PROPIETARIO DE LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

NOMBRE : SOLO FRENOS TORRES

DIRECCION COMERCIAL : CR 7 NO. 32 49 SUR

Constanza
del P
P
Trujillo



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 Y ABASTECIMIENTOS
FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENOR

CÓDIGO: AP-RF-FT-002
VERSIÓN: 04
FECHA: 2024-07-16

1. INFORMACIÓN

| | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| CIUDAD Y FECHA | BOGOTÁ / 29 DE JULIO DE 2024 |
| NOMBRE FUNCIONARIO | DIANA CAROLINA SANDOVAL MANRIQUE |
| ÁREA / DEPENDENCIA | TRANSPORTE |
| CENTRO DE COSTO | 7ADM07 511115001 |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | HOSPITAL SANTA CLARA |

2. VALOR TOTAL

CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL (\$154.000)

3. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

SE SOLICITA REALIZAR MANTENIMIENTO PARA EL VEHICULO ADMINISTRATIVO DE PLACA OBE533 PROPIEDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

4. JUSTIFICACIÓN

SE SOLICITA REALIZAR MANTENIMIENTO PARA EL VEHICULO ADMINISTRATIVO DE PLACA OBE533 PROPIEDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE, LO ANTERIOR QUE A LA FECHA NO SE CUENTA CON CONTRATO PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL PARQUE AUTOMOTOR DE LA ENTIDAD, POR LO TANTO, SE SOLICITA ESTE SERVICIO CON RECURSOS DE CAJA MENOR.

5. ¿Existe en Almacén Central?

SI

NO

X

N/A

Vo.Bo. Funcionario Almacén Nombre y Firma

Diana Sandoval

Nombre Funcionario y/o Contratista

Diana López

Vo.Bo. Director Administrativo O
Subgerente Corporativo

6. OBSERVACIÓN:

EL MANTENIMIENTO SOLICITADO NO SE ENCUENTRA CONTEMPLADO EN LOS CONTRATOS BAJO MI SUPERVISIÓN.

JUAN CARLOS PERILLA MONROY
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

1. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N° 832

FECHA 12/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL GASTOS EFECTIVO

BANCO DAVIVIENDA

VALOR 5.000.000

PAGADO CHEQUE N° 92966-0

LA SUMA DE CINCO MILLONES DE PESOS M.CTE.

CONCEPTO GASTOS EN EFECTIVO GENERADOS EN CAJA MENOR ASIGNADA A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Diana López D
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Firma]
Vo.Bo. CUENTABANTE



CHEQUERA 930068598784

Cheque No. **92966-0**

51

DOSNUEVESEISSEISCERO

AÑO MES DÍA
2024 07 12

\$5.000.000,00

Páguese a la orden de:

Blanca Paulina Suarez Rosas

La suma de:

Cinco Millones de Pesos M/te

pesos M/L

92966-0 - 2023/04/26

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza
donde DAVIVIENDA tenga oficina.

92966-0

Firma(s) Autorizada(s)

Diana Lopez Rosa & Juan Rosas

000000051:930068596764:929660

Gastos en efectivo generados en Caja Menor
asignada a la Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Occidente ESE

Cheque No.

92966-0

DOSNUEVESEISSEISCERO

COMPROBANTE

ELABORADO POR

REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBE

[Signature]

Diana Lopez

Diana Lopez

Blanca Paulina Rosas

C.C. O NIT.

3971454T BPO

288



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 N° | 833 | FECHA | 15/07/2024 |
| RUBRO PRESUPUESTAL | MATERIAL QUIRÚRGICO | MÉDICO | |
| BANCO | DAVIVIENDA | | |
| VALOR | 1.210.000 | | |
| PAGADO CHEQUE N° | 92967-4 | | |
| LA SUMA DE | UN MILLÓN DOSCIENTOS DIEZ MIL PESOS M.CTE. | | |
| CONCEPTO | FACTURAS N°. FE 159 MEDISPRO SAS NIT 901.575.074-0 MEDICAMENTOS (RIFAMPICINA 300 MG CAPSULA) NECESARIOS PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONVENIO 6362496 DE 2024, DE SALUD PÚBLICA; SOLICITADO POR ALEXIS ORJUELA ANGULO, SERVICIO FARMACÉUTICO DEL HOSPITAL SANTA CLARA | | |

Diana López D.
V.O. B.O. ORDENADOR DEL GASTO

[Firma]
V.O. B.O. CUENTADANTE

ok 13153

*



MEDISPRO

MEDISPRO S.A.S.

NIT 901.575.074-0



Carrera 91 No 19 A - 29

(1) 3028355838

Bogotá - Colombia

medisprosas@gmail.com

Factura electrónica de venta

Nº: FE 159

Fecha y hora Factura

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

Generación 10/07/2024, 09:17
Expedición 10/07/2024, 09:17
Vencimiento 10/07/2024
Vendedor MEDISPRO S.A.S.
Centro de costo 0
Cotización

| Item | Código | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Impcto. Cargo | Vr. Bruto |
|------|------------|---|----------|--------------|---------------|--------------|
| 1 | ME1497-CLM | Rifampicina 300 mg - Cápsula - COLMED - Pres: Caja x 20 INVIMA: 2008M-010529-R1 // LOTE: 1515419 // FV: 30-05-2027 | 1,000.00 | 1,210.00 | 0 % | 1,210,000.00 |

Cancelado cheque
 T. D. B. N. GARCIA
 1032863733 \$ 1.210.000
 18/07/24

Total items: 1

Valor en Letras:

Un millón doscientos diez mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,210,000.00

Total Bruto 1,210,000.00

IVA 0% 0.00

Total a Pagar 1,210,000.00

Observaciones:

CAJA MENOR

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

Orden de compra: -

MEDISPRO

10 JUL 2024

SALIDA DE ALMACEN

HORA:

FIRMA: JUAN M

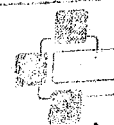
A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización Electrónica 18764064760042 aprobado 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

CUFE:

f1a6c47f3abc2b221ee2ea0360c2d0221a7451ad4d0dd233ddf8177f53f67f1902894d100c2b864b28d09e4fb71927ca

Elaborado por



Secretaría Distrital de Salud

Subred Centro Oriente E.S.E.

10 JUL 2024

Almacén General UPSS Santa Clara

Firma recibido

| CUADRO COMPRATIVO | | | | DISCOLMETS SAS | | MEDISPRO SAS | |
|-------------------|----------------------------------|------------------|----------|----------------|-------------|----------------|-------------|
| ITEM | NOMBRE/ DESCRIPCIÓN DETALLADA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
| 1 | Rifampicina 300 mg capsula | UNIDAD | 1000 | 1.475 | 1.475.000 | 1.210 | 1.210.000 |
| TOTAL | | | | | 1.475.000 | | 1.210.000 |



DAVIVIENDA

CHEQUERA 930088588784

Cheque No. **92967-4** 51

DOSNUEVESEISIETE CUATRO

AÑO MES DÍA
2024 07 15

\$ 1.220.000,00

10-2021 pagado el impuesto de timbre

Páguese a la orden de: Medispro SAS

La suma de: Un Millon Doscientos Diez Mil Pesos M. cte.

pesos M/L

92967-4 - 2023/04/28

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza
donde DAVIVIENDA tenga oficina.

Diana Lopez D. Blaca P. Ruiz Romo

92967-4

Firma(s) Autorizada(s)

2. 1:000000051:930068596764 929674

Factura No. FE 159 medicamento Ampicilina 300 mg
capsula, requiendo para dar cumplimiento al conve
nio 636 2496 de Salud Pública.

Cheque No.

92967-4

DOSNUEVESEISIETE CUATRO

COMPROBANTE

ELABORADO POR

REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBE

C.C. ONIT:

11032365735



MEDISPRO
INSUMOS-MANTENIMIENTO-EQUIPOS

CORRESPONDENCIA EXTERNA

Código:
M-FO-CE-003

Versión:
1.0

Fecha Vigencia:
15-03-2022

CE-005-2024

Bogotá D.C., 18 de julio 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

Página 1 de 1

293

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.363.733

GARCIA GOMEZ
APELLIDOS

OMAR FABIAN
NOMBRES



Omar Fabian Garcia Gomez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-1986

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

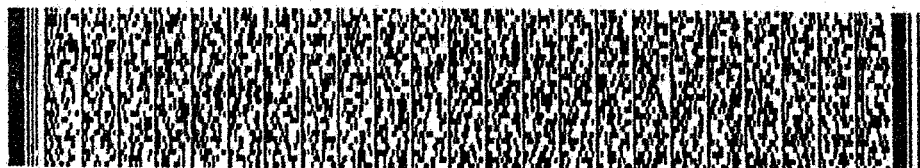
1.75
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

15-JUN-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



294

SOLICITUD MEDICAMENTOS CONVENIO 6362496 JUNIO-JULIO 2024

epidemiologia <epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co>

Jue 04/07/2024 9:29

Para: Lida Esperanza Montenegro Parra <pic@subredcentrooriente.gov.co>; Alexis Orjuela Angulo <abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co>

1 archivos adjuntos (741 KB)

Ficha Tecnica Profilaxis_Junio_Julio_2024.pdf

Doctora

LIDA MONTENEGRO PARRA

Profesional Especializado Salud

Convenio 6362496 2024 GSP - PSPIC

SISS Centro Oriente

Asunto: SOLICITUD MEDICAMENTOS CONVENIO 6362496 JUNIO-JULIO 2024

Con la presente me permito solicitar de manera comedida se realice los procesos y procedimientos necesarios para dar cumplimiento al convenio 6362496 de 2024 con la adquisición de los siguientes medicamentos:

| EVENTO | POBLACION A USAR | MEDICAMENTO | PRESENTACION | CONCENTRACION | CANTIDAD EN CAJAS |
|------------|------------------|----------------|----------------------|---------------|-------------------|
| Meningitis | Adulto | Rifampicina | Caja por 20 tabletas | 300mg | 50 cajas |
| | | Ciprofloxacina | Caja por 10 tabletas | 500mg | 50 cajas |

Estos medicamentos tienen una asignación en el anexo 7 del Convenio 6362496 de \$3'000.000 (tres millones de pesos) mediante código 187.

Adjunto al presente Anexo 6 Ficha técnica profilaxis Junio Julio en donde se establecen condiciones y requisitos mínimos

Cordialmente,



Maria Cristina Duarte Garzón
Cargo: Profesional Especializado Area Salud- Epidemiologia
Vigilancia en Salud Publica VSP
Plan de Salud publica de Intervenciones Colectivas- PSPIC Convenio 6362496
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

Outlook

Q Buscar

 Imprimir  Cerrar**RE: SOLICITUD DE CONTRATO Y EXISTENCIAS**

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

Jue 04/07/2024 10:52

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>

Cordial Saludo,

De acuerdo a la solicitud, se informa que a la fecha el medicamento 122MJ032602 RIFAMPICINA 300 MG CAPSULA 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, 4 de julio de 2024 9:07 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 CONTRATO Y EXISTENCIAS

Buenas tardes solicito su amable colaboración en el sentido de determinar si hay contrato y existencias para el convenio 6362496 de Salud publica de el siguiente medicamento

122MJ032602 RIFAMPICINA 300 MG CAPSULA: 1000 UNIDADES

Agradezco su pronta respuesta

ALEXIS ORJUELA ANGULO

Químico Farmacéutico

Supervisor Contratos Medicamentos

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente



Fecha Elaboracion: 04/07/2024 11:14
Software MantisWeb

207

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

| | |
|---|--|
| 2. Concepto 02 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 | 14. Buzón electrónico |
|---|------------|--|-----------------------|

| | | | |
|---|----------------------------|------------------------------|----------------------|
| IDENTIFICACIÓN | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona jurídica | 25. Tipo de documento 1 | 26. Número de identificación | 27. Fecha expedición |
| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
| 35. Razón social DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD SAS | | | |
| 36. Nombre comercial DISCOLMETS SAS | | | |
| 37. Sigla | | | |

| | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|-------|
| UBICACIÓN | | | |
| 38. País COLOMBIA | 39. Departamento Bogotá D.C. | 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. | 0 0 1 |
| 41. Dirección principal CL 15 33 02 P 5 | | | |
| 42. Correo electrónico 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 | | | |
| 46. Código 4 6 4 5 | 47. Fecha inicio actividad 2 0 0 3 0 9 2 5 | 48. Código 4 7 2 3 | 49. Fecha inicio actividad 2 0 0 3 0 9 2 5 |
| 50. Código 4 6 5 9 2 1 0 0 | | 51. Código | 52. Número establecimientos 7 2 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 ordinario | | | | | | | | | | | | | 48- Impuesto sobre las ventas - IVA | | | | | | | | | | | | | | |
| 07- Retención en la fuente a título de renta | | | | | | | | | | | | | 52- Facturador electrónico | | | | | | | | | | | | | | |
| 09- Retención en la fuente en el impuesto | | | | | | | | | | | | | 55- Informante de Beneficiarios Finales | | | | | | | | | | | | | | |
| 13- Gran contribuyente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14- Informante de exogena | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33- Impuesto nacional al consumo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42- Obligado a llevar contabilidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | | | | | | | | |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | 55. Forma | | | | | | | | | | | | |
| 56. Tipo | | | | | | | | | | | | | Servicio | | | | | | | | | | | | |
| 57. Modo | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 58. CPC | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---------------------------------|
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación. | |
| Para uso exclusivo de la DIAN | |
| 59. Anexos SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 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 |



MEDISPRO
INSUMOS - MANTENIMIENTO - EQUIPOS

PROPUESTA COMERCIAL

Código:
M-FO-CT-004

Versión:
1.0

Fecha Vigencia:
15-03-2022

299

Cotización No. 256

Bogotá D.C., 4 de julio 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:

| Item | Producto | Cantidad | Valor unitario | Iva | Valor Total |
|-----------------|----------------------------|----------|----------------|-----|---------------------|
| 1 | RIFAMPICINA 300MG - COLMED | 1000 | \$ 1.210 | 0% | \$ 1.210.000 |
| SUBTOTAL | | | | | \$ 1.210.000 |
| IVA 19% | | | | | \$ - |
| TOTAL | | | | | \$ 1.210.000 |

CONDICIONES COMERCIALES

Lugar de entrega: Valores para entrega en Bogotá
Tiempo de entrega: Dos (2) días hábiles después de recibida la orden de compra
Forma de pago: Contado
Vigencia de la oferta: 30 días calendario

INSUMOS - MANTENIMIENTO - EQUIPOS

Cordialmente,

Diana López D

Yenny M. Rojas Muñoz

e-mail: medisprosas@gmail.com

Teléfono: 3028355838


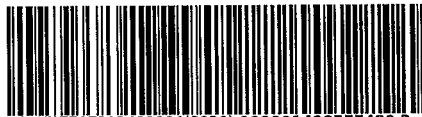
Página 1 de 1

medisprosas@gmail.com

Nit: 901.575.074-0

3028355838

350

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 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 | |
| 14. Buzón electrónico | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona jurídica | | 25. Tipo de documento 1 | | 26. Número de Identificación | |
| 27. Fecha expedición | | Lugar de expedición | | 28. País | |
| 29. Departamento | | 30. Ciudad/Municipio | | 31. Primer apellido | |
| 32. Segundo apellido | | 33. Primer nombre | | 34. Otros nombres | |
| 35. Razón social MEDISPRO S.A.S | | | | | |
| 36. Nombre comercial MEDISPRO S.A.S | | | | | |
| 37. Sigla MEDISPRO S.A.S | | | | | |
| UBICACIÓN | | | | | |
| 38. País COLOMBIA | | 39. Departamento Bogotá D.C. | | 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. | |
| 41. Dirección principal CR 91 19 A 29 IN 3 AP 308 | | 42. Correo electrónico medisprosas@gmail.com | | 43. Código postal 1 1 0 9 3 1 | |
| 44. Teléfono 1 3 0 2 8 3 5 5 8 3 8 | | 45. Teléfono 2 3 1 1 2 7 0 9 7 4 7 | | 46. Teléfono 3 | |
| CLASIFICACIÓN | | | | | |
| Actividad económica | | Ocupación | | 52. Número establecimientos | |
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | |
| 46. Código 4 6 4 5 | | 47. Fecha inicio actividad 2 0 2 2 0 3 1 1 | | 48. Código 4 6 5 9 | |
| 49. Fecha inicio actividad 2 0 2 2 0 3 1 1 | | 50. Código 3 3 1 3 4 7 7 3 | | 51. Código | |
| 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 | | | | | |
| Exportadores | | | | | |
| 54. Código 2 2 2 3 | | | | | |
| 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 | | | | | |

Medispro SAS

Medicamento \$1.210.000=

301



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, JULIO 08 2024

NOMBRE FUNCIONARIO: ALEXIS ORJUELA ANGULO

AREA/DEPENDENCIA: SERVICIO FARMACEUTICO

CENTRO DE COSTO: 15CTOS 735501001

UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD: SANTA CLARA

2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR

122MJ032602 RIFAMPICINA 300 MG CAPSULA: 1000 UNIDADES

3. JUSTIFICACIÓN

Medicamento que se requiere para dar cumplimiento al convenio 6362496 de 2024, de Salud Publica

4. ¿Existe en Almacén Central?

SI

NO

X

Nombre Funcionario o Contratista

Vo.Bo. Director Administrativo
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN

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

Fecha Actual: miércoles, 10 julio 2024

1/1

COMPROBANTE ENTRADA

Nº000000000077313

PROVEEDOR: MEDISPRO SAS NIT: 901579074 FECHA: 10/07/2024 11:27 a.m.
 CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
 DIRECCION: CR 91 N 19 A - 29 IN 3 AP 308 MONEDA: Pesos
 TELEFONO: TASA CAM: 0,00
 N° FACTURA: FE159 % ICA: 0,0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 10/07/2024 12:00 a.m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | % DTO | % IVA |
|-------------|----------------------------|--------------|----------|-------------|-----------------|-------|-------|
| TERMU033602 | RIFAMPICINA 300 MG CAPSULA | CAPSULA | 1.000,00 | \$ 1.210,00 | \$ 1.210.000,00 | 0,00 | 0,00 |

DETALLE

CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL: \$ 1.210.000,00

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

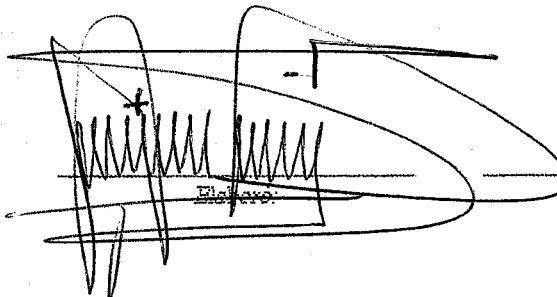
AJUSTE RED: \$ 0,00

AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00

TOTAL COMPR: \$ 1.210.000,00

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON DOSCIENTOS DIEZ MIL PESOS CON CERO CTVE M/Cts.



Revisó Almacén

Revisado Impuestos

I. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N° 834

FECHA

15/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL MATERIAL MÉDICO
QUIRÚRGICO

BANCO DAVIVIENDA

VALOR 2.999.990

PAGADO CHEQUE N° 92968-8

LA SUMA DE DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS M.CTE.

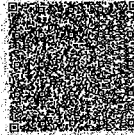
CONCEPTO: FACTURA No. AB97017 TÉCNICA ELECTROMEDICA S.A. NIT 830.004.892-2 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (CIRCUITO RESPIRATORIO NEONATAL CON LÍNEA INSPIRATORIA CALENTADA Y CÁMARA AUTOLLENABLE Y TRAMPA DE AGUA EN LA VÍA RESPIRATORIA), NECESARIO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD 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%.....\$63.025,00
R.ICA 11.04 POR MIL..... 27.832,00
R.IVA 15%..... 71.849,00

Diana Lopez D.
Vo.Bo. ORDENADOR DEL GASTO

[Firma]
Vo.Bo. CUENTADANTE

OK 13155

**TÉCNICA
ELECTROMÉDICA**Calle 47 No. 5 26 PISO 2
Tel: 6017568787
Bogotá, D.c. - Colombia
www.tecnicaelectromedica.com

TECNICA ELECTROMEDICA S.ANIT: 830,004,892-2

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO
ORIENTE E.S.E.**NIT:** 900959051 **TEL:** 3444484
DIRECCIÓN: DG 34 5 43 BOGOTÁ BOGOTÁ
COLOMBIA**DIR MERCANCIA/SERVICIO:** CRA 57-B 68 25 BOGOTÁ
COLOMBIA**TÉRMINOS DE PAGO:** CLIENTE 120 DÍAS**FORMA DE PAGO:** Crédito**MEDIO DE PAGO:** Efectivo**MONEDA:** COP**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No:** AB97017**FECHA DE GENERACIÓN:** 2024-07-05 12:07:00**FECHA DE EXPEDICIÓN:** 2024-07-05 17:02:25**FECHA DE VENCIMIENTO:** 2024-11-02**PEDIDO No:** COTIZACIÓN N° 225110**O. DE COMPRA:** 91611**NEGOCIACIÓN No.** 91611**REMISIÓN No.** 92449

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | UNIDAD | CANTIDAD | SERIE | LOTE | VALOR UNITARIO | Vr IVA | VALOR TOTAL |
|------|--------|-------------|--------|----------|-------|------|----------------|--------|-------------|
|------|--------|-------------|--------|----------|-------|------|----------------|--------|-------------|

| | | | | | | | | | |
|---|-------|---|--------|----|--|------------|--------------|------------|----------------|
| 1 | RT268 | CIRCUITO RESPIRATORIO NEONATAL RT268 DOBLE LINEA CALENTADA (INCLUYE CASCADA DESECHABLE) - Registro Invima: 2019DM-0004142-R1 - Fecha vencimiento Lote: 2027-04-05 - FISHER & PAYKEL | UNIDAD | 10 | | 2102937980 | \$252,100.00 | 478,990.00 | \$2,521,000.00 |
|---|-------|---|--------|----|--|------------|--------------|------------|----------------|

RFE 25%
RICA 11.04%
RIVA 15%\$63075
27,832
31,849
1.762.306
a pagar \$2837281

Firmo en señal de aceptación y recibo de los bienes y servicios en este documento

Firma: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

C.C./NIT: _____

**Técnica
Electromédica**
MIGUEL VELANDIA

CASAS ROMERO LUZ MILA

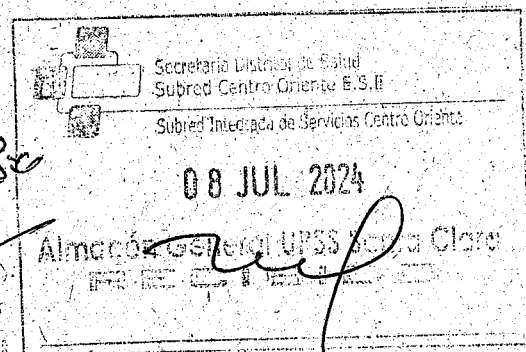
ASESOR COMERCIAL

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS COLOMBIANOS

OBSERVACIONES: PAGO POR CAJA MENOR RECOGEN EN BODEGA EN LA TARDE HOY. CITA 4:30 PM.

Responsable de IVA. - No somos grandes Contribuyentes. - No somos autoretenedores. - Actividad Económica ICA 4659 11,04/1000; Código 7730 9,66/1000; Código 3313 9,66/1000. Gran Contribuyente Impuestos Distritales D.C. resolución DDI-023769 de 2021-11-29. Agentes Retenedores de ICA.

La presente factura se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio, de acuerdo con lo previsto en el Código de Comercio, Artículos 619, 772, 774. Los gastos de cobro judicial o extrajudicial corren a cargo del deudor. La factura se considera irrevocablemente aceptada por el comprador o beneficiario dentro de los (10) días calendario siguientes a su recepción, si no reclama en contra de su contenido. Ley 1231 de 2017-07-08. Las fechas de este documento cumplen la norma ISO 8601.

Técnica
Electromédica
Miguel Velandia
C.C. 80054444
concedo en cheque # 92968-8
A Nombre técnica electrónica
2.837.281-

Resolución DIAN Facturación Electrónica No. 167640-008606 de 22/01/2024 hasta 22/01/2025 Rango Autorizado del AB91750 al AB100000

Bogotá, D.c. Colombia - TEL: 6017568787 - FAX: 6013382822

Elaborado Por: 901.108.864 - NOQVA- PT BIT Consulting



TÉCNICA
ELECTROMÉDICA

TECNICA ELECTROMEDICA S.A. NIT 830.004.892-2

La parte humana
de la **tecnología**

Bogotá, Julio 17 de 2024

Señores

SUB RED CENTRO ORIENTE

HOSPITAL SANTA CLARA

Ciudad

Estimados Señores

Autorizo al señor MANUEL ORTEGON con cedula de ciudadanía No 80054944 de Bogotá, para que retire de sus oficinas un cheque nombre de TECNICA ELECTROMEDICA SA

Atentamente,

TECNICA electro/médica S.A.

NIT. 830.004.892-2

Hernán Molano Rivero
HERNÁN MOLANO RIVERO

CC 79312554



Calle 47 # 5 - 26
Bogotá - Colombia



+57(1) 756 87 87



Cra 48 # 72 - 25 Ofc.205
Barranquilla - Colombia



+57(5) 358 26 64

307

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 80.054.944

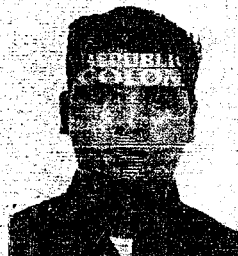
ORTEGON VILLAMIL

APELLIDOS

MANUEL ANTONIO

NOMBRES


FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-1979

LIBERTAD-TACHIRA
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

22-AGO-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



R-1500150-00146211-M-0080054944-20090109 0009397317A 2 9922807423

308

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 79-312-554
MOLANO RIVERO

APELLIDOS
HERNAN
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO: 26-MAY-1964
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO:

1.74
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

15-DIC-1982 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00183623-M-0079312554-20081007 0016919760A-1 1520109346

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.030.685.132
LEGUIZAMON ARGUELLO

APELLIDOS
CRISTIAN CAMILO

NOMBRES

Cristian Camilo

(Leguizamon)

FIRMA



309



**TECNICA
ELECTROMÉDICA**

La parte humana
de la **tecnología**

ACREDITACION PAGO DE APORTES

(ART. 50 LEY 789/02)

CERTIFICACIÓN

Yo, CESAR AUGUSTO CARDONA CEBALLOS, Identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79 123 086 expedida en Bogotá, en mi condición de Revisor Fiscal de la empresa TECNICA ELECTROMEDICA S.A, con NIT No. 830 004 892-2, en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con el Artículo 1º. De la Ley 828 de 2003, manifiesto bajo la gravedad del juramento que la empresa ha cumplido a la fecha de la entrega de la presente certificación y durante los últimos seis (6) meses, con los pagos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y con los aportes correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO, con las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Expedida a los dos (02) días del mes de Julio del 2024.

Atentamente,

CESAR AUGUSTO CARDONA CEBALLOS
REVISOR FISCAL
T.P. 31968-T
TECNICA ELECTROMEDICA S.A



Calle 47 # 5 - 26
Bogotá - Colombia



+57(1) 756 87 87



Cra 48 # 72 - 25 Of 205
Barranquilla - Colombia



+57(5) 358 26 64

www.tecnicaelectromedica.com

2024/06/28 03:28 PM

312



**TÉCNICA
ELECTROMÉDICA**

NIT: 830004892-2
PBX: 6017568787 - FAX: 6013382822
CL 47 5 26
Bogotá - Colombia
www.tecnicaelectromedica.com

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO C

NIT:900959051-7 TEL:3444484

DG 34 5 43 BOGOTÁ COLOMBIA

CÓDIGO DE CLIENTE: C900959051

CONTACTO:

Gisselle P. CASTIBLANCO ZARATE

COTIZACIÓN No:

TEM 225.110

FECHA:

03-jul.-2024

VÁLIDO HASTA:

18-jul.-2024

REFERENCIA:

| # | REF. | DESCRIPCIÓN | CANT. | % IVA | PRECIO | TOTAL |
|---|-------|---|-------|-------|------------|-----------------|
| 1 | RT268 | CIRCUITO RESPIRATORIO NEONATAL RT268 DOBLE LINEA CALENTADA (INCLUYE CASCADA DESECHABLE) - FISHER & PAYKEL | 10,00 | 19,00 | 252.100,00 | \$ 2.521.000,00 |

Observaciones: Forma de pago: caja menor

Subtotal: \$ 2.521.000,00

IVA: \$ 478.990,00

TOTAL: \$ 2.999.990,00



CASAS ROMERO LUZ MILA

E- Mail: lmcasas@tecnicaelectromedica.com

KEY ACCOUNT MANAGER

Tel: 3107910957

313

| | | | | | |
|---|----------------------------|--|--|--|------------------------------|
| DIAN | | Formulario del Registro Único Tributario | | 001 | |
| 2. Concepto 1 3 Actualización de oficio | | | | 4. Número de formulario 14847225060 | |
|  | | | |  (415)7707212489984(8020) 000001484722506 0 | |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 3 0 0 0 4 8 9 2 | | 6. DV 2 | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | | 14. Buzón electrónico 3 2 |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona jurídica | | 25. Tipo de documento 1 | | 26. Número de identificación | |
| 27. Fecha expedición | | 28. País | | 29. Departamento | |
| 30. Ciudad/Municipio | | 31. Primer apellido | | 32. Segundo apellido | |
| 33. Primer nombre | | 34. Otros nombres | | 35. Razón social TECNICA ELECTRO MEDICA S.A. | |
| 36. Nombre comercial | | 37. Sigla | | 38. País COLOMBIA | |
| 39. Departamento Bogotá D.C. | | 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. | | 0 0 1 | |
| 41. Dirección principal CL 47 5 26 P 2 | | | | | |
| 42. Correo electrónico acardona@tecnicaelectromedica.com | | | | | |
| 43. Código postal 1 1 0 1 1 1 | | 44. Teléfono 7 5 6 8 7 8 7 | | 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 | 51. Código |
| 4 6 5 9 | 1 9 9 5 0 4 2 4 | 7 7 3 0 | 9 9 5 0 4 2 4 | 3 3 1 3 3 3 1 2 | 1 |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos | | | | | |
| 53. Código 3 5 7 9 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5 | | | | | |
| 03- Impuesto al patrimonio | | | | | |
| 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario | | | | | |
| 07- Retención en la fuente a título de renta | | | | | |
| 09- Retención en la fuente en el impuesto | | | | | |
| 10- Obligado aduanero | | | | | |
| 14- Informante de exogena | | | | | |
| 42- Obligado a llevar contabilidad | | | | | |
| 52- Facturador electrónico | | | | | |
| 55- Informante de Beneficiarios Finales | | | | | |
| Usuarios aduaneros | | | | | |
| Exportadores | | | | | |
| 54. Código 2 3 2 2 | | | | | |
| 55. Forma 1 | | | | | |
| 56. Tipo 1 | | | | | |
| 57. Modo | | | | | |
| 58. CPC | | | | | |
| 59. Anexos SI NO X | | | | | |
| 60. No. de folios 0 | | | | | |
| 61. Fecha 2022-08-11/11:14:20 | | | | | |
| La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 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 | | | | | |

314

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>

Jue 4/07/2024 11:15 AM

Para: John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>; Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>;
cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>
CC: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo,

Se informa que los ítems:

1. 121QQ031219 - CIRCUITO RESPIRATORIO NEONATAL CON LINEA INSPIRATORIA CALENTADA Y CAMARA AUTOLLENABLE Y TRAMPA DE AGUA EN LA VIA RESPIRATORIA
2. 121QQ031551 - NARIZ DE CAMELLO

Actualmente no se encuentran contratados.

Cordialmente,

**Patricia Ballesteros Silva**

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

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

De: John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>**Enviado:** jueves, 4 de julio de 2024 10:00 a. m.

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>

Asunto: RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Cordial saludo.

Me permito informar que una vez revisado el módulo de inventarios con corte al día de hoy, no se evidencia existencias en los almacenes de la entidad, de los insumos que se relacionan a continuación:

121QQ031219 - CIRCUITO RESPIRATORIO NEONATAL CON LINEA INSPIRATORIA CALENTADA Y CAMARA AUTOLLENABLE Y TRAMPA DE AGUA EN LA VIA RESPIRATORIA

3/3

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

Enviado: jueves, 4 de julio de 2024 9:40 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>

Asunto: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO




Buenos Días, Cordial Saludo

En relación a solicitud envío descripción y codificación del insumo para confirmación de existencias en los almacenes y contrato para poder gestionar caja menor:

1. 121QQ031219 - CIRCUITO RESPIRATORIO NEONATAL CON LINEA INSPIRATORIA CALENTADA Y CAMARA AUTOLLENABLE Y TRAMPA DE AGUA EN LA VIA RESPIRATORIA
2. 121QQ031551 - NARIZ DE CAMELLO

Agradezco su atención prestada

Cordialmente


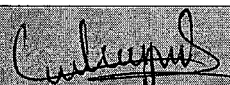
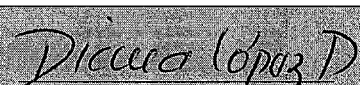


Cristian Camilo Leguizamón Arguello
Enfermero – Profesional Especializado
Gestión de Abastecimiento en Insumos
Apoyo Subgerencia de Servicios de Salud
Teléfono: 6013282828 Ext. 10152 – Celular: 3013744592
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

Técnica Electro Médica
S.A

MQ \$2'999.990

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 SOLICITUD POR CAJA MENOR | CÓDIGO: AP-RF-FT-002 VERSIÓN: 03 FECHA: 2018-05-16 | | | |
| 1. INFORMACIÓN | | | | | |
| CIUDAD Y FECHA | BOGOTÁ, JULIO 5 DE 2024 | | | | |
| NOMBRE FUNCIONARIO | CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO | | | | |
| ÁREA / DEPENDENCIA | SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- GESTIÓN DE ABASTECIMIENTO EN INSUMOS | | | | |
| CENTRO DE COSTO | 15CH99 589723003 | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA | | | | |
| 2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR | | | | | |
| ITEM | CÓDIGO | NOMBRE / DESCRIPCIÓN DETALLADA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD | OBSERVACIÓN |
| 1 | 121QQ031219 | CIRCUITO RESPIRATORIO NEONATAL CON LINEA INSPIRATORIA CALENTADA Y CAMARA AUTOLLENABLE Y TRAMPA DE AGUA EN LA VIA RESPIRATORIA | UNIDAD | 10 | |
| 3. JUSTIFICACIÓN | | | | | |
| <p>La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, requiere la compra del dispositivo médico quirúrgico hospitalario, necesario para la prestación del servicio a los usuarios de la subred integrada de servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. La disponibilidad de los dispositivos médico quirúrgicos constituye una obligación, para con sus usuarios y beneficiarios, para la prestación de servicios de salud con calidad, dando cumplimiento de las normas legales vigentes. Estos insumos se requieren de forma inmediata ya que el no contar con su disponibilidad acarrea riesgos en la prestación de los servicios a los usuarios, por lo que se hace necesario adelantar una caja menor para los servicios de 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.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior se realizará como procedimiento para compra por caja menor toda vez que es un mecanismo expedito e inmediato con el que se suplirá la contratación de los insumos requeridos. Es importante resaltar que en este momento los servicios no pueden esperar la realización de un proceso de contratación mayor a 20 o 30 días, dado que el comportamiento de su demanda y la actual disponibilidad no alcanzan a dar cubrimiento necesario, por ello se solicita contar con los bienes que se describen a continuación de manera casi inmediata como medida urgente, de lo contrario sería poner en riesgo la continuidad de la prestación del servicio de salvar como derecho fundamental, aunado a que actualmente nos encontramos y como parte del proceso, para lograr el 100% en la atención para los pacientes que se encuentran en áreas de intervención de adulto que requieren una atención intra hospitalaria y así brindar una atención oportuna, este insumo facilita la disminución de prolemas ventilatorios debido al aumento de la condensación y humedad, esto con el fin de brindar una atención segura como se indica en el protocolo que debe atenderse con criterios de oportunidad y calidad, de manera inmediata. Este insumo se requiere para la prestación del servicio de los usuarios de la Subred integrada de salud Centro Oriente E.S.E.</p> | | | | | |
| 4. ¿Existe en Almacén Central? | SI | NO | | | |
| | | NO | | | |
|  CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO Nombre Funcionario y/o Contratista | | |  Vo.Bo. Director Administrativo Subgerente Corporativo | | |
| 5. OBSERVACIÓN: | | | | | |
| 1. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL: 121QQ031219, NOMBRE/ DESCRIPCIÓN: CIRCUITO RESPIRATORIO NEONATAL CON LINEA INSPIRATORIA CALENTADA Y CAMARA AUTOLLENABLE Y TRAMPA DE AGUA EN LA VIA RESPIRATORIA: NO CONTRATADO CON LA INSTITUCIÓN. | | | | | |

Manuel Don Cordero



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

COMPROBANTE ENTRADA

Nº00000000077327

PROVEEDOR: TECNICA ELECTROMEDICA S A NIT: 830004892 FECHA: 08/07/2024 10:07 a. m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CL 47 5 26 P 2 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 3383816 TASA CAM: 0,00
Nº FACTURA: AB97017 ✓ % ICA: 11,0400 PLAZO: 0 FECHA FAC: 05/07/2024 12:00 a. m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|-------------|---|--------------|----------|--------------|----------------|------|-------|
| I21QQ035289 | CIRCUITO PARA VENTILADOR DE ALTA FRECUENCIA SLE 5000, RT268 | UNIDAD | 10,00 | \$252.100,00 | \$2.521.000,00 | 0,00 | 19,00 |

DETALLE

CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL: \$2.521.000,00**DESCUENTO:** \$0,00**IMPUESTO:** \$478.990,00**FLETES:** \$0,00**IMP FLETES:** \$0,00**RETE IVA:** \$71.849,00**RETE ICA:** \$27.832,00**RETE FUENTE:** \$63.025,00**OTRAS RETE:** \$0,00**OTRAS DEDUC:** \$0,00**IMP DISTRI:** \$0,00**AJUSTE RED:** \$0,00**AJUSTE AL TOTAL:** \$0,00**TOTAL COMPR:** \$2.837.284,00**TOTAL COMPROBANTE:**

DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Laboro

Revisó Almacen

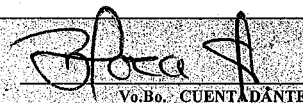
Revisado Impuestos:

318

I. INFORMACIÓN

| | | | |
|--------------------|---|-------|------------|
| COMPROBANTE N° | 835 | FECHA | 15/07/2024 |
| RUBRO PRESUPUESTAL | MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO | | |
| BANCO | DAVIVIENDA | | |
| VALOR | 2.031.755 | | |
| PAGADO CHEQUE N° | 92969-1 | | |
| LA SUMA DE: | DOS MILLONES TRAITA Y UN MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M.CTE. | | |
| CONCEPTO: | <p>FACTURA No.LM 364752 L.M. INSTRUMENTS S.A. NIT 9800.077.635-1 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL A BASE DE ORTOFALALDEHIDO Y TIRAS REACTIVAS PARA DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL), 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.</p> <p>R.ICA 11,04 POR MIL.....\$21.750,00 r.iva 15%..... 9.248,00</p> | | |


V.B. ORDENADOR DEL GASTO


V.B. CUENTADANTE

OK 13/12



L.M INSTRUMENTS S.A.
NIT:800077635-1



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

Factura Electrónica
de Venta

LM 364752

| | | | |
|-------------|----|----|------|
| FECHA | 11 | 07 | 2024 |
| VENCIMIENTO | 08 | 11 | 2024 |

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



| | | |
|--|----------------------|------------------------------|
| COMPRADOR: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | PEDIDO: 125665 | Ref Cliente: OC CAJA MENOR |
| NIT: 900959051-7 | REMISION: 126741 | FORMA DE PAGO: Credito |
| DIR: DG 34 # 5 43 | CONTRATO: | PLAZO: 120 DIAS |
| TELEFONO: 3444484 | EXPEDIDA: BOGOTÁ D.C | MEDIO DE PAGO: Transferencia |
| CIUDAD: BOGOTA | | |
| CEL: | | |

| No | REFERENCIA | MARCA | | LOTE / VENCE | CANTIDAD | VR. UNITARIO | VR. SUBTOTAL |
|--|------------|-------|---|-----------------------|----------|--------------|--------------|
| 1 | * J49C | AMITY | Amity OPA Desinfectante de alto nivel a base de ortoformaldehído por 5 litros UNIDAD clas. Ries. IIA 2022DM-0025870 Ref. J49C | 133032 18/06/2025 | 8 | 205,700 | 1,645,600 |
| 2 | Q112 | AMITY | Tiras de comprobación para Amity OPA, frasco x 50 und CAJA X 50 clas. Ries. IIA 2022DM-0025870 Ref. Q112 | 2660005 31/10/2024 | 1 | 324,500 | 324,500 |
| Total Líneas 2 | | | | | | | |
| <p>Recibí: Cheque de vivienda No 92969-1 Valor: 2'000,757. Fiscal Alonso Cardenas. cc 1033306240 17-Julio-2024. Auxiliar logístico</p> <p>R.ICA 110% R.IVA 15% 21750 9248 30998 11 JUL 2024 A pagar \$2000.757</p> | | | | | | | |

| | | | |
|---|--------------------------------------|------------|--------------|
| Base gravable: | DEVOLVER "ORIGINAL LM" FIRMADO | SUBTOTAL | 1,970,100.00 |
| SON: DOS MILLONES TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS | | DESCUENTO | 0 |
| La mora en el pago causará interés máximo legal vigente. Para las entidades del Estado se cobrará intereses de mora de acuerdo con el artículo 60. de la Ley 598 de Julio 18 de 2000. 1) Se hace constar que la firma del delegado por el comprador para recibir facturas o de una personas distinta del comprador, indica que dicha persona se entiende autorizada expresamente por el comprador para firmar, confesar la deuda y obliga al comprador a pagar la deuda, siempre y cuando la factura se entregue en el domicilio del comprador o en sitio por éste indicado y el comprador no haya devuelto la factura o presentado reclamo dentro del termino 2) Recibí a conformidad la mercancía de que trata esta factura y acepto el valor estipulado en la misma. 3) La Mercancía viaja por cuenta y riesgo del comprador, por lo tanto no aceptamos devoluciones, reclamos por flete, roturas, mermas o pérdidas. 4) Los items con (*) están excluidos de IVA. (aplica Bienes Exentos - Decreto 417 de 2020) | | IVA | 61,655 |
| | | RETEFUENTE | 0.00 |
| | | RETEIVA | 0.00 |
| | | RETEICA | 0.00 |
| | | TOTAL | 2,031,755.00 |

FAVOR NO APLICAR RETENCION A TITULO DE RENTA NI DE ICA

OBSERVACIONES

Basado en Ofertas de ventas 110020687. Basado en Pedidos de cliente 125665.
Basado en Entregas 126741.

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

APROBADO POR



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

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

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

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

PRIMERA ORIGINAL

320



CHEQUERA 930089598784

Cheque No. **92969-1** 51
DOSNUEVESEISNUEVEUNO

AÑO MES DÍA
2024 07 15

\$ 2.000.000,00

10-2021 pagado el impuesto de timbre

Páguese a la orden de: **LM Instruments S.A**

La suma de: **Dos Millones Setecientos Cincuenta y Siete Pesos**
Ncto pesos M/L

92969-1 - 2023/04/28

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza
donde DAVIVIENDA tenga oficina.

Diana Lopez D. Flores
92969-1 Firma(s) Autorizada(s)

00000005119300685967641929691

Factura No. **LM 364752** dispositivos medico quirurgico
hospitalarios de sinectoria de al cheque No. **92969-1**
base de ortofalobulido y otras reactivas para de sinectoria
nivel a

R.T.C.A 11.04% \$ 217.500

COMPROBANTE

Alonso Corderas
Auxiliar Logístico

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|----------------------------------|
| ELABORADO POR <i>Diana Lopez D.</i> | REVISADO POR <i>Diana Lopez D.</i> | AUTORIZADO POR <i>Diana Lopez D.</i> | RECIBE <i>Alonso Corderas</i> |
| C.C.O.N.T. 1033806240 | | | 800077635-1 |

Bogotá D.C, Julio 17 de 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA SANTA CLARA
Ciudad.

Cordial Saludo

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

Agradecemos su colaboración.

Atentamente,

Nancy Rico

Nancy Yicep Rico
LM Instruments S.A.
Coordinadora de cartera y tesoreria

322

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.033.806.240**

CARDENAS AVENDAÑO

APELLIDOS
MAICOL ALONSO

NOMBRES


FIRMA





ÍNDICE DERECHO

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

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

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


REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA RODA



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

323

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

Enviado: martes, 9 de julio de 2024 12:58 p. m.

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

Cc: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>

Asunto: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Buenas Tardes, Cordial Saludo

En relación a solicitud envío descripción y codificación del insumo para confirmación de existencias en los almacenes y contrato para poder gestionar caja menor:

1. 121QQ031261 - DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL ORTOFALALDEHIDO EN SOLUCION GALON x 3750
2. 121QQ035120 - TIRAS REACTIVAS PARA DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL ORTOFALALDEHIDO, INDICADORAS DE LA CONCENTRACION EFECTIVA.

Agradezco su atención prestada

Cordialmente

MÁS CONFIANZA
MÁS Bienestar



BOGOTÁ

Cristian Camilo Leguizamón Arguello

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

325

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>

Mar 9/07/2024 1:18 PM

Para: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>
CC: Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo,

Se informa que los siguientes insumos se encuentran actualmente sin contrato:

1. 121QQ031261 - DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL ORTOFALALDEHIDO EN SOLUCION GALON x 3750
2. 121QQ035120 - TIRAS REACTIVAS PARA DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL ORTOFALALDEHIDO, INDICADORAS DE LA CONCENTRACION EFECTIVA.

Cordialmente,

**Patricia Ballesteros Silva**

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

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

De: Cristian Camilo Leguizamón <insumosmqx2@subredcentrooriente.gov.co>**Enviado:** martes, 9 de julio de 2024 12:58 p. m.**Para:** cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>; John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>**Cc:** Eduardt Hanns González Roa <insumosmqx@subredcentrooriente.gov.co>**Asunto:** CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Buenas Tardes, Cordial Saludo

En relación a solicitud envío descripción y codificación del insumo para confirmación de existencias en los almacenes y contrato para poder gestionar caja menor:

1. 121QQ031261 - DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL ORTOFALALDEHIDO EN SOLUCION GALON x 3750
2. 121QQ035120 - TIRAS REACTIVAS PARA DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL ORTOFALALDEHIDO, INDICADORAS DE LA CONCENTRACION EFECTIVA.

Agradezco su atención prestada

Cordialmente

MÁS CONFIANZA
MÁS Bienestar

**Cristian Camilo Leguizamón Arguello**

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

326



LM Instruments S.A.

N.I.T. 800077635-1

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

| | | | |
|-------------|---|-------------|------------------|
| FECHA : | 08/07/2024 0:00:00 | N.I.T. : | 900959051-7 |
| CLIENTE : | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | TELEFONOS : | 3444484 - |
| DIRECCION : | DG 34 # 5 43 | CIUDAD : | BOGOTA |
| ATENCION : | Dra. Claudia Ardila Torres | ASESOR : | Catalina Puentes |

COTIZACIÓN No. 110020671

| REFERENCIA | DESCRIPCION | CANT. | VALOR UNITARIO | I.V.A. | VALOR CON I.V.A | VALOR TOTAL |
|------------|--|-------|----------------|-----------|-----------------|--------------|
| 13 J49C | 121QQ031261)Amity OPA Desinfectante de alto nivel a base de ortoformaldehido por 5 litros / Presentación:UNIDAD / Marca: AMITY Clasificación De Riesgo:IIA/ Reg. Sanitario INVIMA 2022DM-0025870/ Ref. Fabrica: J49C | 8 | 205.700,00 | 0,00 | 205.700,00 | 1.645.600,00 |
| 14 Q112 | 121QQ035120)Tiras de comprobación para Amity OPA, frasco x 50 und / Presentación:CAJAX 50 / Marca: AMITY Clasificación De Riesgo:IIA/ Reg. Sanitario INVIMA 2022DM-0025870/ Ref. Fabrica: Q112 | 1 | 324.500,00 | 61.655,00 | 386.155,00 | 386.155,00 |

| | |
|---|--|
| SUB-TOTAL \$ | 1.970.100,00 |
| I.V.A. \$ | 61.655,00 |
| NOTA: Los artículos marcados con '*' están excluidos de IVA | TOTAL DE LA OFERTA \$ COP 2.031.755,00 |

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

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

Diana López D

327



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

COTIZACIÓN No. 110020671

| REFERENCIA | DESCRIPCION | CANT. | VALOR UNITARIO | I.V.A. | VALOR CON I.V.A. | VALOR TOTAL |
|------------|-------------|-------|----------------|--------|------------------|-------------|
|------------|-------------|-------|----------------|--------|------------------|-------------|

CONDICIONES:

CLAUSULA DE CARTERA: No se realizarán los despachos si el cliente se encuentra en mora con cartera
MONEDA DE NEGOCIACIÓN: Pesos Colombianos
VALIDEZ DE LA OFERTA:
PLAZO DE ENTREGA:
FORMA DE PAGO: 120 DIAS

Por favor realizar transferencia a la cuenta corriente No. 043377050 de Banco de Bogotá, o a la cuenta corriente No. 20308475320 de Bancolombia; enviar soporte de pago al número de FAX: 4276868 o al correo electrónico asfinanciero2@lminstruments.com.co. o ascartera@lminstruments.com.co Recuerde que las transferencias desde oros bancos se hacen efectivas en 2 días hábiles y el canje de cheque en 3 días.

Realizado por: Catalina Puentes Impresión 10/07/2024 12:26:02

GARANTIA:

MANTENIMIENTO:

INSTALACIÓN:

ENTRENAMIENTO:

Catalina Puentes
COMERCIAL

"La presente cotización se entrega de forma referencial para efectos internos de investigación conducidos por SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. En consecuencia, esta cotización no constituye una oferta ni genera obligación alguna para LM Instruments ni ninguna de sus empresas afiliadas. Cualquier oferta y las obligaciones que de ella se puedan derivar se harán únicamente por vía de los procedimientos de contratación contemplados por LM Instruments

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

Estimado Cliente:

Teniendo en cuenta las perspectivas económicas mundiales, LM se reserva el derecho de revisión y ajuste de los precios de referencia en este documento cuando:

- La devaluación del peso colombiano frente al dólar sea mayor o igual al 12% y/o
- La inflación anualizada sea mayor o igual al 12%

328





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

C

C


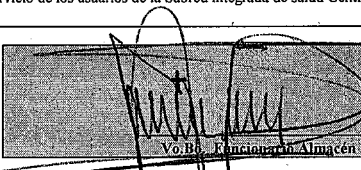
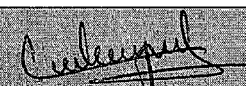

329

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|----------------------------|
| DIAN | | Formulario del Registro Único Tributario | | 001 | |
| 2. Concepto <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 Actualización | | | | 4. Número de formulario 141003369358 | |
|  | | | |  (415)7707212489984(8020) 000014100336935 8 | |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 0 0 0 7 7 6 3 5 | | 6. DV 1 | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | | 14. Buzón electrónico 2 |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona jurídica | | 25. Tipo de documento 1 | | 26. Número de Identificación | |
| 27. Fecha expedición | | 28. País Lugar de expedición | | 29. Departamento | |
| 30. Ciudad/Municipio | | 31. Primer apellido | | 32. Segundo apellido | |
| 33. Primer nombre | | 34. Otros nombres | | 35. Razón social L M INSTRUMENTS S A | |
| 36. Nombre comercial | | 37. Sigla | | 38. País COLOMBIA | |
| 39. Departamento Bogotá D.C. | | 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. | | 41. Dirección principal CR 68 D 25 B 86 OF 518 | |
| 42. Correo electrónico contador@lminstruments.com.co | | 43. Código postal 1 1 0 9 3 1 | | 44. Teléfono 1 4 2 7 2 0 0 0 | |
| 45. Teléfono 2 | | 46. Código 4 6 5 9 | | 47. Fecha inicio actividad 2 0 1 3 0 1 2 9 | |
| 48. Código 4 6 4 5 | | 49. Fecha inicio actividad 2 0 2 1 0 1 0 1 | | 50. Código 3 3 1 3 6 4 9 9 | |
| CLASIFICACIÓN | | | | | |
| Actividad económica | | | | Ocupación | |
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | |
| 51. Código | | 52. Número establecimientos | | 53. Código | |
| 54. Código | | 55. Forma | | 56. Tipo | |
| 57. Modo | | 58. CPC | | 59. Anexos | |
| 60. No. de Folios | | 61. Fecha | | 62. Fecha | |
| 63. Fecha | | 64. Fecha | | 65. Fecha | |
| 66. Fecha | | 67. Fecha | | 68. Fecha | |
| 69. Fecha | | 70. Fecha | | 71. Fecha | |
| 72. Fecha | | 73. Fecha | | 74. Fecha | |
| 75. Fecha | | 76. Fecha | | 77. Fecha | |
| 78. Fecha | | 79. Fecha | | 80. Fecha | |
| 81. Fecha | | 82. Fecha | | 83. Fecha | |
| 84. Fecha | | 85. Fecha | | 86. Fecha | |
| 87. Fecha | | 88. Fecha | | 89. Fecha | |
| 90. Fecha | | 91. Fecha | | 92. Fecha | |
| 93. Fecha | | 94. Fecha | | 95. Fecha | |
| 96. Fecha | | 97. Fecha | | 98. Fecha | |
| 99. Fecha | | 100. Fecha | | 101. Fecha | |
| 102. Fecha | | 103. Fecha | | 104. Fecha | |
| 105. Fecha | | 106. Fecha | | 107. Fecha | |
| 108. Fecha | | 109. Fecha | | 110. Fecha | |
| 111. Fecha | | 112. Fecha | | 113. Fecha | |
| 114. Fecha | | 115. Fecha | | 116. Fecha | |
| 117. Fecha | | 118. Fecha | | 119. Fecha | |
| 120. Fecha | | 121. Fecha | | 122. Fecha | |
| 123. Fecha | | 124. Fecha | | 125. Fecha | |
| 126. Fecha | | 127. Fecha | | 128. Fecha | |
| 129. Fecha | | 130. Fecha | | 131. Fecha | |
| 132. Fecha | | 133. Fecha | | 134. Fecha | |
| 135. Fecha | | 136. Fecha | | 137. Fecha | |
| 138. Fecha | | 139. Fecha | | 140. Fecha | |
| 141. Fecha | | 142. Fecha | | 143. Fecha | |
| 144. Fecha | | 145. Fecha | | 146. Fecha | |
| 147. Fecha | | 148. Fecha | | 149. Fecha | |
| 150. Fecha | | 151. Fecha | | 152. Fecha | |
| 153. Fecha | | 154. Fecha | | 155. Fecha | |
| 156. Fecha | | 157. Fecha | | 158. Fecha | |
| 159. Fecha | | 160. Fecha | | 161. Fecha | |
| 162. Fecha | | 163. Fecha | | 164. Fecha | |
| 165. Fecha | | 166. Fecha | | 167. Fecha | |
| 168. Fecha | | 169. Fecha | | 170. Fecha | |
| 171. Fecha | | 172. Fecha | | 173. Fecha | |
| 174. Fecha | | 175. Fecha | | 176. Fecha | |
| 177. Fecha | | 178. Fecha | | 179. Fecha | |
| 180. Fecha | | 181. Fecha | | 182. Fecha | |
| 183. Fecha | | 184. Fecha | | 185. Fecha | |
| 186. Fecha | | 187. Fecha | | 188. Fecha | |
| 189. Fecha | | 190. Fecha | | 191. Fecha | |
| 192. Fecha | | 193. Fecha | | 194. Fecha | |
| 195. Fecha | | 196. Fecha | | 197. Fecha | |
| 198. Fecha | | 199. Fecha | | 200. Fecha | |
| 201. Fecha | | 202. Fecha | | 203. Fecha | |
| 204. Fecha | | 205. Fecha | | 206. Fecha | |
| 207. Fecha | | 208. Fecha | | 209. Fecha | |
| 210. Fecha | | 211. Fecha | | 212. Fecha | |
| 213. Fecha | | 214. Fecha | | 215. Fecha | |
| 216. Fecha | | 217. Fecha | | 218. Fecha | |
| 219. Fecha | | 220. Fecha | | 221. Fecha | |
| 222. Fecha | | 223. Fecha | | 224. Fecha | |
| 225. Fecha | | 226. Fecha | | 227. Fecha | |
| 228. Fecha | | 229. Fecha | | 230. Fecha | |
| 231. Fecha | | 232. Fecha | | 233. Fecha | |
| 234. Fecha | | 235. Fecha | | 236. Fecha | |
| 237. Fecha | | 238. Fecha | | 239. Fecha | |
| 240. Fecha | | 241. Fecha | | 242. Fecha | |
| 243. Fecha | | 244. Fecha | | 245. Fecha | |
| 246. Fecha | | 247. Fecha | | 248. Fecha | |
| 249. Fecha | | 250. Fecha | | 251. Fecha | |
| 252. Fecha | | 253. Fecha | | 254. Fecha | |
| 255. Fecha | | 256. Fecha | | 257. Fecha | |
| 258. Fecha | | 259. Fecha | | 260. Fecha | |
| 261. Fecha | | 262. Fecha | | 263. Fecha | |
| 264. Fecha | | 265. Fecha | | 266. Fecha | |
| 267. Fecha | | 268. Fecha | | 269. Fecha | |
| 270. Fecha | | 271. Fecha | | 272. Fecha | |
| 273. Fecha | | 274. Fecha | | 275. Fecha | |
| 276. Fecha | | 277. Fecha | | 278. Fecha | |
| 279. Fecha | | 280. Fecha | | 281. Fecha | |
| 282. Fecha | | 283. Fecha | | 284. Fecha | |
| 285. Fecha | | 286. Fecha | | 287. Fecha | |
| 288. Fecha | | 289. Fecha | | 290. Fecha | |
| 291. Fecha | | 292. Fecha | | 293. Fecha | |
| 294. Fecha | | 295. Fecha | | 296. Fecha | |
| 297. Fecha | | 298. Fecha | | 299. Fecha | |
| 300. Fecha | | 301. Fecha | | 302. Fecha | |
| 303. Fecha | | 304. Fecha | | 305. Fecha | |
| 306. Fecha | | 307. Fecha | | 308. Fecha | |
| 309. Fecha | | 310. Fecha | | 311. Fecha | |
| 312. Fecha | | 313. Fecha | | 314. Fecha | |
| 315. Fecha | | 316. Fecha | | 317. Fecha | |
| 318. Fecha | | 319. Fecha | | 320. Fecha | |
| 321. Fecha | | 322. Fecha | | 323. Fecha | |
| 324. Fecha | | 325. Fecha | | 326. Fecha | |
| 327. Fecha | | 328. Fecha | | 329. Fecha | |
| 330. Fecha | | 331. Fecha | | 332. Fecha | |
| 333. Fecha | | 334. Fecha | | 335. Fecha | |
| 336. Fecha | | 337. Fecha | | 338. Fecha | |
| 339. Fecha | | 340. Fecha | | 341. Fecha | |
| 342. Fecha | | 343. Fecha | | 344. Fecha | |
| 345. Fecha | | 346. Fecha | | 347. Fecha | |
| 348. Fecha | | 349. Fecha | | 350. Fecha | |
| 351. Fecha | | 352. Fecha | | 353. Fecha | |
| 354. Fecha | | 355. Fecha | | 356. Fecha | |
| 357. Fecha | | 358. Fecha | | 359. Fecha | |
| 360. Fecha | | 361. Fecha | | 362. Fecha | |
| 363. Fecha | | 364. Fecha | | 365. Fecha | |
| 366. Fecha | | 367. Fecha | | 368. Fecha | |
| 369. Fecha | | 370. Fecha | | 371. Fecha | |
| 372. Fecha | | 373. Fecha | | 374. Fecha | |
| 375. Fecha | | 376. Fecha | | 377. Fecha | |
| 378. Fecha | | 379. Fecha | | 380. Fecha | |
| 381. Fecha | | 382. Fecha | | 383. Fecha | |
| 384. Fecha | | 385. Fecha | | 386. Fecha | |
| 387. Fecha | | 388. Fecha | | 389. Fecha | |
| 390. Fecha | | 391. Fecha | | 392. Fecha | |
| 393. Fecha | | 394. Fecha | | 395. Fecha | |
| 396. Fecha | | 397. Fecha | | 398. Fecha | |
| 399. Fecha | | 400. Fecha | | 401. Fecha | |
| 402. Fecha | | 403. Fecha | | 404. Fecha | |
| 405. Fecha | | 406. Fecha | | 407. Fecha | |
| 408. Fecha | | 409. Fecha | | 410. Fecha | |
| 411. Fecha | | 412. Fecha | | 413. Fecha | |
| 414. Fecha | | 415. Fecha | | 416. Fecha | |
| 417. Fecha | | 418. Fecha | | 419. Fecha | |
| 420. Fecha | | 421. Fecha | | 422. Fecha | |
| 423. Fecha | | 424. Fecha | | 425. Fecha | |
| 426. Fecha | | 427. Fecha | | 428. Fecha | |
| 429. Fecha | | 430. Fecha | | 431. Fecha | |
| 432. Fecha | | 433. Fecha | | 434. Fecha | |
| 435. Fecha | | 436. Fecha | | 437. Fecha | |
| 438. Fecha | | 439. Fecha | | 440. Fecha | |
| 441. Fecha | | 442. Fecha | | 443. Fecha | |
| 444. Fecha | | 445. Fecha | | 446. Fecha | |
| 447. Fecha | | 448. Fecha | | 449. Fecha | |
| 450. Fecha | | 451. Fecha | | 452. Fecha | |
| 453. Fecha | | 454. Fecha | | 455. Fecha | |
| 456. Fecha | | 457. Fecha | | 458. Fecha | |
| 459. Fecha | | 460. Fecha | | 461. Fecha | |
| 462. Fecha | | 463. Fecha | | 464. Fecha | |
| 465. Fecha | | 466. Fecha | | 467. Fecha | |
| 468. Fecha | | 469. Fecha | | 470. Fecha | |
| 471. Fecha | | 472. Fecha | | 473. Fecha | |
| 474. Fecha | | 475. Fecha | | 476. Fecha | |
| 477. Fecha | | 478. Fecha | | 479. Fecha | |
| 480. Fecha | | 481. Fecha | | 482. Fecha | |
| 483. Fecha | | 484. Fecha | | 485. Fecha | |
| 486. Fecha | | 487. Fecha | | 488. Fecha | |
| 489. Fecha | | 490. Fecha | | 491. Fecha | |
| 492. Fecha | | 493. Fecha | | 494. Fecha | |
| 495. Fecha | | 496. Fecha | | 497. Fecha | |
| 498. Fecha | | 499. Fecha | | 500. Fecha | |
| 501. Fecha | | 502. Fecha | | 503. Fecha | |
| 504. Fecha | | 505. Fecha | | 506. Fecha | |
| 507. Fecha | | 508. Fecha | | 509. Fecha | |
| 510. Fecha | | 511. Fecha | | 512. Fecha | |
| 513. Fecha | | 514. Fecha | | 515. Fecha | |
| 516. Fecha | | 517. Fecha | | 518. Fecha | |
| 519. Fecha | | 520. Fecha | | 521. Fecha | |
| 522. Fecha | | 523. Fecha | | 524. Fecha | |
| 525. Fecha | | 526. Fecha | | 527. Fecha | |
| 528. Fecha | | 529. Fecha | | 530. Fecha | |
| 531. Fecha | | 532. Fecha | | 533. Fecha | |
| 534. Fecha | | 535. Fecha | | 536. Fecha | |
| 537. Fecha | | 538. Fecha | | 539. Fecha | |
| 540. Fecha | | 541. Fecha | | 542. Fecha | |
| 543. Fecha | | 544. Fecha | | 545. Fecha | |
| 546. Fecha | | 547. Fecha | | 548. Fecha | |
| 549. Fecha | | 550. Fecha | | 551. Fecha | |
| 552. Fecha | | 553. Fecha | | 554. Fecha | |
| 555. Fecha | | 556. Fecha | | 557. Fecha | |
| 558. Fecha | | 559. Fecha | | 560. Fecha | |
| 561. Fecha | | 562. Fecha | | 563. Fecha | |
| 564. Fecha | | 565. Fecha | | 566. Fecha | |
| 567. Fecha | | 568. Fecha | | 569. Fecha | |
| 570. Fecha | | 571. Fecha | | 572. Fecha | |
| 573. Fecha | | 574. Fecha | | 575. Fecha | |
| 576. Fecha | | 577. Fecha | | 578. Fecha | |
| 579. Fecha | | 580. Fecha | | 581. Fecha | |
| 582. Fecha | | 583. Fecha | | 584. Fecha | |
| 585. Fecha | | 586. Fecha | | 587. Fecha | |
| 588. Fecha | | 589. Fecha | | 590. Fecha | |
| 591. Fecha | | 592. Fecha | | 593. Fecha | |
| 594. Fecha | | 595. Fecha | | 596. Fecha | |
| 597. Fecha | | 598. Fecha | | 599. Fecha | |
| 600. Fecha | | 601. Fecha | | 602. Fecha | |
| 603. Fecha | | 604. Fecha | | 605. Fecha | |
| 606. Fecha | | 607. Fecha | | 608. Fecha | |
| 609. Fecha | | 610. Fecha | | 611. Fecha | |
| 612. Fecha | | 613. Fecha | | 614. Fecha | |
| 615. Fecha | | 616. Fecha | | 617. Fecha | |
| 618. Fecha | | 619. Fecha | | 620. Fecha | |
| 621. Fecha | | 622. Fecha | | 623. Fecha | |
| 624. Fecha | | 625. Fecha | | 626. Fecha | |
| 627. Fecha | | 628. Fecha | | 629. Fecha | |
| 630. Fecha | | 631. Fecha | | 632. Fecha | |
| 633. Fecha | | 634. Fecha | | 635. Fecha | |
| 636. Fecha | | 637. Fecha | | 638. Fecha | |
| 639. Fecha | | 640. Fecha | | 641. Fecha | |
| 642. Fecha | | 643. Fecha | | 644. Fecha | |
| 645. Fecha | | 646. Fecha | | 647. Fecha | |
| 648. Fecha | | 649. Fecha | | 650. Fecha | |
| 651. Fecha | | 652. Fecha | | 653. Fecha | |
| 654. Fecha | | 655. Fecha | | 656. Fecha | |
| 657. Fecha | | 658. Fecha | | 659. Fecha | |
| 660. Fecha | | 661. Fecha | | 662. Fecha | |
| 663. Fecha | | 664. Fecha | | 665. Fecha | |
| 666. Fecha | | 667. Fecha | | 668. Fecha | |
| 669. Fecha | | 670. Fecha | | 671. Fecha | |
| 672. Fecha | | 673. Fecha | | 674. Fecha | |
| 675. Fecha | | 676. Fecha | | 677. Fecha | |
| 678. Fecha | | 679. Fecha | | 680. Fecha | |
| 681. Fecha | | 682. Fecha | | 683. Fecha | |
| 684. Fecha | | 685. Fecha | | 686. Fecha | |
| 687. Fecha | | 688. Fecha | | 689. Fecha | |
| 690. Fecha | | 691. Fecha | | 692. Fecha | |
| 693. Fecha | | 694. Fecha | | 695. Fecha | |
| 696. Fecha | | 697. Fecha | | 698. Fecha | |
| 699. Fecha | | 700. Fecha | | 701. Fecha | |
| 702. Fecha | | 703. Fecha | | 704. Fecha | |
| 705. Fecha | | 706. Fecha | | 707. Fecha | |
| 708. Fecha | | 709. Fecha | | 710. Fecha | |
| 711. Fecha | | 712. Fecha | | 713. Fecha | |
| 714. Fecha | | 715. Fecha | | 716. Fecha | |
| 717. Fecha | | 718. Fecha | | 719. Fecha | |
| 720. Fecha | | 721. Fecha | | 722. Fecha | |
| 723. Fecha | | 724. Fecha | | 725. Fecha | |
| 726. Fecha | | 727. Fecha | | 728. Fecha | |
| 729. Fecha | | 730. Fecha | | 731. Fecha | |
| 732. Fecha | | 733. Fecha | | 734. Fecha | |
| 735. Fecha | | 736. Fecha | | 737. Fecha | |
| 738. Fecha | | 739. Fecha | | 740. Fecha | |
| 741. Fecha | | 742. Fecha | | 743. Fecha | |
| 744. Fecha | | 745. Fecha | | 746. Fecha | |
| 747. Fecha | | 748. Fecha | | 749. Fecha | |
| 750. Fecha | | 751. Fecha | | 752. Fecha | |
| 753. Fecha | | 754. Fecha | | 755. Fecha | |
| 756. Fecha | | 757. Fecha | | 758. Fecha | |
| 759. Fecha | | 760. Fecha | | 761. Fecha | |
| 762. Fecha | | 763. Fecha | | 764. Fecha | |
| 765. Fecha | | 766. Fecha | | 767. Fecha | |
| 768. Fecha | | 769. Fecha | | 770. Fecha | |
| 771. Fecha | | 772. Fecha | | 773. Fecha | |
| 774. Fecha | | 775. Fecha | | 776. Fecha | |
| 777. Fecha | | 778. Fecha | | 779. Fecha | |
| 780. Fecha | | 781. Fecha | | 782. Fecha | |
| 783. Fecha | | 784. Fecha | | 785. Fecha | |
| 786. Fecha | | 787. Fecha | | 788. Fecha | |
| 789. Fecha | | 790. Fecha | | 791. Fecha | |
| 792. Fecha | | 793. Fecha | | 794. Fecha | |
| 795. Fecha | | 796. Fecha | | 797. Fecha | |
| 798. Fecha | | 799. Fecha | | 800. Fecha | |
| 801. Fecha | | 802. Fecha | | 803. Fecha | |
| 804. Fecha | | 805. Fecha | | 806. Fecha | |
| 807. Fecha | | 808. Fecha | | 809. Fecha | |
| 810. Fecha | | 811. Fecha | | 812. Fecha | |
| 813. Fecha | | 814. Fecha | | 815. Fecha | |
| 816. Fecha | | 817. Fecha | | 818. Fecha | |
| 819. Fecha | | 820. Fecha | | 821. Fecha | |
| 822. Fecha | | 823. Fecha | | 824. Fecha | |
| 825. Fecha | | 826. Fecha | | 827. Fecha | |
| 828. Fecha | | 829. Fecha | | 830. Fecha | |
| 831. Fecha | | 832. Fecha | | 833. Fecha | |
| 834. Fecha | | 835. Fecha | | 836. Fecha | |
| 837. Fecha | | 838. Fecha | | 839. Fecha | |
| 840. Fecha | | 841. Fecha | | 842. Fecha | |
| 843. Fecha | | 844. Fecha | | 8 | |

AM Instrument SA

N. Q \$ 2031.755-

330

| | | | | | |
|--|---|---|--|-----------------|--------------------|
|  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, JULIO 10 DE 2024 | | | | |
| NOMBRE FUNCIONARIO | CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO | | | | |
| ÁREA / DEPENDENCIA | SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- GESTIÓN DE ABASTECIMIENTO EN INSUMOS | | | | |
| CENTRO DE COSTO | 15CH99 589723003 | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD | HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA | | | | |
| 2. DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A SOLICITAR | | | | | |
| ITEM | CÓDIGO | NOMBRE / DESCRIPCIÓN DETALLADA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD | OBSERVACIÓN |
| 1 | 121QQ031261 | DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL ORTOFALALDEHIDO EN SOLUCION GALON | GALON | 8 | |
| 2 | 121QQ035120 | TIRAS REACTIVAS PARA DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL ORTOFALALDEHIDO, INDICADORAS DE LA CONCENTRACION EFECTIVA FRASCO X 50 UNIDADES | UNIDAD | 1 | |
| 3. JUSTIFICACION | | | | | |
| <p>La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, requiere la compra del dispositivo médico quirúrgico hospitalario, necesario para la prestación del servicio a los usuarios de la subred integrada de servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. La disponibilidad de los dispositivos médicos quirúrgicos constituye una obligación, para con sus usuarios y beneficiarios, para la prestación de servicios de salud con calidad, dando cumplimiento de las normas legales vigentes. 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 la Subred Centro Oriente por tratarse de una necesidad urgente para la atención y así dar continuidad en la prestación de los servicios de salud de la Subred Integrada De Servicios De Salud.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior se realizará como procedimiento para compra por caja menor toda vez que es un mecanismo expedito e inmediato con el que se suplirá la contratación de los insumos requeridos. Es importante resaltar que en este momento los servicios no pueden esperar la realización de un proceso de contratación mayor a 20 o 30 días, dado que el comportamiento de su demanda y la actual disponibilidad no alcanzan a dar cubrimiento necesario, por ello se solicita contar con los bienes que se describen a continuación de manera casi inmediata como medida urgente, de lo contrario sería poner en riesgo la continuidad de la prestación del servicio de salvar como derecho fundamental, aunado a que actualmente nos encontramos y como parte del proceso, para lograr el 100% en la atención para los pacientes que se encuentran en áreas de intervención de adulto que requieren una atención intra hospitalaria y así brindar una atención oportuna, este insumo facilita los procesos para desinfección de dispositivos médicos y las tiras permiten llevar un seguimiento frente a la calidad y estado del desinfectante, esto con el fin de brindar una atención segura como se indica en el protocolo que debe atenderse con criterios de oportunidad y calidad, de manera inmediata. Este insumo se requiere para la prestación del servicio de los usuarios de la Subred integrada de salud Centro Oriente E.S.E.</p> | | | | | |
| 4. ¿Existe en Almacén Central? | SI | NO |  Vo.Bo. Funcionario Almacén | | |
|  CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO Nombre Funcionario y/o Contratista |  Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo | | | | |
| 5. OBSERVACIÓN: | | | | | |
| 1. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL: 121QQ031261 , NOMBRE/ DESCRIPCIÓN: DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL ORTOFALALDEHIDO EN SOLUCION GALON: NO CONTRATADO CON LA INSTITUCIÓN. 2. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL: 121QQ035120 , NOMBRE/ DESCRIPCIÓN: TIRAS REACTIVAS PARA DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL ORTOFALALDEHIDO, INDICADORAS DE LA CONCENTRACION EFECTIVA | | | | | |

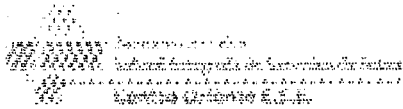
Vaso Haurmy Dia C

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

331

Fecha Actual: jueves, 11 julio 2024

1/7



COMPROBANTE ENTRADA

Nº000000000077388

PROVEEDOR: U.M INSTRUMENTOS S.A. NIT: 300077633 FECHA: 11/07/2024 07:37 a.m.
 CIUDAD: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C.) ESTADO: Continuada
 DIRECCION: CR 68 D 25 B 88 OF 318 BRR.SALITRE MONEDA: Pesos
 TELEFONO: 4272000 TASA CAM: 0.00
 N° FACTURA: LMD04752 ✓ % ICA: 11.0400 PLAZO: 0 FECHA FAC: 11/07/2024 12:00 a.m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/0 | SUBTOTAL | %DITO | %IVA |
|-------------|---|--------------|----------|--------------|--------------|-------|-------|
| 121Q0571561 | DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL ORTOFALALDEHIDO EN SOLUCION GALON x 32X (CIDEX OPA) | GALON | 8.00 | 1.293.700.00 | 1.164.560.00 | 0.00 | 0.00 |
| 121Q053120 | TIRAS REACTIVAS PARA DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL ORTOFALALDEHIDO INDICADORAS DE LA CONCENTRACION EFECTIVA (CIDEX OPA) | UNIDAD | 35.00 | 18.450.00 | 1.524.300.00 | 0.00 | 19.00 |

DETALLE

CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL: \$1.970.100.00 ✓
 DESCUENTO: \$0.00
 IMPUESTO: \$61.633.00 ✓
 FLETES: \$0.00
 IMP FLETES: \$0.00
 RETENIVA: \$9.249.00
 RETENICA: \$21.730.00
 REVENUE: \$0.00
 OTRAS RETE: \$0.00
 OTRAS DEDUC: \$0.00
 IMP OTRAS: \$0.00
 AJUSTE RED: \$0.00
 AJUSTE AL TOTAL: \$0.00
 TOTAL COMPR: \$2.000.737.00

TOTAL COMPRORANTE:

DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTSV M/Cts.

Revista Amecan

Revista Inquisitor



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

II INFORMACIÓN

| | | | |
|--------------------|---------------------|--------|------------|
| COMPROBANTE N° | 836 | FECHA | 17/07/2024 |
| RUBRO PRESUPUESTAL | MATERIAL QUIRÚRGICO | MÉDICO | |
| BANCO | DAVIVIENDA | | |
| VALOR | 2.046.800 | | |
| PAGADO CHEQUE N° | 92970-0 | | |

| | |
|-------------|---|
| LA SUMA DE: | DOS MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS M.CTE. |
|-------------|---|

| | |
|-----------|--|
| CONCEPTO: | FACTURA No. FVEC 71703 MEDICOX LTDA. NIT 800.151.064-0 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. SOLICITADO CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO, GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO. R.FTE. 2.5%.....\$43.000,00 R.ICA 14.14 POR MIL..... 7.121,00 R.IVA 15%..... 49.020,00 |
|-----------|--|

Diana López D
Vo.Bº: ORDENADOR DEL GASTO

[Firma]
Vo.Bº: CUENTADANTE

de

13/160

01 FACTURA ELECTRONICA DE VENTA **FVEC71703****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



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: 2024/07/10 11:16:00

Se conviene el precio y la cosa vendida en Bogotá DC

Cufe: ea69b5be331c5fa3db4c63c326767f273062754415f354f12529a01b8e37bbfca88116c9f39afebb35a7e67dec36a00

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

NIT: 900959051 - 7

DIRECCION: DIAGONAL 34 N° 5 - 43

FECHA: 2024/07/10

ORDEN: CAJA MENOR

TELEFONO: 3444484

UNIDADES FACTURADAS: 400

VENDEDOR: BIBIANA VARGAS OSPINA

CIUDAD: BOGOTÁ - Bogotá D.C

FORMA PAGO: CREDITO 90 DIAS

FECHA VENCIMIENTO 2024/10/08

| REFERENCIA | CANT | UNIDAD | DESCRIPCIÓN | IVA | V/UNIT | VALOR TOTAL |
|-------------------------|------|---------|--|-----|-------------|-----------------|
| 352/5877 UB: P1 M3NA | 100 | UNIDAD* | FILTRO HUMID. NARIZ DE CAMELLO ADUL. CJX25 MEDTRONIC LOTE:24B0512FAX 2029/02/01 INVIMA: 2018DM-0018672 CUM: No aplica | 19 | \$ 4,300.00 | \$ 430,000.00 |
| 352/5877 UB: P1 M3NA | 300 | UNIDAD* | FILTRO HUMID. NARIZ DE CAMELLO ADUL. CJX25 MEDTRONIC LOTE:23L0317FAX 2028/11/01 INVIMA: 2018DM-0018672 CUM: No aplica | 19 | \$ 4,300.00 | \$ 1,290,000.00 |

RFK 25%
R.ICA 4.14%
R.IYA 15%

\$43000
7.121
49.020
\$99.141

A pagar \$1947.659

Chelano
cheque 92970-0
\$ 11947.659
Bibiana Vargas
ce. 57988244
18-07-2024

OBSERVACIONES PARA RADICAR COMPRA POR CAJA MENOR SE ENTREGO CON REMISION 22188

SON: UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS 20 CTVS M/CTE.



Firma del vendedor

Fecha de admisión y sello:

Nombre e identificación de quien recibe

| | |
|------------------|-----------------|
| SUBTOTAL: | \$ 1,720,000.00 |
| IVA: \$ 2046.800 | \$ 326,800.00 |
| RETE IVA: | \$ 49,020.00 |
| RETE ICA: | \$ 7,120.80 |
| RETEFUENTE: | \$ 43,000.00 |
| VALOR NETO: | \$ 1,947,659.20 |

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGÚN ARTICULO 774 DEL CODIGO DE COMERCIO.
FAVOR GIRAR CON CHEQUE CRUZADO A NOMBRE DE MEDICOX LTDA.

*Representación impresa de Factura Electrónica de Venta electrónica Documento generado por The Factory HKA Colombia SAS - NIT 900390126-6

*Software SYSplus 2023 Software y Servicios Informaticos S.A.S NIT: 830.143.150-1

ORIGINAL

PAGINA: 1 DE 1



DAVIVIENDA

CHEQUERA 930068598784

Cheque No. **92970-0**

51

ANO 2021 MES 07 DIA 17

DOSNUEVESIETE CERO CERO

519468033530

Páguese a la orden de: **Medicox Ltda.**

La suma de: **Un Millon Novecientos Cuarenta y Siete Mil Seiscientos**

Cincuenta y Nueve pesos M/L

92970-0 - 2023/04/26

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza
donde DAVIVIENDA tenga oficina.

Diana Lopez
92970-0 Firma(s) Autorizada(s)

4 00000 005 1 930068598784 929700

Factura No. 54EC-71703, 71704 y 71705 humidificadores adulto
nari? de camello expedido para la prestación
del servicio de salud a los usuarios de la
Subred Centro Oriente ESE.

Cheque No. **92970-0**

DOSNUEVESIETE CERO CERO

COMPROBANTE

ELABORADO POR

REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBE

Diana Lopez

C.C. ONIT.

519468033530



Nit. 830.142.523-0

Importadora y comercializadora de
dispositivos médicos - quirúrgicos



Bogotá, 18 de julio 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 Padilla
Profesional Contable
Tel. 3125495 Ext 112

Enviado desde mi iPhone



337

RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>

Jue 4/07/2024 11:15 AM

Para: John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>; Cristian Camilo Leguizamón <insumosmx2@subredcentrooriente.gov.co>;
cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>
CC: Eduardt Hanns González Roa <insumosmx@subredcentrooriente.gov.co>

Cordial saludo,

Se informa que los ítems:

1. 121QQ031219 - CIRCUITO RESPIRATORIO NEONATAL CON LINEA INSPIRATORIA CALENTADA Y CAMARA AUTOLLENABLE Y TRAMPA DE AGUA EN LA VIA RESPIRATORIA
2. 121QQ031551 - NARIZ DE CAMELLO

Actualmente no se encuentran contratados.

Cordialmente,

**Patricia Ballesteros Silva**

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

Facebook: @subredcentrooriente Instagram: @subred_centrooriente
Twitter: @SubRedCentroOri LinkedIn: Subred Centro Oriente
Website: www.subredcentrooriente.gov.co

De: John Jairo Guerrero <almacen@subredcentrooriente.gov.co>**Enviado:** jueves, 4 de julio de 2024 10:00 a. m.**Para:** Cristian Camilo Leguizamón <insumosmx2@subredcentrooriente.gov.co>; cajamenor1 <cajamenor1@subredcentrooriente.gov.co>; Pedidos <pedidos@subredcentrooriente.gov.co>; compras <compras@subredcentrooriente.gov.co>**Cc:** Eduardt Hanns González Roa <insumosmx@subredcentrooriente.gov.co>**Asunto:** RE: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Cordial saludo.

Me permito informar que una vez revisado el módulo de inventarios con corte al día de hoy, no se evidencia existencias en los almacenes de la entidad, de los insumos que se relacionan a continuación:

121QQ031219 - CIRCUITO RESPIRATORIO NEONATAL CON LINEA INSPIRATORIA CALENTADA Y CAMARA AUTOLLENABLE Y TRAMPA DE AGUA EN LA VIA RESPIRATORIA

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

Enviado: jueves, 4 de julio de 2024 9:40 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>

Asunto: CONFIRMACIÓN EXISTENCIAS Y CONTRATO

Buenos Días, Cordial Saludo

En relación a solicitud envío descripción y codificación del insumo para confirmación de existencias en los almacenes y contrato para poder gestionar caja menor:

1. 121QQ031219 - CIRCUITO RESPIRATORIO NEONATAL CON LINEA INSPIRATORIA CALENTADA Y CAMARA AUTOLLENABLE Y TRAMPA DE AGUA EN LA VIA RESPIRATORIA
2. 121QQ031551 - NARIZ DE CAMELLO

Agradezco su atención prestada

Cordialmente

MÁS CONFIANZA
MÁS Bienestar



BOGOTÁ

Cristian Camilo Leguizamón Arguello

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

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

SC-CERT164025

339

NIT DEL CLIENTE: 900959051 -7**COTIZACIÓN - N°: 066870****CLIENTE:** SUBRED INTE. SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**DIRECCION:** DIAGONAL 34 N° 5 - 43**CIUDAD:** BOGOTÁ - Bogotá D.C**FECHA:** 2024/07/08**REPRESENTANTE DE VENTAS:** BIBIANA VARGAS OSPINA**VIGENCIA:** 10 DIAS**ELABORADO POR:** SNUMPAQU

| 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: DISPONIBLE | 400 | UNIDAD* | | 19 | 4,300.00 | 2,046,800.00 |

OBSERVACIONES:**SUBTOTAL:** \$ 1,720,000.00**DESCUENTO:****IVA:** \$ 326,800.00**RETEFUENTE:** \$ 43,000**RETEICA:** \$ 7,121**RETEIVA:** \$ 49,020**TOTAL:** \$ 1,947,659**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 mínimo de facturación 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.

340

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| DIAN | | Formulario del Registro Único Tributario | | 001 | |
| 2. Concepto 02 Actualización | | 4. Número de formulario 141053018357 | | | |
| | | | | | |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 830142523 | | 6. DV 0 | | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | |
| | | | | 14. Buzón electrónico | |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona jurídica | | 25. Tipo de documento 1 | | 26. Número de identificación | |
| 27. Fecha expedición | | 28. País | | 29. Departamento | |
| 30. Ciudad/Municipio | | 31. Primer apellido | | 32. Segundo apellido | |
| 33. Primer nombre | | 34. Otros nombres | | 35. Razón social MEDICOX LTDA | |
| 36. Nombre comercial | | 37. Sigla | | UBICACIÓN | |
| 38. País COLOMBIA | | 39. Departamento Bogotá D.C. | | 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. | |
| 41. Dirección principal CL 66 19 36 OF 301 | | 42. Correo electrónico administrativo@medicox.com.co | | 43. Código postal 111221 | |
| 44. Teléfono 6013125495 | | 45. Teléfono 2 3153650955 | | CLASIFICACIÓN | |
| Actividad económica | | Ocupación | | | |
| 46. Código 4645 | | 47. Fecha inicio actividad 20130125 | | 48. Código 4669 | |
| 49. Fecha inicio actividad 20130125 | | 50. Código 4659 | | 51. Código | |
| 52. Número establecimientos | | Responsabilidades, Calidades y Atributos | | | |
| 53. Código 578910141642485255 | | 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario | | 42- Obligado a llevar contabilidad | |
| 07- Retención en la fuente a título de rent | | 48- Impuesto sobre las ventas - IVA | | 52- Facturador electrónico | |
| 08- Retención timbre nacional | | 55- Informante de Beneficiarios Finales | | | |
| 09- Retención en la fuente en el impuesto | | | | | |
| 10- Obligado aduanero | | | | | |
| 14- Informante de exogena | | | | | |
| 16- Obligación facturar por ingresos bienes | | | | | |
| Usuarios aduaneros | | Exportadores | | | |
| 54. Código 2223 | | 55. Forma 3 | | 56. Tipo 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 2024-07-03/09:51:16 | |
| 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. | | Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. | | | |
| Firma del solicitante: | | Firma autorizada: | | | |
| | | 984. Nombre MORALES GONZALEZ NELLY | | | |
| | | 985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado | | | |

341



POLIFARMA S.A.S. - POLIMEDIC'S
FARMACEUTICA S.A.S.
NIT : 800151064- 0
CL 77 28 B 33
6013112668 - 3102340035

Bogota, 8 de julio 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 - 302

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 | 400 | LIFE CARE | 5,375.00 | 19 | 2,150,000.00 |

| | |
|---------------|----------------|
| Total Bruto | 2,150,000.00 |
| IVA | 408,500.00 |
| Total a Pagar | \$2,558,500.00 |

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, julio 8 2024 ,

Cordialmente,

Vendedor Principal
Admin. Ventas
POLIFARMA S.A.S. - POLIMEDIC'S FARMACEUTICA S.A.S.


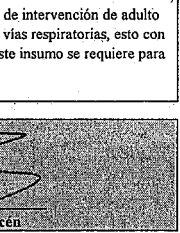
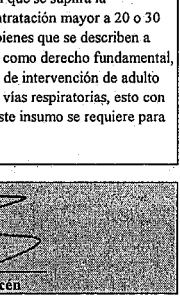
Elaborado e Impreso por Sigo

342

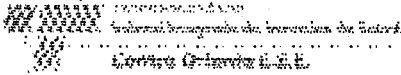
| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| DIAN | | Formulario del Registro Único Tributario | | 001 | |
| 2. Concepto 02 Actualización | | | | 4. Número de formulario 14966279766 | |
|  | | | |  (415)7707212489984(8020) 000001496627976 6 | |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 0 0 1 5 1 0 6 4 | | 6. DV 0 | | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | |
| IDENTIFICACIÓN | | | | 14. Buzón electrónico 3 2 | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona jurídica | | 25. Tipo de documento 1 | | 26. Número de Identificación | |
| 27. Fecha expedición | | Lugar de expedición | | 28. País | |
| 29. Departamento | | 30. Ciudad/Municipio | | 31. Primer apellido | |
| 32. Segundo apellido | | 33. Primer nombre | | 34. Otros nombres | |
| 35. Razón social POLIMEDIC'S FARMACEUTICA S A S | | 36. Nombre comercial | | 37. Sigla POLIFARMA S.A.S. | |
| UBICACIÓN | | | | | |
| 38. País COLOMBIA | | 39. Departamento Bogotá D.C. | | 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. | |
| 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 | | 46. Código 4 6 4 5 | |
| CLASIFICACIÓN | | | | | |
| Actividad económica | | | | Ocupación | |
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | |
| 46. Código 4 6 4 5 | | 47. Fecha inicio actividad 1 9 9 4 0 1 0 3 | | 48. Código 4 6 5 9 | |
| 49. Fecha inicio actividad 2 0 1 2 0 9 0 3 | | 50. Código 8 6 9 9 | | 51. Código | |
| 52. Número establecimientos 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 ordinario | | 54- Facturador electrónico | | 07- Retención en la fuente a título de renta | |
| 08- Retención timbre nacional | | 09- Retención en la fuente en el impuesto | | 10- Obligado aduanero | |
| 14- Informante de exogena | | 48- Impuesto sobre las ventas - IVA | | Usuarios aduaneros | |
| 54. Código | | Exportadores | | 55. Forma | |
| 56. Tipo | | Servicio | | 57. Modo | |
| 58. CPC | | 1 | | 2 | |
| 3 | | 59. Anexos | | 60. No. de Folios | |
| SI NO X | | 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. | | Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. | |
| Firma del solicitante: | | Firma autorizada: | | 984. Nombre | |
| 984. Nombre | | 985. Cargo | | BEDOYA SANCHEZ OSCAR HUMBERTO | |
| Representante legal Certificado | | Fecha generación documento PDF: 07-03-2024 11:46:51AM | | | |

Medicor Ltda
MMQ \$2'046.800=

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 - 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, JULIO 8 DE 2024 | | | |
| NOMBRE FUNCIONARIO | | CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO | | | |
| ÁREA / DEPENDENCIA | | SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- GESTIÓN 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 | 121QQ031551 | NARIZ DE CAMELLO | UNIDAD | 400 | |
| 3. JUSTIFICACIÓN | | | | | |
| <p>La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. requiere la compra del dispositivo médico quirúrgico hospitalario, necesario para la prestación del servicio a los usuarios de la subred integrada de servicios de salud Centro Oriente E.S.E. La disponibilidad de los dispositivos médicos quirúrgicos constituye una obligación, para con sus usuarios y beneficiarios, para la prestación de servicios de salud con calidad, dando cumplimiento de las normas legales vigentes. 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 la Subred Centro Oriente por tratarse de una necesidad urgente para la atención y así dar continuidad en la prestación de los servicios de salud de la Subred Integrada De Servicios De Salud.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior se realizará como procedimiento para compra por caja menor toda vez que es un mecanismo expedito e inmediato con el que se suplirá la contratación de los insumos requeridos. Es importante resaltar que en este momento los servicios no pueden esperar la realización de un proceso de contratación mayor a 20 o 30 días, dado que el comportamiento de su demanda y la actual disponibilidad no alcanzan a dar cubrimiento necesario, por ello se solicita contar con los bienes que se describen a continuación de manera casi inmediata como medida urgente, de lo contrario sería poner en riesgo la continuidad de la prestación del servicio de salvar como derecho fundamental, aunado a que actualmente nos encontramos y como parte del proceso, para lograr el 100% en la atención para los pacientes que se encuentran en áreas de intervención de adulto que requieren una atención intra hospitalaria y así brindar una atención oportuna, este insumo facilita la filtración, humidificación y calefacción de las vías respiratorias, esto con el fin de brindar una atención segura como se indica en el protocolo que debe atenderse con criterios de oportunidad y calidad, de manera inmediata. Este insumo se requiere para la prestación del servicio de los usuarios de la Subred integrada de salud Centro Oriente E.S.E.</p> | | | | | |
| 4. ¿Existe en Almacén Central? | | SI | NO | | |
| | | | NO | | |
| | |  Vo.Bo. Funcionario Almacén | | | |
| | |  CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMÓN ARGUELLO Nombre Funcionario y/o Contratista | | | |
| | |  Vo.Bo. Director Administrativo O Subgerente Corporativo | | | |
| 5. OBSERVACIÓN: | | | | | |
| 1. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL: 121QQ031551, NOMBRE/ DESCRIPCIÓN: NARIZ DE CAMELLO: NO CONTRATADO CON LA INSTITUCIÓN. | | | | | |

Maryury Dion Arpedes

**COMPROBANTE ENTRADA**
Nº000000000077447

PROVEEDOR: MEDICOX LTDA
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.)
DIRECCION: CL 86 N 19 - 36 OF 301
TELEFONO:
Nº FACTURA: FVEG71703 ✓

NIT: 530142523

FECHA: 16/07/2024 12:06 p.m.

ESTADO: Confirmado

MONEDA: Pesos

TASA CAM: 0,00 ✓

FECHA FAC: 10/07/2024 12:00 a.m.

% ICA: 4,1400 PLAZO: 0

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DIO | %IVA |
|-------------|------------------|--------------|----------|-------------|-----------------|------|-------|
| 121QQ031551 | NARIZ DE CAMELLO | UNIDAD | 300,00 | \$ 4.300,00 | \$ 1.290.000,00 | 0,00 | 19,00 |
| 121QQ031551 | NARIZ DE CAMELLO | UNIDAD | 100,00 | \$ 4.300,00 | \$ 430.000,00 | 0,00 | 19,00 |

DETALLE

CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL: \$ 1.720.000,00 ✓

DESCUENTO: \$ 0,00

IMPUESTO: \$ 336.800,00 ✓

FLETES: \$ 0,00

IMP FLETES: \$ 0,00

RETE IVA: \$ 49.020,00

RETE ICA: \$ 7.121,00

RETE FUENTE: \$ 43.000,00

OTRAS RETE: \$ 0,00

OTRAS DEDUC: \$ 0,00

IMP DISTRI: \$ 0,00

AJUSTE RED: \$ 0,00

AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00

TOTAL COMPR: \$ 1.947.839,00

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cts.

RECIBO

Remiso Almacén

Remiso Impuestos

I. INFORMACIÓN

COMPROBANTE N° 837

FECHA 18/07/2024

RUBRO PRESUPUESTAL GASTOS EFECTIVO

BANCO DAVIVIENDA

VALOR 5.000.000

PAGADO CHEQUE N° 92971-4

LA SUMA DE CINCO MILLONES DE PESOS M.CTE.

CONCEPTO: GASTOS EN EFECTIVO GENERADOS EN CAJA MENOR ASIGNADA A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Diana Lopez D
V.O. ORDENADOR DEL GASTO

[Firma]
V.O. CUENTADANTE



DAVIVIENDA

CHEQUERA 930068596764

Cheque No.

92971-4

51

AÑO

MES

DÍA

DOSNUEVESIETEUNOCUATRO

2024

07

10

\$ 5.000.000,00

Páguese a la orden de:

Banca Paulina Suarez Rosas

La suma de:

Cinco Millones de Pesos M. cte

pesos M/L

92971-4 - 2023/04/26

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza
donde DAVIVIENDA tenga oficina.

92971-4

Firma(s) Autorizada(s)

5 000000 005 1 730068596764 929714

Gastos en efectivo generados en la compra de un auto
nada a la Sobred Contrato

Cheque No.

92971-4

DOSNUEVESIETEUNOCUATRO

COMPROBANTE

ELABORADO POR

REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBE

C.C. O NIT.

347

1. INFORMACIÓN

| | | | |
|--------------------|---------------------|--------|------------|
| COMPROBANTE N° | 838 | FECHA | 19/07/2024 |
| RUBRO PRESUPUESTAL | MATERIAL QUIRÚRGICO | MÉDICO | |
| BANCO | DAVIVIENDA | | |
| VALOR | 2.988.578 | | |
| PAGADO CHEQUE N° | 92972-8 | | |

| | |
|------------|--|
| LA SUMA DE | DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M.CTE. |
|------------|--|

| | |
|----------|---|
| CONCEPTO | FACTURA No.FEV 51157 LABORATORIOS GOTHA PLAST LTDA. NIT 830.061.856-1 DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS (TEST BOWIE DICK KIT DIARIO PRUEBA AUTOCLAVE DE PREVACIO), NECESARIO PARA FACILITAR EL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN PREVIO DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO 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%.....\$62.785,00 R.ICA 11,04 POR MIL.....\$27.726,00 R.IVA 15%..... 71.575.00 |
|----------|---|

Diana López D
VoBo ORDENADOR DEL GASTO

Blanca S
VoBo CUENTADANTE

64 13162

*

GOTHAPLAST.

MEDICAL PRODUCTS & STERILIZATION

LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA.

NIT. 830.061.856-1- Responsable de IVA

No Somos Autorretenedores

Grati Contribuyente DIB-ICA

Resolución DDI-023769 de 2021/11/29

Se Autoriza con el Documento Oficial de Numeración de

Facturación N° 18764071410173

Fecha: 2024/05/27- Vigencia: 24 Meses - Modalidad: Electronica

Autorización desde el N° FEV 50001 hasta el N° FEV 70000

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|---------------------|--|-------------------|--|---------------|--|
| SEÑOR(ES): SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE | | | | FACTURA DE VENTA Nro. FEV 51157 | | | | | | | |
| NIT.: 900959051 7 | | | | ELECTRÓNICA Fecha y hora generación: 12-7-2024 16:53:47 | | | | | | | |
| DIRECCIÓN: DIAGONAL 34 No 5 - 43 | | | | FECHA FACTURA | | CONDICIONES DE PAGO | | FECHA VENCIMIENTO | | | |
| CIUDAD: Bogotá D.C. Teléfonos: 3282828 | | | | DÍA MES AÑO | | | | DÍA MES AÑO | | | |
| | | | | 12 7 2024 | | CREDITO - 90 DIAS | | 10 10 2024 | | | |
| ORDEN DE COMPRA | | N. SERVICIO | | O.P. | | REMISIONES | | CÓDIGO VENDEDOR | | TRANSPORTADOR | |
| 0000 | | | | 96992 | | FACTURA | | 12 | | CLIENTE | |
| CANTIDAD | | REF. | | ARTÍCULO (DESCRIPCION) | | % | | VALOR UNITARIO | | VALOR TOTAL | |
| 187.00 | | 3FSKS611102 - PAQUETE DE PRUEBA BOWIE AND DICK PEQUEÑO | | | | 19 | | 13,430.00 | | 2,511,410.00 | |
| | | Rte 25% \$ 62785 | | | | | | | | | |
| | | RICA 11.04% 27.726 | | | | | | | | | |
| | | R-SUR 15% 31.575 | | | | | | | | | |
| | | TOTAL 1162086 | | | | | | | | | |
| | | A pagar \$ 2826492 | | | | | | | | | |
| | | RECIBE: JEANIE OSORIO | | | | | | | | | |
| | | 52116434 | | | | | | | | | |
| | | CANCELADO CHEQUE 92972-8 | | | | | | | | | |
| | | CENTRO ESTERILIZACION | | | | | | | | | |
| Códigos Actividad Industria y Comercio: | | | | | | | | VALOR NETO | | 2,511,410.00 | |
| Fabricación de instrumentos, aparatos y materiales médicos y odontológicos (Incluido mobiliario: 3250 - Tarifa: 11.04 x Mil) - Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo N.C.P.: 4659 - Tarifa: 11.04 x Mil - Otras actividades profesionales, científicas y técnicas N.C.P.: 74902 - Tarifa: 9.66 x Mil | | | | | | | | DESCUENTOS | | 0.00 | |
| LA GASA Y LOS EQUIPOS DE INFUSION PARA LIQUIDOS SON EXCLUIDOS DE IVA LEY 788 ART, 424 DE E.T. | | | | | | | | SUBTOTAL | | 2,511,410.00 | |
| Direccion de entrega: ** | | | | | | | | VR NO GRAVADO | | 0.00 | |
| OMMR | | | | | | | | VR GRAVADO | | 2,511,410.00 | |
| VALOR EN LETRAS: | | | | | | | | I.V.A. | | 477,167.90 | |
| DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS CON 90 CENTAVOS | | | | | | | | TOTAL VENTA | | 2,988,577.90 | |



NOTAS:

- Esta factura es un Título Valor en los términos establecidos en el Artículo 1° de la ley 1231 de 2008.

- Favor cancelar con Transferencia Bancolombia - Cuenta Ahorros Nro 250-046833-00 a favor de Laboratorios Gothaplast Ltda.

iii REPRESENTACIÓN GRÁFICA DELA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA !!!



CUFE: aafbb1c16e9a344edf6d3001cd7b0053f915d948b787fcc00ec29e10df6d8c29532353d320eaf0d35f03c48b327



DAVIVIENDA

CHEQUERA 930088598784

Cheque No. **92972-8**

51

DOSNUEVESIETEDOSOCHO

AÑO MES DÍA
2024 07 19

\$ 2.000.000,00

Páguese a la orden de: Laboratorios Gothaplast Ltda.

La suma de: dos Millones Ochocientos Veintiseis Mil Cuatrocientos

Noventa y Dos pesos M/L

92972-8 - 2028/04/28

disapeles

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza
donde DAVIVIENDA tenga oficina.

Diana Lopez D. Jara P. Ruiz Razo
Firma(s) Autorizada(s)

92972-8

6# 000000051:430068596764:929728

Factura No. FEV 51157 dispositivos medico quirurgicos
Respiradores (test Bowie Die Kit) Cheque No. **92972-8**
prueba artroscopica de prevencion) necesaria DOSNUEVESIETEDOSOCHO para
facilitar el proceso de esterilizacion previo a cualquier
procedimiento quirurgico de servicio de salud a las
personas de la Salud entre Oportunos ESE

COMPROBANTE

ELABORADO POR

REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBE

Jara P.

Diana Lopez D.

Diana Lopez D.

Jara P. Ruiz Razo

C.C. O.N.T. 52-186-762-078

Bogotá, D.C; 19 Julio 2024

Señores:

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

REF. AUTORIZACION.

Respetados Señores:

Por la presente estamos autorizando a la señora **FRANCYA ESTELLA CONTRERAS PEÑA** identificada con cedula de ciudadanía número 52.186.762 de Bogotá (Cundinamarca), para reclamar cheque a nombre de **LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA – Nit. 830.061.856-1.**

Cualquier información comunicarse al 601 7447141

Cordialmente,


BAYRON GARGÉS AREVALO
CONTADOR

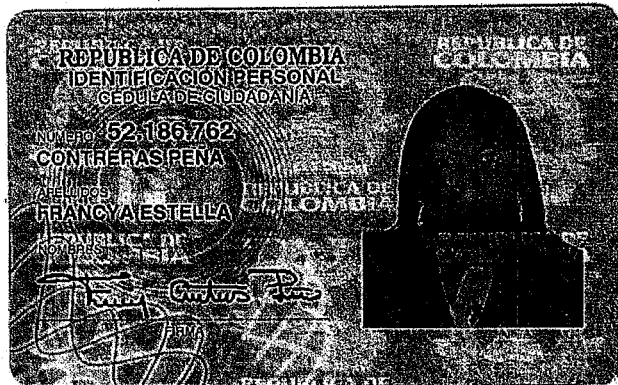
GOTHA
MEDICAL PRODUCTS & STERILIZATION
LABORATORIOS GOTHAPLAST
CONTADOR



SGS-CERES14118

SGS-CERES14121

351





BIOPLAST S.A.

KRA 90 A No. 64C - 89

TELEFONO (571)4382224

Bogotá D.C, Julio 10 2024

Señores:

SUB-RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

Ciudad

REF: SOLICITUD PRORROGA O EXCLUSION DE PRODUCTO

Respetados Señores,

Nuestra empresa resulto favorecida en la propuesta presentada en la invitación a cotizar No.023 de 2024 para el suministro de dispositivos médicos a través del contrato No.02 BS 0029 2024 para las Unidades Prestadoras de Servicio adscritas

Dentro de los productos que se incluyen en el contrato firmado con la **SUB-RED CENTRO ORIENTE.**, hay algunos en los que actuamos en calidad de fabricantes, y en otros como importadores directos, tenemos novedad con el insumo:


ÍTEM NO. 101 TEST BOWIE Y DICK

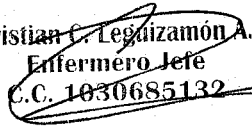
Este insumo se encuentra en proceso de importación como lo hemos informado en comunicaciones anteriores y esa proyectada su llegada a principios de septiembre de 2024, presentamos a su consideración dos posibles alternativas:

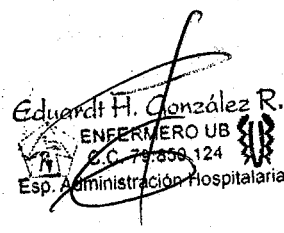
- 1- Prórroga para la entrega del insumo hasta la fecha de llegada
- 2- Exclusión del contrato del insumo en el que se nos esta presentando la novedad por estar en proceso de importación.

Agradecemos de antemano su gentil atención.

Cordialmente,


GUSTAVO PINZON DIAZ
Representante legal


Cristian C. Leguizamón A.
Enfermero Jefe
C.C. 1030685132


Eduard H. González R.
ENFERMERO UB
C.C. 79.859.124
Esp. Administración Hospitalaria



Laboratorios Gothaplast Ltda

MQ \$2'998.578=

353

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO SOLICITUD POR CAJA MENORCÓDIGO: AP-RF-FT-002
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-05-16

1. INFORMACIÓN

CIUDAD Y FECHA

BOGOTA, JULIO 11 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 |
|------|-------------|---|---------------------|----------|
| 1 | 121QQ035209 | TEST BOWIE Y DICK KIT DIARIO PARA PRUEBA AUTOCLAVE DE PREVACIO | UNIDAD | 187 |

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 central de esterilización para los equipos medicos que se requieren en este proceso hospitalario y así brindar una atención oportuna quirúrgica, este insumo facilita la el proceso de esterilización previo de cualquier procedimiento quirúrgico, esto con el fin de brindar una atención segura como se indica en el protocolo en salas de cirugía y esterilización 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

Miguel Angel Cortés T.

Vo.Bo. Funcionario Almacén

Eduardt Hanns González Roa

EDUARDT HANNS GONZALEZ ROA
Nombre Funcionario y/o Contratista

Diana López D

Vo.Bo. Director Administrativo
Subgerente Corporativo

5. OBSERVACIÓN:

1. SE VERIFICA EL CÓDIGO EN DINAMICA GERENCIAL: 121QQ035209, NOMBRE/ DESCRIPCIÓN: TEST BOWIE Y DICK KIT DIARIO PARA PRUEBA AUTOCLAVE DE PREVACIO, EL CUAL NO ESTA CONTRATADO EN LA INSTITUCIÓN Y ESTAMOS DESABASTECIDOS EN EL MOMENTO.

Vobo Hanns Diaz C



BIOPLAST S.A.

KRA 90 A No. 64C - 89
TELÉFONO (571) 4382224

Bogotá D.C, Julio 10 2024.

Señores:

SUB-RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

Ciudad

REF: SOLICITUD PRORROGA O EXCLUSION DE PRODUCTO

Respetados Señores,

Nuestra empresa resulto favorecida en la propuesta presentada en la invitación a cotizar No.023 de 2024 para el suministro de dispositivos médicos a través del contrato No.02 BS 0029 2024 para las Unidades Prestadoras de Servicio adscritas.

Dentro de los productos que se incluyen en el contrato firmado con la SUB-RED CENTRO ORIENTE, hay algunos en los que actuamos en calidad de fabricantes, y en otros como importadores directos, tenemos novedad con el insumo:


ÍTEM No. 101 TEST BOWIE Y DICK

Este insumo se encuentra en proceso de importación como lo hemos informado en comunicaciones anteriores y esa proyectada su llegada a principios de septiembre de 2024, presentamos a su consideración dos posibles alternativas:

- 1- Prórroga para la entrega del insumo hasta la fecha de llegada
- 2- Exclusión del contrato del insumo en el que se nos esta presentando la novedad por estar en proceso de importación.

Agradecemos de antemano su gentil atención.

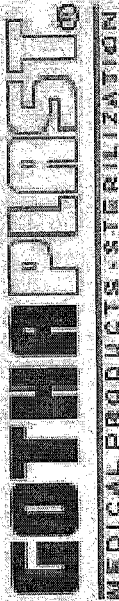
Cordialmente,


GUSTAVO PINZON DIAZ
Representante legal


Cristian C. Leguizamón A.
Enfermero Jefe
C.C. 1030685132


Eduard H. González R.
ENFERMERO UB
C.C. 19.850.124
Esp. Administración Hospitalaria





LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA
NIT. 830.061.856-1
Carrera 72-A No 70-17
PBX: 601 7447141
Bogotá D.C. - Colombia S.A.
Ventas@labgothaplast.com.co
www.labgothaplast.com.co

Bogotá D.C., Julio 12 DE 2024

Señores

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

Att. DPTO DE COMPRAS

Dirección : DIAGONAL 34 No 5 - 43

Teléfonos : 3282828 FAX :

Ciudad: Bogotá D.C.

Apreciados Señores Atentamente nos permitimos Cotizarle lo siguiente:

HOJA N o 1 de 1

COTIZACION Nro. 00020108

| CANTIDAD | REFERENCIA | DESCRIPCION | PRESENTACION | VALOR UNITARIO | % IVA | VALOR TOTAL |
|----------|-------------|--|--------------|----------------|-------|---------------------|
| 200 | 3FSKS611102 | PAQUETE DE PRUEBA BOWIE AND DICK PEQUEÑO | UNIDAD | 13,430.00 | 19.00 | 3,196,340.00 600 |

Forma de Pago: CREDITO - 90 DIAS

Observaciones: FECHA DE DESPACHO 3 DIAS HABILES

La aceptación de sus ordenes de compra y el despacho estarán sujetos a la revisión previa de su estado de cartera. Las cantidades estan sujetas a la disponibilidad de inventario.

Validez:

Condiciones:

COD: 12

SUJETA A CAMBIOS

PEDIDO MINIMO PARA DESPACHO \$ 600.000

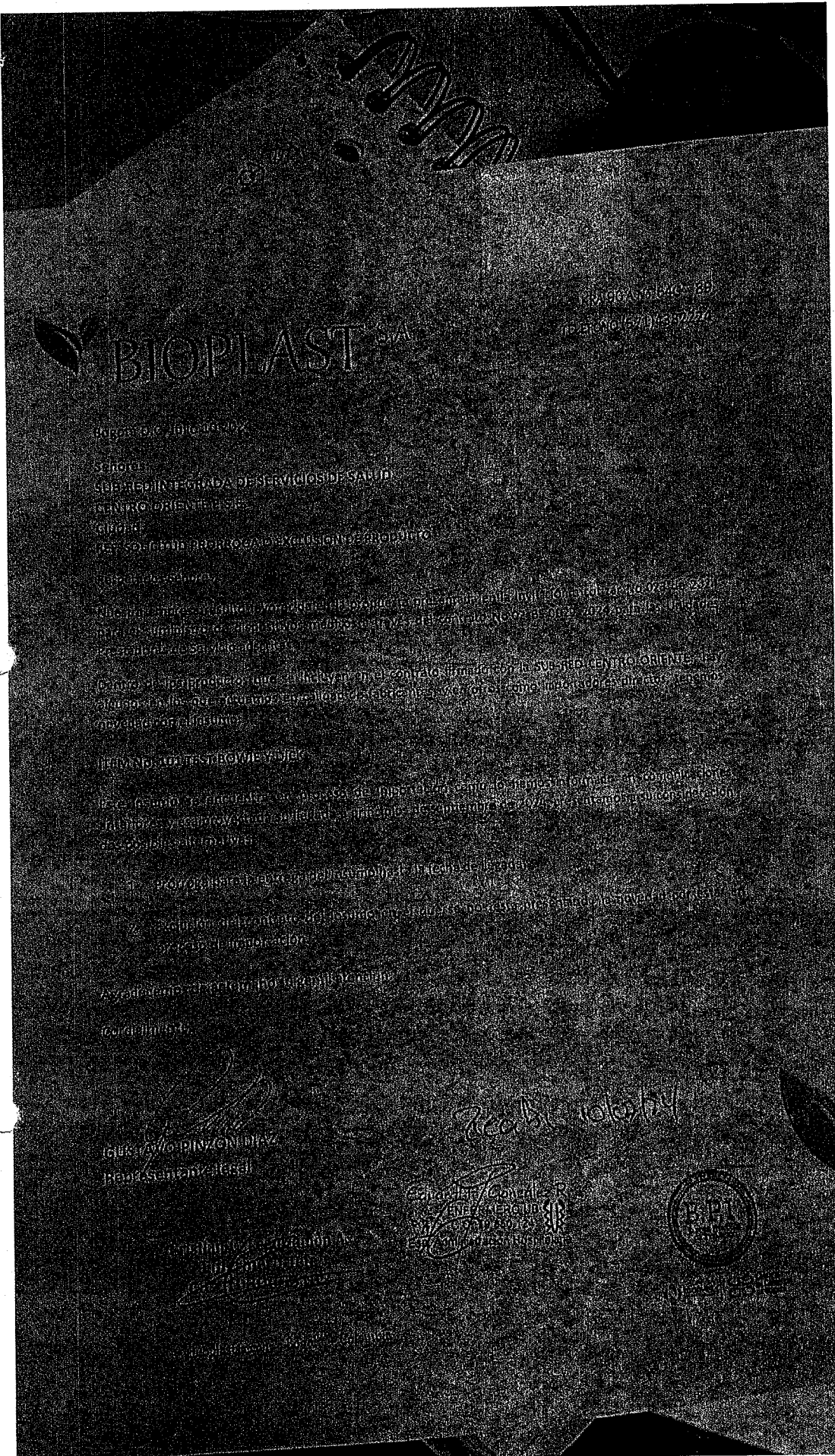
Preparado Por: JSM

APROBADO POR: LFCO

Fecha de revision: 16-06-10/V-3

Codigo: P-V-01-R02

356



358

| | | | |
|--|---|----------------------|--------------------|
| 121QQ035209 | Código Alterno: | Código Agrupamiento: | D |
| TEST BOWIE Y DICK KIT DIARIO P... | Autorización Cubrimiento POS por Diagnósticos | | Vías de Administra |
| TEST BOWIE Y DICK KIT DIARIO P... | General | Agrupamiento | Valores |
| TEST BOWIE Y DICK KIT DIARIO PARA PRUEBA AUTOCLAVE DE PREVACIO | Existencias | | |
| fa agrupar por dicha columna | | | |
| ▲ EXISTENCIA ? | | | L |
| > | | | 0,00 |
| Aceptar Cancelar | | | |



| | |
|------|---|
| 121 | + |
| ICOS | |
| QQ03 | + |
| ICOS | |
| 4 | + |

| |
|------------------------|
| Existencia Total: 0,00 |
|------------------------|

Estamos atentos a sus respuesta para continuar el proceso.

| | |
|---|--|
|   | Eduardt Hanns González Roa Enfermero-Profesional Especializado Gestión de Abastecimiento en Insumos Apoyo Subgerencia de Servicios de Salud Teléfono: 601 3282828 Ext 10152 - Celular: 320 2593512 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E |
|---|--|

359

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|------------------------------|
| DIAN | | Formulario del Registro Único Tributario | | 001 | |
| 2. Concepto 0 2 Actualización | | | | 4. Número de formulario 141038717632 | |
|  | | | |  (415)7707212489984(8020) 000014103871763 2 | |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 3 0 0 6 1 8 5 6 | | 6. DV 1 | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | | 14. Buzón electrónico 3 2 |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona jurídica | | 25. Tipo de documento 1 | | 26. Número de Identificación | |
| 27. Fecha expedición | | 28. País Lugar de expedición | | 29. Departamento | |
| 30. Ciudad/Municipio | | 31. Primer apellido | | 32. Segundo apellido | |
| 33. Primer nombre | | 34. Otros nombres | | 35. Razón social LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA. | |
| 36. Nombre comercial LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA. | | 37. Sigla | | UBICACIÓN | |
| 38. País COLOMBIA | | 39. Departamento Bogotá D.C. | | 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. | |
| 41. Dirección principal CR 72 A 70 17 | | 42. Correo electrónico nortega@labgothaplast.com.co | | 43. Código postal 1 1 1 0 5 1 | |
| 44. Teléfono 6 0 1 7 4 4 7 1 4 1 | | 45. Teléfono 2 3 1 8 3 5 1 3 9 0 9 | | CLASIFICACIÓN | |
| Actividad económica | | Actividad secundaria | | Ocupación | |
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | |
| 46. Código 3 2 5 0 | | 47. Fecha inicio actividad 1 9 9 9, 0 8, 2 4 | | 48. Código 4 6 5 9 | |
| 49. Fecha inicio actividad 1 9 9 9, 0 8, 2 4 | | 50. Código 2 1 0 0 4 6 4 5 | | 51. Código | |
| 52. Número establecimientos 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 ordinario | | 48- Impuesto sobre las ventas - IVA | |
| 07- Retención en la fuente a título de renta | | 52- Facturador electrónico | | | |
| 08- Retención timbre nacional | | 55- Informante de Beneficiarios Finales | | | |
| 09- Retención en la fuente en el impuesto | | | | | |
| 10- Obligado aduanero | | | | | |
| 14- Informante de exogena | | | | | |
| 42- Obligado a llevar contabilidad | | | | | |
| Usuarios aduaneros | | Exportadores | | | |
| 54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 2 2 2 3 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 | | 55. Forma 1 | | 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 <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | 60. No. de Folios 0 | | 61. Fecha 2024 - 05 - 07 / 09 : 17: 19 | |
| La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. | | | Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. | | |
| Firma del solicitante: | | | Firma autorizada: | | |
| | | | 984. Nombre ORTEGA ZAMORANO NATALIA PATRICIA | | |
| | | | 985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado | | |

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 lo vivo

SC-CER164025


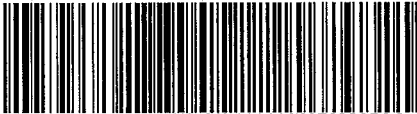
NIT DEL CLIENTE: 900959051 -7**COTIZACIÓN - N°: 067206****CLIENTE:** SUBRED INTE. SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**DIRECCION:** DIAGONAL 34 N° 5 - 43**CIUDAD:** BOGOTÁ - Bogotá D.C**FECHA:** 2024/07/12**REPRESENTANTE DE VENTAS:** BIBIANA VARGAS OSPINA**VIGENCIA:** 10 DIAS**ELABORADO POR:** NALVAREZ

| CODIGO | DESCRIPCION | CANT | UNIDAD MINIMA DE VENTA | DTO | IVA | VALOR UNIDAD MINIMA VENTA | TOTAL |
|---------|---|------|------------------------|-----|-----|---------------------------|--------------|
| 00135LF | PRUEBA DE BOWIE DICK BLX6 3M INVIMA: NO REQUIERE OBS: | 34 | BOLX6UND | | 19 | 131,022.00 | 5,301,150.12 |

OBSERVACIONES: PRODUCTO BAJO PEDIDO TIEMPO DE ENTREGA ENTRE 3 A 4 DÍAS HABILES.**SUBTOTAL:** \$4,454,748.00
DESCUENTO:
IVA: \$846,402.12
RETEFUENTE: \$111,369
RETEICA: \$18,443
RETEIVA: \$126,960
TOTAL: **\$5,044,378****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.

361

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| 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 0 | | 6. DV 0 | | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | |
| 14. Buzón electrónico | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| 24. Tipo de contribuyente Persona jurídica | | 25. Tipo de documento 1 | | 26. Número de Identificación | |
| 27. Fecha expedición | | 28. País Lugar de expedición | | 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 | | 39. Departamento Bogotá D.C. | | 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. | |
| 41. Dirección principal CL 66 19 36 OF 301 | | 42. Correo electrónico administrativo@medicox.com.co | | 43. Código postal 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 4 6 4 5 | | 47. Fecha inicio actividad 2 0 1 3 0 1 2 5 | | 48. Código 4 6 6 9 | |
| 49. Fecha inicio actividad 2 0 1 3 0 1 2 5 | | 50. Código 4 6 5 9 | | 51. Código | |
| 52. Número establecimientos | | | | | |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos | | | | | |
| 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 ordinario | | | | | |
| 42- Obligado a llevar contabilidad | | | | | |
| 07- Retención en la fuente a título de renta | | | | | |
| 48- Impuesto sobre las ventas - IVA | | | | | |
| 08- Retención timbre nacional | | | | | |
| 52- Facturador electrónico | | | | | |
| 09- Retención en la fuente en el impuesto | | | | | |
| 55- Informante de Beneficiarios Finales | | | | | |
| 10- Obligado aduanero | | | | | |
| 14- Informante de exogena | | | | | |
| 16- Obligación facturar por ingresos bienes | | | | | |
| Usuarios aduaneros | | | | | |
| Exportadores | | | | | |
| 54. Código 2 2 2 3 | | | | | |
| 55. Forma 3 | | | | | |
| 56. Tipo 1 | | | | | |
| Servicio 1 2 3 | | | | | |
| 57. Modo | | | | | |
| 58. CPC | | | | | |
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación | | | | | |
| Para uso exclusivo de la DIAN | | | | | |
| 59. Anexos SI NO X | | | | | |
| 60. No. de Folios 0 | | | | | |
| 61. Fecha 2024 - 01 - 10 / 15 : 15: 54 | | | | | |
| La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. | | | | | |
| Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. | | | | | |
| Firma autorizada: | | | | | |
| 984. Nombre MORALES GONZALEZ NELLY | | | | | |
| 985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado | | | | | |
| Firma del solicitante: | | | | | |

362
1/1

COMPROBANTE ENTRADA

N°000000000077426

PROVEEDOR: LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA

NIT: 330061836

FECHA: 15/07/2024 03:29 p.m.

CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA DC)

ESTADO: Confirmado

DIRECCION: CR 72 A 70 17

MONEDA: Pesos

TELEFONO: 2516/84

TASA CAM:

N° FACTURA: REV31157 ✓

% ICA: 11.0400

PLAZO: 0

FECHA FAC: 12/07/2024 12:00 a.m. ✓

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DITO | %IVA |
|------------|--|--------------|----------|--------------|-----------------|-------|-------|
| 1215005309 | TEST BOWMEY DICK KIT DIARIO PARA FEMERA AUTOCLAVE DE PREVACIO | KIT | 187.00 | \$ 13.420.00 | \$ 2.511.410.00 | 0.00 | 19.00 |

DETALLE

CAJA MENOR, UNIDAD SANTA CLARA, DIGITA LUDY TORRES ✓

SUBTOTAL: \$ 2.511.410.00 ✓

DESCUENTO: \$ 0.00

IMPUESTO: \$ 477.168.00 ✓

FLETES: \$ 0.00

IMP FLETES: \$ 0.00

RETEIVA: \$ 71.575.00

RETEICA: \$ 27.726.00

RETE FUENTE: \$ 62.785.00

OTRAS RETE: \$ 0.00

OTRAS DEDUC: \$ 0.00

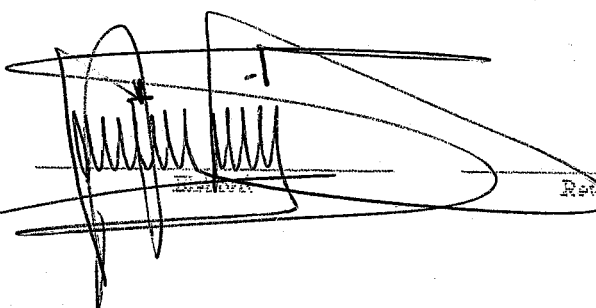
IMP DISTRI: \$ 0.00

AJUSTE RETE: \$ 0.00

AJUSTE AL TOTAL: \$ 0.00

TOTAL COMPR: \$ 2.828.492.00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES OCHOCIENTOS VENTISEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS
CON CERO CTVE MIL.


Revisado Abascen

Revisado Impuestos

1. INFORMACIÓN

| | | | |
|--------------------|---|-------|------------|
| COMPROBANTE Nº | 839 | FECHA | 25/07/2024 |
| RUBRO PRESUPUESTAL | GASTOS EFECTIVO | | |
| BANCO | DAVIVIENDA | | |
| VALOR | 5.000.000 | | |
| PAGADO CHEQUE Nº | 92973-1 | | |
| 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. | | |

Diana López
VoBo. ORDENADOR DEL GASTO

Rocío
VoBo. CUENTADANTE

360



DAVIVIENDA

CHEQUERA 930088598764

Cheque No. **92973-1** 51

ANO MES DIA
2024 07 25
DOSNUEVESIETETRESUNO

10-2021 pagado el impuesto de timbre

Páguese a la orden de: Blanca Paulina Suarez Rosas

La suma de: Cinco Millones de Pesos M/L

pesos M/L

92973-1 - 2023/04/28

PAGO NACIONAL
Este cheque puede ser pagado en cualquier plaza
donde DAVIVIENDA tenga oficina.

Diana Lopez D. Blanca P. Suarez Rosas
92973-1 Firma(s) Autorizada(s)

0000000514930068596764929731

Gastos en efectivo generados en caja menor de
la Subred Centro Cliente ESS. **Cheque No. 92973-1**
DOSNUEVESIETETRESUNO

COMPROBANTE

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| ELABORADO POR <u>[Signature]</u> | REVISADO POR <u>[Signature]</u> | AUTORIZADO POR <u>[Signature]</u> | RECIBE <u>[Signature]</u> |
| C.C. O.N.T. <u>39714891/126</u> | | | |

LISTADO AUXILIAR GENERAL

DESDE EL 01/07/2024 AL 31/07/2024 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 | | | | | | |
| CC 79428972 | | JAVIER MORENO MUNAR | | | | | Saldo Inicial: | 0,00 |
| REC | 517240 | 25/07/2024 | Tesoreria Recibo de Caja N° 000000000548487 | 000000000548 | Confirmado | 0,00 | 88.800,00 | 88.800,00 |
| NCB | 13263 | 26/07/2024 | Tesoreria Comprobante de Nota N° 000000000014427 | 000000000014 | Confirmado | 88.800,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL DE LA CUENTA : | | | | | 88.800,00 | 88.800,00 | | |
| NT 900959051 | | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | | Saldo Inicial: | 21.486.673,00 |
| REC | 510727 | 05/07/2024 | Tesoreria Recibo de Caja N° 000000000541974 | 000000000541 | Confirmado | 0,00 | 551.973,00 | 22.038.646,00 |
| EGB | 511970 | 08/07/2024 | Tesoreria Comprobante de Egreso N° 000000000532644 | 000000000532 | Confirmado | 22.038.545,00 | 0,00 | 101,00 |
| NDP | 7906 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13138 | 13138 | Confirmado | 0,00 | 47.600,00 | 47.701,00 |
| NDP | 7907 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13139 | 13139 | Confirmado | 0,00 | 49.980,00 | 97.681,00 |
| NDP | 7908 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13140 | 13140 | Confirmado | 0,00 | 2.088.015,00 | 2.185.696,00 |
| NDP | 7909 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13141 | 13141 | Confirmado | 0,00 | 452.200,00 | 2.637.896,00 |
| NDP | 7910 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13142 | 13142 | Confirmado | 0,00 | 189.200,00 | 2.827.096,00 |
| NDP | 7911 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13143 | 13143 | Confirmado | 0,00 | 389.200,00 | 3.216.296,00 |
| NDP | 7912 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13144 | 13144 | Confirmado | 0,00 | 800.050,00 | 4.016.346,00 |
| NDP | 7913 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13145 | 13145 | Confirmado | 0,00 | 199.325,00 | 4.215.671,00 |
| NDP | 7914 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13146 | 13146 | Confirmado | 0,00 | 1.322.415,00 | 5.538.086,00 |
| DCXP | 422635 | 31/07/2024 | REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES JULIO 2024 SEGUN COMPROBANTES DEL 6276 A 6308 Y BANCOS 832 A 839 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS (Cuenta por Pagar Factura 3107CJM2024) | CxP 530149 | Confirmado | 0,00 | 1.851.356,00 | 7.389.442,00 |
| NDP | 7915 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13147 | 13147 | Confirmado | 0,00 | 964.898,00 | 8.354.340,00 |
| NDP | 7915 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13147 | 13147 | Confirmado | 0,00 | 482.670,00 | 8.837.010,00 |
| NDP | 7916 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13148 | 13148 | Confirmado | 0,00 | 691.806,00 | 9.528.816,00 |
| NDP | 7916 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13148 | 13148 | Confirmado | 0,00 | 446.000,00 | 9.974.816,00 |
| NDP | 7917 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13149 | 13149 | Confirmado | 0,00 | 600.000,00 | 10.574.816,00 |
| NDP | 7918 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13150 | 13150 | Confirmado | 0,00 | 619.762,00 | 11.194.578,00 |
| NDP | 7918 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13150 | 13150 | Confirmado | 0,00 | 619.762,00 | 11.814.340,00 |
| NDP | 7921 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13153 | 13153 | Confirmado | 0,00 | 1.210.000,00 | 13.024.340,00 |
| NDP | 7919 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13151 | 13151 | Confirmado | 0,00 | 127.211,00 | 13.151.551,00 |
| NDP | 7920 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13152 | 13152 | Confirmado | 0,00 | 300.000,00 | 13.451.551,00 |
| NDP | 7922 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13154 | 13154 | Confirmado | 0,00 | 662.603,00 | 14.114.154,00 |
| NDP | 7923 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13155 | 13155 | Confirmado | 0,00 | 2.837.284,00 | 16.951.438,00 |
| NDP | 7924 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13156 | 13156 | Confirmado | 0,00 | 24.000,00 | 16.975.438,00 |
| NDP | 7925 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13157 | 13157 | Confirmado | 0,00 | 2.000.757,00 | 18.976.195,00 |
| NDP | 7926 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13158 | 13158 | Confirmado | 0,00 | 200.000,00 | 19.176.195,00 |
| NDP | 7927 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13159 | 13159 | Confirmado | 0,00 | 225.429,00 | 19.401.624,00 |
| NDP | 7928 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13160 | 13160 | Confirmado | 0,00 | 1.947.659,00 | 21.349.283,00 |
| NDP | 7930 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13161 | 13161 | Confirmado | 0,00 | 384.461,00 | 21.733.744,00 |
| NDP | 7929 | 31/07/2024 | Confirmación de la Nota 13162 | 13162 | Confirmado | 0,00 | 2.826.492,00 | 24.560.236,00 |
| TOTAL DE LA CUENTA : | | | | | 22.038.545,00 | 25.112.108,00 | | |

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
900959051

Fecha Actual : miércoles, 31 julio 2024

Página 2/2

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo: 530149 **Factura:** 3107C149051 **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: miércoles 31 de julio de 2024 **Fecha:** 31/07/2024 **Plazo:** 0 Días
10:56 a. m. **Vencimiento:**
Cuenta: 240101003 - CAJA MENOR
Cuenta NIIF: 240101003 - CAJA MENOR

Valor: \$ 1.851.356,00

Valor: UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Observaciones: REGISTRO REINTEGRO GASTOS Y COSTOS DEL FONDO CAJA MENOR MES JULIO 2024 SEGUN
COMPROBANTES DEL 6276 A 6308 Y BANCOS 832 A 839 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS

| CONCEPTOS | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------------|--------|------------|---------------|
| Concepto | Tercero | Cuenta | Centro | Naturaleza | Valor |
| 94 GASTOS MANTENIMIENTO | 79284394 | 511115001 | YADN07 | Debito | \$ 154.000,00 |
| Cuenta NIIF: 511115001 | | | | | |
| Porcentaje Valor Base | | | | | |
| 43 RETEFUENTE SERVICIOS GENERALES 6% | 80845602 | 243605004 | | Credito | \$ 15.000,00 |
| Cuenta NIIF: 243605004 | | | | | |
| 05 SERVICIOS GENERALES NO DECLARANTES | 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 | | | |

| CUOTAS | | | Valor |
|---------------|-------------------|--|-----------------|
| No. Cuota | Fecha/Vencimiento | | |
| 1 | 31/07/2024 | | \$ 1.851.356,00 |
| Total Cuotas: | | | \$ 1.851.356,00 |

Martha Cardozo C.
Cuentas por Pagar
SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

ELABORO

REVISO

Nombre reporte : PGRPCxP

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

Usuario: 38233377



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

Bogotá, 05 de agosto de 2024

Doctor
WILSON PARRADO LEÓN
Profesional Especializado – Contador
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente ESE
BOGOTÁ D.C.

Asunto: Entrega de Conciliación Mes Julio de 2024

Respetado doctor Parrado:

Cordial saludo, la presente tiene como finalidad remitirle Conciliación correspondiente al mes de Julio 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.

Diana López D
DIANA MARÍA LÓPEZ DURANGO
Directora Administrativa

Aprobó: Diana María López Durango, Directora Administrativa
Revisó: Diana María López Durango, Directora Administrativa
Elaboró: Blanca Paulina Suárez Rosas, Secretaria

Blanca Paulina Suárez Rosas

Recibi

8/8/2024

Copia

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
CONCILIACION BANCARIA BANCO DAVIVIENDA CAJA MENOR SUBRED CENTRO ORIENTE
CUENTA CORRIENTE N. 008469999208
MES JULIO DE 2024

| | | | EXTRACTO | LIBRO |
|-------|---|-------------------------------|---------------|---------------|
| MAS | A | SALDO A COMPARAR | 36.739.580,00 | 8.614.788,00 |
| | B | Consignaciones No Registradas | | |
| | C | Notas Crédito | | |
| | | Ajustes | | |
| SUMAS | | | 36.739.580,00 | 8.614.788,00 |
| MENOS | D | Cheques En Mano | | 2.826.492,00 |
| | E | Notas Débito | | 25.298.300,00 |
| | F | Ajustes | | |
| M | | | 36.739.580,00 | 36.739.580,00 |

MAS

EXPLICACION

TOTAL 0,00

C. AJUSTES

MAS EN LIBROS

| FECHA | CONCEPTO | VALOR |
|-----------|---|---------------|
| 31-jul-24 | Abono por transferencia reembolso mes Julio de 2024 | 25.298.300,00 |

MENOS

D. CHEQUES EN MANO

| FECHA | No. CHQ | BENEFICIARIO | VALOR |
|------------|---------|--|--------------|
| 19/07/2024 | 92971-8 | Laboratorios Gothaplast Ltda. Fra. FEV 51157 | 2.826.492,00 |

TOTAL D 2.826.492,00

F. AJUSTES

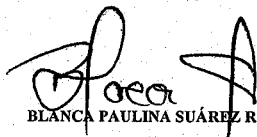
MENOS EN LIBROS

TOTAL 0,00

F. AJUSTES

TOTAL F.

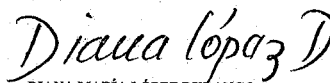
Elaboró


BLANCA PAULINA SUÁREZ ROSAS

Reviso

Aprobó

WILSON PARRADO LEÓN
 Profesional Especializado - Contador


DIANA MARÍA LÓPEZ DURANGO
 Directora Administrativa



DAVIVIENDA

CUENTA CORRIENTE

0084 6999 9208



H.01

INFORME DEL MES: JULIO /2024

Apreciado Cliente

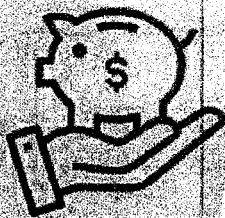
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

gerencia@subredcentrooriental.gov.co

| | |
|----------------|-----------------|
| Saldo Anterior | \$19,536,108.00 |
| Más: Créditos | \$47,336,845.00 |
| Menos: Débitos | \$30,133,373.00 |
| Nuevo Saldo | \$36,739,580.00 |

| | |
|----------------------|------------|
| Días Sobregiro | 0 |
| Interés de Sobregiro | \$0.00 |
| Tasa Sobregiro | 29.38% E.A |
| Tasa Mora | 29.38% E.A |

| Fecha Día Mes | Clase de Movimiento | Oficina | Doc. | Valor | Saldo |
|------------------|---|---------------------------|------|------------------|------------------|
| 02 07 | Cheque Pagado por Proceso de Canje | BTA CENTRO CANJE | 9657 | \$3,358,028.00- | \$16,178,078.00+ |
| 03 07 | Cheque Pagado por Proceso de Canje | BTA CENTRO CANJE | 9631 | \$1,449,580.00- | \$14,728,498.00+ |
| 08 07 | Abono Transferencia 0550008400747591 9009590517 TRANSFERENCIA TERCEROS | PORTAL-EMPRESARIAL | 9933 | \$22,038,545.00+ | \$36,767,044.00+ |
| 12 07 | Cheque Pagado por Ventanilla | Corporativa y Empresarial | 9660 | \$5,000,000.00- | \$31,767,044.00+ |
| 18 07 | Cheque Pagado por Proceso de Canje | BTA CENTRO CANJE | 9688 | \$2,837,284.00- | \$28,929,760.00+ |
| 18 07 | Cheque Pagado por Proceso de Canje | BTA CENTRO CANJE | 9691 | \$2,000,757.00- | \$26,929,003.00+ |
| 19 07 | Cheque Pagado por Ventanilla | BTA SANTA ISABEL | 9714 | \$5,000,000.00- | \$21,929,003.00+ |
| 24 07 | Cheque Pagado por Ventanilla | BTA FONTIBON | 9674 | \$1,210,000.00- | \$20,719,003.00+ |
| 25 07 | Cheque Pagado por Ventanilla | BTA SANTA ISABEL | 9731 | \$5,000,000.00- | \$15,719,003.00+ |
| 26 07 | Cheque Pagado por Proceso de Canje | BTA CENTRO CANJE | 9700 | \$1,947,659.00- | \$13,771,344.00+ |
| 29 07 | Cheque Pagado por Proceso de Canje | BTA CENTRO CANJE | 9612 | \$2,330,064.00- | \$11,441,280.00+ |
| 31 07 | Abono Transferencia 0550008400747591 | PORTAL-EMPRESARIAL | 1162 | \$25,298,300.00+ | \$36,739,580.00+ |



**LA IMPORTANCIA DEL AHORRO
SE VE EN UN FUTURO MÁS FELIZ,
CONSTRÚYALO CON SUS CUENTAS DE AHORRO
Y CORRIENTE DAVIVIENDA.**

Interés de Sobregiro: 2.17 % M.V. 29.38 % 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.880.034.313-7

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) días de enero de 2024 se inicia el manejo del Fondo de Caja menor

creada mediante Resolución No. 040 del diecinueve (19) de enero de 2024, para sufragar los gastos generados de la Subred

Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE.

| FECHA | DETALLE | DEBE | HABER | SALDO |
|------------|--|---------------|---------------|---------------|
| | Saldo que pasa | 12.398.435,00 | | 12.398.435,00 |
| 09/07/2024 | Abono por transferencia reembolso mes Junio de 2024 | 22.038.545,00 | | 34.436.980,00 |
| 12/07/2024 | Comprobante -832- cheque 92966-0 Gastos Efectivo | | 5.000.000,00 | 29.436.980,00 |
| 15/07/2024 | Comprobante -833- cheque 92967-4 Medispro SAS Fra. FE159 | | 1.210.000,00 | 28.226.980,00 |
| 15/07/2024 | Comprobante -834- cheque 92968-8 Técnica Electromédica S.A.Fra. AB97017 | | 2.837.284,00 | 25.389.696,00 |
| 15/07/2024 | Comprobante -835- cheque 92969-1 LM Instrumentes S.A. Fra. L. 364752 | | 2.000.757,00 | 23.388.939,00 |
| 17/07/2024 | Comprobante -836- cheque 92970-0 Medicox Ltda. Fra. FVEC71703 | | 1.947.659,00 | 21.441.280,00 |
| 18/07/2024 | Comprobante -832- cheque 92971-4 Gastos Efectivo | | 5.000.000,00 | 16.441.280,00 |
| 19/07/2024 | Comprobante -838- cheque 92971-8, Laboratorios Gothaplast Ltda. Fra. FEV 51157 | | 2.500.000,00 | 13.614.788,00 |
| 25/07/2024 | Comprobante -839- cheque 92973-1 Gastos Efectivo | | 5.000.000,00 | 8.614.788,00 |
| | Cierre Julio de 2024 | 34.436.980,00 | 25.822.192,00 | |
| | Saldo que pasa | | 8.614.788,00 | |
| | Sumas Iguales | 34.436.980,00 | 34.436.980,00 | |
| | Saldo que pasa | 8.614.788,00 | | 8.614.788,00 |
| 01/08/2024 | Abono por transferencia reembolso mes Julio de 2024, realizada por Tesorería el día 31 de julio de 2024. | 25.298.300,00 | | 33.913.088,00 |

Diana López D
Vo.Bo. ORDENADORA GASTO

Jose A.
Vo.Bo. CUENTADANTE