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

Fecha Actual : martes, 13 octubre 2020

COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000256996

02 N 0080.2020

Consecutivo : 000000000256996
Estado : Confirmado
Fecha del Egreso : 13/10/2020 07:55:50 a.m.
Valor : $ 27.851.412,00
Beneficiario 805029546 SUPLESALUD S.A.S
Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000001058 *Numero Nota:* PAGO PROVEEDORES
Valor en Letras VEINTISIETE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.
Numero : Consignar : 10/13/2020 Impuesto X Mil : $ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS CTA Nº 008400747591	805029546	111006001	$ 0,00	$ 27.851.412,00
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000001058	805029546	240101001	$ 27.851.412,00	$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
SPT 644	$ 4.714.121,00	SPT 768	$ 23.137.291,00		

TESORERIA DIRECCIÓN FINANCIERA GERENCIA FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

opt 37824 | 2020

Elaboró. :65757131 MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO
Usuario Id. :40375809

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque

60

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

Fecha Actual : lunes, 08 junio 2020

1/1

Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000000038025

PROVEEDOR:	SUPLESALUD S.A.S	NIT:	805029546	FECHA:	03/06/2020 03:33 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			ESTADO:	Confirmado
DIRECCION:	DG 76 1 A 79 OF 101			MONEDA:	Pesos
TELEFONO:	2117513			TASA CAM:	0,00
Nº FACTURA:	SPT 644	% ICA:	11,0400	PLAZO:	30
				FECHA FAC:	04/06/2020 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
121QQ031449	KITPARA SISTEMA DE PRESION NEGATIVA LARGE- CASA (REF L-0030)	KIT	1,00	$489.037,00	$489.037,00	0,00	0,00
121QQ031449	KITPARA SISTEMA DE PRESION NEGATIVA LARGE- CASA (REF L-0030)	KIT	9,00	$489.037,00	$4.401.333,00	0,00	0,00

DETALLE

CONTRATO 02-BS-0080-2020 (JUN SANTA CLARA (BIENES EXENTOS DECRETO 417 DEL 17 DE MARZO DEL 2020)

SUBTOTAL:	$4.890.370,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$53.990,00
RETE FUENTE:	$122.259,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$4.714.129,00

TOTAL COMPROBANTE:

CUATRO MILLONES SETECIENTOS CATORCE MIL CIENTO VEINTIUN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Recibió Almacén

Revisado Impuestos

$4890.370-

Supervisión

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

RECIBIDO 07 OCT 2020

07 OCT 2020

Obl- 30810/20

FISICO

61

SUPLESALUD IPS SAS

NIT : 805,029,546 - 6
CRA 27 C 72 91
BOGOTA D.C. - COLOMBIA
7569114 3102249133
SERVICIOALCLIENTE@SUPLESALUD.COM
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica Tarifa 0.00

FACTURA ELECTRONICA

SPT 644

Fecha y Hora de Factura

Generación	2020-06-04	11:21:54
Expedición	2020-06-05	11:25:25
Vencimiento	2020-09-04	

Cliente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
NIT	900,959,051 - 7 /Id. Extranjero :	**Teléfono**	3282828
Dirección	DIAG 34 5 43	**Vendedor**	MARITZA CONTRERAS
Ciudad	BOGOTA D.C. - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	directorfinanciero@subredcentrooriente.gov.co	**Remisión**	1.257
Order Reference Prefijo		**Numero**	

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
0010020004003	SIMLARGEGASA/INV2010DM-5481LT19B091452FV2023/06/11	UN	1	489,037.00	489,037.00
0010020004003	SIMEXLARGEGASA/INV2010DM-5481LT19B091462FV23/06/11	UN	9	489,037.00	4,401,333.00

Total Bruto	4,890,370.00
Total a Pagar	**$ 4,890,370.00**

CONDICION DE PAGO

Credito C Xcobrar Clientes Nacionales Efectivo 4,890,370.00 Cuota 1 Vence el 2020-09-04

VALOR EN LETRAS

Cuatro Millones Ochocientos Noventa Mil Trescientos Setenta Pesos M/Te

OBSERVACIONES

SANTA CLARA CONTRATO 230 NOS ACOGEMOS BIENES EXENTOS DECRETO 417 DE MARZO 17 2020

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
05 JUN 2020
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO

SupleSalud
Siempre a tu lado
NIT 805.029.546-6

Firma Elaborado por : XIMENA ARIAS

Firma Recibido

GRACIAS POR PREFERIRNOS

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.** 18763002882324 **aprobado en** 2019-12-21 **vigente , prefijo** SPT **desde el número** 1 **al** 5000

CUFE :1a04181446007c5e06c964b7058978b1554b5ee82fe5127260ff1f43f533d61299b54ce5dc7f5f2ab7b3a05174af2d67

ORIGINAL

Elaborado e Impreso por Siigo SAS Nit: 830.048.145-8

				$ 0,00	$ 4.890.370,00	$ 106.361.074,00	4,40%	
				$ 0,00	$ 4.890.370,00	$ 106.361.074,00	4,40%	
				$ 0,00	$ 4.890.370,00	$ 106.361.074,00	4,40%	
				$ 0,00	$ 4.890.370,00	$ 106.361.074,00	4,40%	
				$ 0,00	$ 4.890.370,00	$ 106.361.074,00	4,40%	
				$ 0,00	$ 4.890.370,00	$ 106.361.074,00	4,40%	
				$ 0,00	$ 4.890.370,00	$ 106.361.074,00	4,40%	
TOTAL				**$ 4.890.370**	**$ 4.890.370**	**$ 106.361.074**	4,40%	

62

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

PARA PODER REALIZAR LA CERTIFICACION DE ESTE CONTRATO SE RECIBIO POR PARTE DEL CONTRATISTA LO CORRESPONDIENTE A FACTURA, ENTRADA AL ALMACEN, RECEPCION TECNICA, SOPORTES DE PAGO AL SGPS Y/O PARAFISCALES .

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	**CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA 00/100 PESOS M/CTE**	**$ 4.890.370,00**
Saldo por ejecutar	**CIENTO SEIS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL SETENTA Y CUATRO 00/100 PESOS M/CTE**	**$ 106.361.074,00**
Valor total certificado (Acumulado)	**CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA 00/100 PESOS M/CTE**	**$ 4.890.370,00**

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	**FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO;**
644	**04/06/2020**
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	**$ 4.890.370,00**
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	**Verificadas las obligaciones contractuales establecidas en el contrato, como Supervisor manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción con la entrega de los bienes, del citado contrato, dentro del plazo establecido, según facturas relacionadas.** **Que los valores facturados por el CONTRATISTA corresponden a los pactados en el contrato.**

ANEXOS:

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	**WILSON PARRADO LEÓN**
C.C. No.	79.357.437
CARGO/PERFIL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
AREA DE UBICACIÓN	INSUMOS Y ABASTECIMIENTO - SUBREDCO
Correo Electronico:	Administrativo4@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	Wilson Parrado León
AREA DE UBICACIÓN	INSUMOS Y ABASTECIMIENTO - SUBREDCO
Correo Electronico:	apoyoalmacen@subredcentrooriente.gov.co

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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION	CÓDIGO: AP-IA-FT-010 VERSIÓN: 04 FECHA: 2018-07-10

CERTIFICACION:	X	**INFORME PARCIAL:**		**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	02-BS-080-2020	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	07/07/2020	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	SUPLESALUD IPS SAS	**NIT O C.C**	805.029.546-6
Representante Legal:	PAULINA TAPIAS BOTERO	**Identificación Representante Legal**	C.C: X C.E: 5.414.286
Objeto del Contrato u orden:	SUMINISTRO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICO HOSPITALARIOS, SISTEMAS DE PRESIÓN NEGATIVA NECESARIO PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

									Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
				Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 445.005.776,00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 111.251.444,00**	2 MESES A PARTIR DE ACTA DE INICIO	27/05/2020	26/07/2020
Consecutivo CDP		**Fecha CDP DD/MM/AAAA**	**Registros Presupuestales**	**Consecutivo CRP**	**Fecha CRP DD/MM/AAAA**	**Adiciones/ Modificación**	**Valor Adiciones**	**Prórrogas**	**Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	1045	16/04/2020	**Registro Inicial**	12224	27/05/2020					
Disponibilidades Números de Adiciones			**Registros Presupuestales de Adiciones**			**Adición 1:**		**Prórroga 1:**		
						Adición 2:		**Prórroga 2:**		
						Adición 3:		**Prórroga 3:**		
						Adición 4:		**Prórroga 4:**		
						Adición 5:		**Prórroga 5:**		
						Adición 6:		**Prórroga 6:**		
						Adición 7:		**Prórroga 7:**		
						Adición 8:		**Prórroga 8:**		
						Adición 9:		**Prórroga 9:**		
						Adición 10:		**Prórroga 10:**		
						Valor Total:	**$ 111.251.444,00**	**Fecha Terminación actual:**		**26/07/2020**
Nombre(s) Rubro(s)	**MATERIAL MÉDICOQUIRÚRGICOS**		**Código(S) Rubro(S)**	23201020102		**Validación Tope**	**Adicionar**			
	0			0						

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME/CERTIF.	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO**	**CENTRO DE COSTO**	**ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO**				
1	SUMINISTRO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICO HOSPITALARIOS, SISTEMAS DE PRESIÓN NEGATIVA NECESARIO PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	N/A	**Oportunidad de entrega**	**SI: X** **N/A** **NO:**	**Cumplimiento de documentación tramitada o presentada**	**SI: X**	**NO:**
			Respuesta de imprevistos y Emergencias	**SI: X** **N/A** **NO:**	**Cumplimiento calidad de la prestación**	**SI: X**	**NO:**

**** DE ACUERDO AL MANUAL DE CONTRATACION RESOLUCION 794 DEL 19 DE DICIEMBRE DE 2017, LOS CONTRATOS QUE CELEBRE LA SUBRED, SE PODRAN ADICIONAR HASTA TRES(3) VECES EL VALOR INICIAL; SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA JUSTIFICACIÓN DEL CONTRATO, QUE SOPORTE LA ADICIÓN Y LAS CONDICIONES DEL MISMO LO PERMITAN.**

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS

No.	**No. FACTURA o CUENTA DE COBRO - Ver Fila 38 del Instructivo**	**FECHA DE FACTURA O CUENTA COBRO: DD/MM/AAAA**	**PERIODO FACTURADO**	**VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 42 en Instructivo**	**ACUMULADO EJECUTADO**	**SALDO**	**% EJECUCIÓN**	**OBSERVACIONES**
1	644	04/06/2020	MES DE JUNIO	$ 4.890.370,00	$ 4.890.370,00	$ 106.361.074,00	4,40%	
				$ 0,00	$ 4.890.370,00	$ 106.361.074,00	4,40%	

SupleSalud
INTEGRANDO SOLUCIONES Y SERVICIOS PARA USTED
NIT. 805.029.546-6

Bogotá, 08 Junio de 2020.

Señores:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Ciudad.

Por medio de esta carta queremos confirmar que el contrato actual a partir de la factura 644 es el **02-BS-080-2020**.

Agradecemos su atención.

Atentamente,

SupleSalud
NIT. 805.029.546-1
Yuri Ximena Arias
Dpto. Contable

Cra. 27C No. 72-91 * Teléfono (571) 250 4330
E-mail: servicioalcliente@suplesalud.com • Bogotá D.C. - Colombia

Suplesalud
INTEGRANDO SOLUCIONES Y SERVICIOS PARA USTED
NIT. 805.029.546-6

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002
PAGO DE APORTES EN SEGURIDAD SOCIAL

Yo, PAULINA TAPIAS BOTERO identificada con la cédula de ciudadanía que aparecen al pie de mi firma, y en calidad de Representante Legal de la empresa **SUPLESALUD IPS S.A.S** con NIT No. **805.029.546-6** certifico que **la empresa** se encuentra a Paz y Salvo, con los Pagos de Aportes durante los últimos seis (6) meses al Sistema de Seguridad Social en **SALUD , PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES Y CON EL PAGO DE LOS APORTES PARAFISCALES** , de todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, en la Oficina Principal de Bogotá , a las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, Caja de Compensación Familiar.

PAULINA TAPIAS BOTERO

Representante Legal

C.C. # 52.414.286 de Bogotá

LA ANTERIOR CERTIFICACIÓN SE FIRMA A LOS OCHO (08) DIAS DE SEPTIEMBRE 2020.

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000038501

PROVEEDOR:	SUPLESALUD S.A.S	NIT:	805029546	FECHA:	25/06/2020 04:41 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			ESTADO:	Confirmado
DIRECCION:	DG76 1 A 79 OF 101			MONEDA:	Pesos
TELEFONO:	2117513			TASA CAM:	0,00
Nº FACTURA:	SPT 768	% ICA:	11,0400	PLAZO:	30
				FECHA FAC:	24/06/2020 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
121QQ031449	KIT PARA SISTEMA DE PRESION NEGATIVA LARGE- GASA (REF L-0030)	KIT	5,00	$489.037,00	$2.445.185,00	0,00	0,00
121QQ031465	KIT PARA SISTEMA DE PRESION NEGATIVA XLARGE ESPUMA (REF XL-0041)	KIT	5,00	$934.078,00	$4.670.390,00	0,00	0,00
121QQ034916	KIT PARA SISTEMA DE PRESION NEGATIVA MEDIUM ESPUMA	KIT	5,00	$410.274,00	$2.051.370,00	0,00	0,00
121QQ035020	KIT SISTEMA DE DRENAJE PARA HERIDAS PRESION NEGATIVA (ESPUMA DE POLIURETANO, CAMPO FENESTRADO; 2 DRENES R4D; 1 TUBERIA DE SUCCION y REF ABD0055)	UNIDAD	5,00	$1.021.041,00	$5.105.205,00	0,00	0,00
121QQ035523	KIT TERAPIA ESPUMA TALLA L(250 X 150 X 30 mm)	UNIDAD	5,00	$489.037,00	$2.445.185,00	0,00	0,00
121QQ031116	CANISTER PARA TERAPIA CON PRESION NEGATIVA EN HERIDAS 1000ML - 1200ML Z-01000	UNIDAD	20,00	$300.500,00	$6.010.000,00	0,00	0,00
QQ035086	KIT TUBERIA EN Y PARA TERAPIA ELECTRICA DEPRESION NEGATIVA PARA ESPUMA DE POLIURETANO,FENESTRADO; 2 DRENES TUBERIA DE SUCCION Y TRANSPARENTES SISTEMA DE ROMPRA CONHERIDAS CAMPO PAT, 1 PELICULAS (REF 1200MLS)	UNIDAD	5,00	$215.000,00	$1.075.000,00	0,00	0,00

DETALLE

INGRESA AL ALMACEN PRINCIPAL SANTA CLARA CONTRATO 02-BS-0080-2020

SUBTOTAL:	$24.002.335,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$264.986,00
RETE FUENTE:	$600.058,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$23.137.291,00

TOTAL COMPROBANTE:

VEINTITRES MILLONES CIENTO TREINTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Adriana Forero
10 JUL 2020

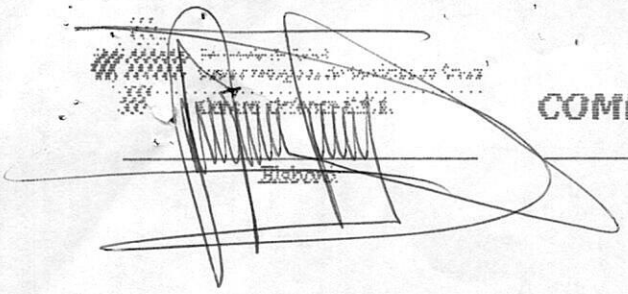
$24.002.335

RECIBIDO 07 OCT 2020

Obl: 30811/20
daniela.

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

Fecha Actual : viernes, 26 junio 2020



COMPROBANTE ENTRADA

Elaboró:

Revisó Almacen

Adriana Lyo 4p

Revisado Impuestos:

SUPLESALUD IPS SAS

NIT : 805,029,546 - 6
CRA 27 C 72 91
BOGOTA D.C. - COLOMBIA
7569114 3102249133
SERVICIOALCLIENTE@SUPLESALUD.COM
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica Tarifa 0,00

FACTURA ELECTRONICA

SPT 768

Fecha y Hora de Factura

Generación 2020-06-24 12:56:51
Expedición 2020-06-24 13:00:00
Vencimiento 2020-09-24

Cliente SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT 900,959,051 - 7 /Id. Extranjero :
Dirección DIAG 34 5 43
Ciudad BOGOTA D.C. - COLOMBIA
Correo DIRECTORFINANCIERO@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO
Order Reference Prefijo

Teléfono 3282828
Vendedor ERICA PATRICIA RAMIREZ
Centro Costo 1
Remisión 1.290
Numero

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
0010001006016	CANISTER 1000CC/INV 2010DM-5481FGFA043152FV03-2023	UN	20	300,500.00	6,010,000.00
0010020004003	SIMEX LAR GASA /INV2010DM-5481LT19B091462FV06-2023	UN	5	489,037.00	2,445,185.00
0010020001004	SIMEX XLARGE ESPUMA/2012DM-8650LT001-20FV01-2023	UN	5	974,078.00	4,870,390.00
0010020001002	SIMEX MEDIUM ESPUMA /2012DM-8650LT004-20FV04-2023	UN	5	410,274.00	2,051,370.00
0010020001006	SIMEX ABD FENEST ESPU/2012DM-8650LT004-20FV04-2023	UN	5	1,021,041.00	5,105,205.00
0010020002008	SIMEX DE TUBERIA EN Y/2010DM-5481LT119125FV11-2023	UN	5	215,000.00	1,075,000.00
0010020001003	SIMEX LARGE ESPUMA/INV 2012DM-8650LT002-20FV02-202	UN	5	489,037.00	2,445,185.00

Total Bruto	24,002,335.00
Total a Pagar	**$ 24.002.335,00**

CONDICION DE PAGO

Credito C Xcobrar Clientes Nacionales Efectivo 24.002.335,00 Cuota 1 Vence el 2020-09-24

VALOR EN LETRAS

Veinticuatro Millones Dos Mil Trescientos Treinta Y Cinco Pesos M/Te

OBSERVACIONES

SANTA CLARA CONTRATO 02 BS 080 2020 NOS ACOGEMOS BIENES EXENTOS DECRETO 551 DE ABRIL 15 2020

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
25 JUN 2020
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO

SupleSalud
NIT 805.029.546-6

Firma Elaborado por : XIMENA ARIAS

Firma Recibido

GRACIAS POR PREFERIRNOS

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.** 18764000237510 **aprobado en** 2020-06-23 **vigente** 6 Meses, **prefijo** SPT **desde el número** 759 **al** 5000

CUFE :31c60570d271ec551aaed5bbfe64733c7488b5301626563d1fee18ed9b1f63d0db0cf8738490712 2d219721a36a0a080

ORIGINAL

Elaborado, impreso y enviado electrónicamente por Siigo S.A.S Nit:

				$ 0,00	$ 28.892.705,00	$ 82.358.739,00	25,97%	
				$ 0,00	$ 28.892.705,00	$ 82.358.739,00	25,97%	
				$ 0,00	$ 28.892.705,00	$ 82.358.739,00	25,97%	
				$ 0,00	$ 28.892.705,00	$ 82.358.739,00	25,97%	
				$ 0,00	$ 28.892.705,00	$ 82.358.739,00	25,97%	
				$ 0,00	$ 28.892.705,00	$ 82.358.739,00	25,97%	
				$ 0,00	$ 28.892.705,00	$ 82.358.739,00	25,97%	
TOTAL				**$ 28.892.705**	**$ 28.892.705**	**$ 82.358.739**	25,97%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

PARA PODER REALIZAR LA CERTIFICACION DE ESTE CONTRATO SE RECIBIO POR PARTE DEL CONTRATISTA LO CORRESPONDIENTE A FACTURA, ENTRADA AL ALMACEN, RECEPCION TECNICA, SOPORTES DE PAGO AL SGPS Y/O PARAFISCALES .

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	**VEINTIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL SETECIENTOS CINCO 00/100 PESOS M/CTE**	**$ 28.892.705,00**
Saldo por ejecutar	**OCHENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE 00/100 PESOS M/CTE**	**$ 82.358.739,00**
Valor total certificado (Acumulado)	**VEINTIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL SETECIENTOS CINCO 00/100 PESOS M/CTE**	**$ 28.892.705,00**

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	**FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO;**
768	**24/06/2020**
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	**$ 24.002.335,00**
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	**Verificadas las obligaciones contractuales establecidas en el contrato, como Supervisor manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción con la entrega de los bienes, del citado contrato, dentro del plazo establecido, según facturas relacionadas.** **Que los valores facturados por el CONTRATISTA corresponden a los pactados en el contrato.**

ANEXOS:

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	**WILSON PARRADO LEÓN**
C.C. No.	79.357.437
CARGO/PERFIL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
AREA DE UBICACIÓN	INSUMOS Y ABASTECIMIENTO - SUBREDCO
Correo Electronico:	Administrativo4@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	Wilson Parrado León
AREA DE UBICACIÓN	INSUMOS Y ABASTECIMIENTO - SUBREDCO
Correo Electronico:	apoyoalmacen@subredcentrooriente.gov.co

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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION

CÓDIGO: AP-IA-FT-010
VERSIÓN: 04
FECHA: 2018-07-10

CERTIFICACION:	X	**INFORME PARCIAL:**		**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	02-BS-080-2020	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	07/07/2020	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	**SUPLESALUD IPS SAS**	**NIT O C.C**	**805.029.546-6**
Representante Legal:	PAULINA TAPIAS BOTERO	**Identificación Representante Legal**	**C.C: X** **C.E:** 5.414.286
Objeto del Contrato u orden:	SUMINISTRO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICO HOSPITALARIOS, SISTEMAS DE PRESIÓN NEGATIVA NECESARIO PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

									Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
				Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 445.005.776,00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 111.251.444,00**	2 MESES A PARTIR DE ACTA DE INICIO	**27/05/2020**	**26/07/2020**
Consecutivo CDP		**Fecha CDP DD/MM/AAAA**	**Registros Presupuestales**	**Consecutivo CRP**	**Fecha CRP DD/MM/AAAA**	**Adiciones/ Modificación**	**Valor Adiciones**	**Prórrogas**	**Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	1045	16/04/2020	**Registro Inicial**	12224	27/05/2020					
Disponibilidades Números de Adiciones			**Registros Presupuestales de Adiciones**			**Adición 1:**		**Prórroga 1:**		
						Adición 2:		**Prórroga 2:**		
						Adición 3:		**Prórroga 3:**		
						Adición 4:		**Prórroga 4:**		
						Adición 5:		**Prórroga 5:**		
						Adición 6:		**Prórroga 6:**		
						Adición 7:		**Prórroga 7:**		
						Adición 8:		**Prórroga 8:**		
						Adición 9:		**Prórroga 9:**		
						Adición 10:		**Prórroga 10:**		
						Valor Total:	**$ 111.251.444,00**	**Fecha Terminación actual:**		**26/07/2020**
Nombre(s) Rubro(s)	**MATERIAL MÉDICOQUIRÚRGICOS** **0**			**Código(S) Rubro(S)**	23201020102 0	**Validación Tope**	**Adicionar**			

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME/CERTIF.	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO**	**CENTRO DE COSTO**	**ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO**				
2	SUMINISTRO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICO HOSPITALARIOS, SISTEMAS DE PRESIÓN NEGATIVA NECESARIO PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	N/A	**Oportunidad de entrega**	**SI: X** **N/A** **NO:**	**Cumplimiento de documentación tramitada o presentada**	**SI: X**	**NO:**
			Respuesta de imprevistos y Emergencias	**SI: X** **N/A** **NO:**	**Cumplimiento calidad de la prestación**	**SI: X**	**NO:**

**** DE ACUERDO AL MANUAL DE CONTRATACION RESOLUCION 794 DEL 19 DE DICIEMBRE DE 2017, LOS CONTRATOS QUE CELEBRE LA SUBRED, SE PODRAN ADICIONAR HASTA TRES(3) VECES EL VALOR INICIAL; SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA JUSTIFICACIÓN DEL CONTRATO, QUE SOPORTE LA ADICIÓN Y LAS CONDICIONES DEL MISMO LO PERMITAN.**

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS

No.	**No. FACTURA o CUENTA DE COBRO - Ver Fila 38 del Instructivo**	**FECHA DE FACTURA O CUENTA COBRO: DD/MM/AAAA**	**PERIODO FACTURADO**	**VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 42 en Instructivo**	**ACUMULADO EJECUTADO**	**SALDO**	**% EJECUCIÓN**	**OBSERVACIONES**
1	644	04/06/2020	MES DE JUNIO	$ 4.890.370,00	$ 4.890.370,00	$106.361.074,00	4,40%	
2	768	24/06/2020	MES DE JUNIO	$ 24.002.335,00	$ 28.892.705,00	$ 82.358.739,00	25,97%	

Suplesalud
INTEGRANDO SOLUCIONES Y SERVICIOS PARA USTED

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002
PAGO DE APORTES EN SEGURIDAD SOCIAL

Yo, PAULINA TAPIAS BOTERO identificada con la cédula de ciudadanía que aparecen al pie de mi firma, y en calidad de Representante Legal de la empresa **SUPLESALUD S.A.S** con NIT No. **805.029.546-6** certifico que **la empresa** se encuentra a Paz y Salvo, con los Pagos de Aportes durante los últimos seis (6) meses al Sistema de Seguridad Social en **SALUD , PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES Y CON EL PAGO DE LOS APORTES PARAFISCALES** , de todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, en la Oficina Principal de Bogotá , a las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, Caja de Compensación Familiar.

P.O.T.

PAULINA TAPIAS BOTERO

Representante Legal

C.C. # 52.414.286 de Bogotá

LA ANTERIOR CERTIFICACIÓN SE FIRMA A LOS 25 DIAS DE JUNIO DE 2020.

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago	
Nombre Empresa	SUBRED INTE DE SERV DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Nombre Proceso	DISPERSION A PROVEEDORES No.1058
Cuenta Origen de los Fondos	OFICIAL - 550008400747591
Fecha del Pago	14/10/2020
Hora del Pago	12:22

Detalle Proceso de Pago			
Nit Destino	8050295466	Referencia	0000000000000000
Nombre	0 0		
Producto o Servicio Destino	81221509239	Entidad destino	BANCOLOMBIA
Valor	$ 27.851.412,00	Estado	Pago Exitoso