118

COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000283747

Consecutivo : 000000000283747 Estado : Confirmado
Fecha del Egreso : 22/02/2021 8:53:40 a. m. Valor : $24.902.090,00
Beneficiario 805029546 SUPLESALUD S.A.S
Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000001222 *Numero Nota:* 00000001222
Valor en Letras VEINTICUATRO MILLONES NOVECIENTOS DOS MIL NOVENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE
Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.
Numero : Consignar : 02/22/2021 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	$24.902.090,00
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000001222	805029546	240101001	$24.902.090,00	$0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
SPT 1300	$9.266.263,00	SPT 1320	$15.635.827,00		

0080 2020

TESORERIA DIRECCIÓN FINANCIERA GERENCIA FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró. :52441789 SANDRA PATRICIA NIÑO GARAVITO
Usuario Id. :52441789

OP 5175 R

119

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

Fecha Actual : jueves, 05 noviembre 2

1/1

Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA

Nº0000000042489

PROVEEDOR:	SUPLESALUD S.A.S	NIT: 803029546	FECHA:	05/11/2020 12:20 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 1300	% ICA: 11,0400 PLAZO: 30	FECHA FAC:	05/11/2020 12:00 a. m.	

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
121QQ035020	KIT SISTEMA DE DRENAJE PARA HERIDAS PRESION NEGATIVA (ESPUMA DE POLIURETANO, CAMPO FENESTRADO; 2 DRENES PAD, 1 TUBERIA DE SUCCION y (REF AED0055)	UNIDAD	5,00	$1.021.041,00	$5.105.205,00	0,00	0,00
121QQ031116	CANISTER PARA TERAPIA CON PRESION NEGATIVA EN HERIDAS 1000ML - 1200ML Z-31000	UNIDAD	15,00	$300.500,00	$4.507.500,00	0,00	0,00

DETALLE

CONTRATO 02-BS-080-2020[* ü*)], SANTA CLARA. BIENES EXENTOS DE IVA SEGUN DECRETO 551.

SUBTOTAL:	$9.612.705,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$106.124,00
RETE FUENTE:	$240.318,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$9.266.263,00

TOTAL COMPROBANTE:

NUEVE MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró

Revisó Almacen

Revisado Impuestos

$ 9.612.705

Adriana M. Lugo

CUENTAS POR PAGAR

RECIBIDO 28 DIC 2020

07 DIC 2020

SD
21-01-21

Obl- 5020/21
daniela

47906

FISICO

120

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 1300

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**	SUPLESALUD IPS SAS
Ciudad	BOGOTA D.C. - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	recepcionfacturasbienes@subredcentrooriente.gov.co	**Remisión**	1.557
Order Reference Prefijo		**Numero**	

Fecha y Hora de Factura

Generación	2020-11-05	09:54:20
Expedición	2020-11-05	09:55:55
Vencimiento	2021-02-05	

Referencia	Descripción	Cant	V. Unit	Valor Total
ABD-0055	SIMEX ABD FENESTRA ESPU/2012DM-8650 035020	5	1,021,041.00	5,105,205.00
Z-01000	CANISTER 1000CC/INV 2020DM-21385 031116	15	300,500.00	4,507,500.00

Total Bruto	9,612,705.00
Total a Pagar	**$ 9.612.705,00**

CONDICION DE PAGO

Credito C Xcobrar Clientes Nacionales — Efectivo — 9.612.705,00 — Cuota 1 Vence el 2021-02-05

VALOR EN LETRAS

Nueve Millones Seiscientos Doce Mil Setecientos Cinco Pesos M/Te

OBSERVACIONES

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

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

SupleSalud
Siempre a tu lado
NIT 805.029.546-6

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR

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 :0a77a6223316384450f7acc978be17d38b34e5c039985e930fb258b569f1df7f46e348dc88c7e6249fe97367ebf90aed

COPIA

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

				$ 0,00	$ 113.680.694,00	$ 82.570.750,00	57,93%	
				$ 0,00	$ 113.680.694,00	$ 82.570.750,00	57,93%	
				$ 0,00	$ 113.680.694,00	$ 82.570.750,00	57,93%	
TOTAL				**$ 113.680.694**	**$ 113.680.694**	**$ 82.570.750**	57,93%	

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	**CIENTO TRECE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE**	**$ 113.680.694,00**
Saldo por ejecutar	**OCHENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE**	**$ 82.570.750,00**
Valor total certificado (Acumulado)	**CIENTO TRECE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE**	**$ 113.680.694,00**

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO;
1300	**05/11/2020**
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	**$ 9.612.705,00**
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 del 100% de los bienes solicitados en el pedido del citado contrato, 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**	**30/11/2020**	

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	3096	16/09/2020	**Registros Presupuestales de Adiciones**	24652	28/09/2020	**Adición 1:**	$ 25.000.000,00	**Prórroga 1:**	27/07/2020	30/09/2020
	3584	23/10/2020		30392	30/10/2020	**Adición 2:**	$ 60.000.000,00	**Prórroga 2:**	01/10/2020	31/10/2020
						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:	**$ 196.251.444,00**	**Fecha Terminación actual:**		**31/10/2020**
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**				
9	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
7	1080	08/09/2020	SEPTIEMBRE DE 2020	$ 18.343.684,00	$ 101.062.989,00	$ 35.188.455,00	51,50%	Vr. Adición $25.000.000
8	1223	15/10/2020	OCTUBRE DE 2020	$ 3.005.000,00	$ 104.067.989,00	$ 32.183.455,00	53,03%	
9	1300	05/11/2020	NOVIEMBRE DE 2020	$ 9.612.705,00	$ 113.680.694,00	$ 82.570.750,00	57,93%	Vr. Adición $60.000.000

Suple Salud
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 CUATRO (04) DIAS DE NOVIEMBRE 2020.

123

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

Fecha Actual : viernes, 06 noviembre 2

1/1

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

COMPROBANTE ENTRADA

Nº0000000042510

PROVEEDOR:	SUPLESALUD S.A.S	NIT: 805029546	FECHA:	06/11/2020 03:02 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 1320	% ICA: 11,0400	PLAZO: 30	FECHA FAC:	05/11/2020 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
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
121QQ033020	KIT SISTEMA DE DRENAJE PARA HERIDAS PRESION NEGATIVA (ESPUMA DE POLIURETANO, CAMPO FENESTRADO; 2 DRENES PAD, 1 TUBERIA DE SUCCION y (REF ABD0055)	UNIDAD	10,00	$1.021.041,00	$10.210.410,00	0,00	0,00

DETALLE

CONTRATO 02-BS-0080-2020[(*ω*)]. SANTA CLARA.

SUBTOTAL:	$16.220.410,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$179.073,00
RETE FUENTE:	$405.510,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$15.635.827,00

TOTAL COMPROBANTE:

QUINCE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTISIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró

Revisó Almacen

Adriana Lugo en

Revisado Impuestos

$16.220.410-

Adriana M. Lugo

CUENTAS POR PAGAR

RECIBIDO 28 DIC 2020

07 DIC 2020

SN
21-01-21

47907

Obl.- 3022/21
daneb

124

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 1320

Cliente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			Fecha y Hora de Factura	
NIT	900,959,051 - 7 /Id. Extranjero :	Teléfono	3282828	Generación	2020-11-05 11:54:41
Dirección	DIAG 34 5 43	Vendedor	SUPLESALUD IPS SAS	Expedición	2020-11-05 11:55:55
Ciudad	BOGOTA D.C. - COLOMBIA	Centro Costo	1	Vencimiento	2021-02-05
Correo	recepciontacturasbienes@subredcentrooriente.gov.co	Remisión	1,558		
Order Reference Prefijo		Numero			

Referencia	Descripción		Cant	V. Unit	Valor Total
ABD-0055	SIMEX ABD FENESTRA ESPU/2012DM-8650	035020	10	1,021,041.00	10,210,410.00
Z-01000	CANISTER 1000CC/INV 2020DM-21385	031116	20	300,500.00	6,010,000.00

Total Bruto	16,220,410.00
Total a Pagar	**$ 16.220.410,00**

CONDICION DE PAGO

Credito C Xcobrar Clientes Nacionales Efectivo 16,220,410.00 Cuota 1 Vence el 2021-02-05

VALOR EN LETRAS

Dieciseis Millones Doscientos Veinte Mil Cuatrocientos Diez Pesos M/Te

OBSERVACIONES

LA VICTORIA
CONTRATO 02-BS-080-2020 NOS ACOGEMOS BIENES EXENTOS DECRETO 551 DE 15 ABRIL 2020

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

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR

Firma Recibido

GRACIAS POR PREFERIRNOS

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (articulo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este titulo - 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 5d14808f4f786f81ad5a7c0ff29cb8482e15d9aa0c04730b47bfc390a5df0422068a5f25c905b70a2ef7d0ca0fee6836

ORIGINAL

Pagina : 1 de 1

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

10	1320	05/11/2020	NOVIEMBRE DE 2020	$ 16.220.410,00	$ 129.901.104,00	$ 66.350.340,00	66,19%
				$ 0,00	$ 129.901.104,00	$ 66.350.340,00	66,19%
				$ 0,00	$ 129.901.104,00	$ 66.350.340,00	66,19%
TOTAL				$ 129.901.104	$ 129.901.104	$ 66.350.340	66,19%

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	CIENTO VEINTINUEVE MILLONES NOVECIENTOS UN MIL CIENTO CUATRO PESOS M/CTE	$ 129.901.104,00
Saldo por ejecutar	SESENTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE	$ 66.350.340,00
Valor total certificado (Acumulado)	CIENTO VEINTINUEVE MILLONES NOVECIENTOS UN MIL CIENTO CUATRO PESOS M/CTE	$ 129.901.104,00

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO;
1320	05/11/2020
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 16.220.410,00
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 del 100% de los bienes solicitados en el pedido del citado contrato, 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**	**30/11/2020**	

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	3096	16/09/2020	**Registros Presupuestales de Adiciones**	24652	28/09/2020	**Adición 1:**	$ 25.000.000,00	**Prórroga 1:**	27/07/2020	30/09/2020
	3584	23/10/2020		30392	30/10/2020	**Adición 2:**	$ 60.000.000,00	**Prórroga 2:**	01/10/2020	31/10/2020
						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:	**$ 196.251.444,00**	**Fecha Terminación actual:**		**31/10/2020**
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**				
10	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
7	1080	08/09/2020	SEPTIEMBRE DE 2020	$ 18.343.684,00	$ 101.062.989,00	$ 35.188.455,00	51,50%	Vr. Adición $25.000.000
8	1223	15/10/2020	OCTUBRE DE 2020	$ 3.005.000,00	$ 104.067.989,00	$ 32.183.455,00	53,03%	
9	1300	05/11/2020	NOVIEMBRE DE 2020	$ 9.612.705,00	$ 113.680.694,00	$ 82.570.750,00	57,93%	Vr. Adición $60.000.000

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 CUATRO (04) DIAS DE NOVIEMBRE 2020.