CODIGO: 2BS-FR-0019	PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS	POLICIA NACIONAL
FECHA: 19-08-2015	INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL	
VERSION: 4		

Apartado, 27 de enero de 2021

No. 1 JEFAT -GRUAD

Coronel
HEINAR GIOVANY PUENTES AGUILAR
COMANDANTE DEPARTAMENTO DE POLICIA URABÁ
km 5 via carepa, Corregimiento el Reposo
Apartado

Asunto: Informe de supervision contrato No. 42-5-20050-20 Mes reportado DICIEMBRE

1. PRÓRROGA No.		2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS
INCIO:	TERMINO:	FECHA:	FECHA:	FECHA:

5. OBJETO	6. CONTRATISTA	7. PLAZO DE EJECUCION	BIENES Y/O SERVICIOS CONTRATADOS			RECIBIDO		PENDIENTE POR RECEPCION		15. OBSERVACIONES
			8. DESCRIPCION	9. CANTIDAD	10. VALOR	11. CANTIDAD	12. VALOR	13. CANTIDAD	14. VALOR	
PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD DE PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD, Y SUMINISTRÓ Y DISPENSACIÓN INFORMADA DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS DE PRIMER NIVEL, DESCRITO EN EL ACUERDO 052 CSSMP DEL 13 DE ABRIL DE 2013, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA URABÁ EN EL MUNICIPIO MURINDO CHOCO	E.S.E. HOSPITAL SAN BARTOLOME	Vigencia Inicio : 30/11/2020 Termino : 30/07/2021 Adición: Inicio : Termino :	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD DE PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD, Y SUMINISTRÓ Y DISPENSACIÓN INFORMADA DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	8 MESES	4.000.000	1 MES	979.750	7 MESES	3.020.250	EL CONTRATISTA CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE CON SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES A LA FECHA GENERÓ FACTURAS CORRESPONDIENTES AL MES DICIEMBRE, POR UN VALOR DE $ 969.450 EN SALUD Y EN MEDICAMENTOS10.300 SIN GLOSAS
		VALOR TOTAL			4.000.000,00	TOTAL RECIBIDO	979.750	TOTAL EJECUTADO	979.750	

16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales?	SI. X	17. Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes, descritos en el numeral 23. del presente formato.
	NO.	18. En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, diligenciar el numeral 19 del presente formato, para lo cual anexo comunicación oficial No_____ del _____, mediante la cual se informa al ordenador del gasto, el no cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato.

19. RELACIÓN DE OBLIGACIONES INCUMPLIDAS

20. ÍTEM Y/O NUMERAL	21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	22. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL INCUMPLIMIENTO.

23. DOCUMENTOS TÉCNICOS OBLIGATORIOS ESTABLECIDOS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, INCLUYENDO LAS AMBIENTALES, DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Y OTROS.

24. ÍTEM Y/O NUMERAL	25. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	26. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO.
1		
2		
3		

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES

Para el caso de prestación de servicios personales o profesionales que afecten la conformidad del servicio: fecha en la cual le fue suministrada la inducción establecida _____ Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI ___ NO ___

Subintendente CARLOS PIEDRAHITA OQUENDO

SUPERVISOR CONTRATO

TELEFONO: 3148812907

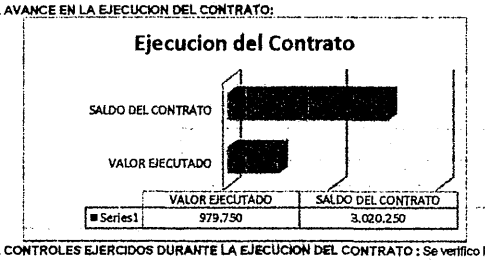
Anexos: (cuenta de cobro: recibido a satisfaccion, informe ejecutivo)

Firma

AREA SANIDAD CORDOBA
ANEXO No. 1 PARA CONTRATOS DE OUTSOURSING
(MANTENIMIENTO INSTALACIONES, EQUIPOS DE TELEMATICA, SUMINISTRO DE PAPELERIA, ETC)

No. Contrato 42-5-20050-20 Fecha suscripción 30/11/2020

1.1. AVANCE EN LA EJECUCION DEL CONTRATO:



1.2. CONTROLES EJERCIDOS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO : Se verifico lo realizado por la empresa constatando con minucia el objeto de este contrato.

1.3. NOVEDADES PRESENTADAS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO : No hubo novedad alguna durante la ejecucion del contrato.

NOTA: CORRESPONDE AL INFORME FINAL DE EJECUCION: SI___ NO__X__ Si su respuesta es positiva, tener en cuenta de relacionar lo siguiente: -

* En este informe se debe llevar los acumulados finales del contrato en cuanto a su avance y ejecución presupuestal dando cumplimiento a items anteriores).
* Relacionar Desempeño del proveedor de acuerdo con lo contratado.
* Recomendaciones que permitan mejorar el desempeño de este tipo de contrato outsoursing y tener en cuenta en el próximo estudio previo que respalde la contratación de un nuevo proceso.

Subintendente CARLOS ANDRES PIEDRAHITA
Supervisor de Contrato
Teléfonos: 3148812907
Anexos: (cuenta de cobro; recibido a satisfaccion)

Firma Carlos P

SECCIONAL DE SANIDAD ANTIOQUIA
ANEXO No.2 INFORME DE RE-EVALUACIÓN PROVEEDORES

No. Contrato 42-5-20050-20 Fecha suscripción 30/11/2020

El objetivo de esta re-evaluación, es verificar el desempeño que tuvo el proveedor durante la ejecución del contrato, dejando evidencia mediante registro que permita la toma de decisiones, teniendo como base los informes de seguimiento que realizó el supervisor y a través de los cuales se realizó su evaluación.

Ciudad y Fecha de la Reevaluación:

Fecha en que terminó la ejecución del contrato:

1. ¿El proveedor cumplió en forma oportuna de acuerdo con lo establecido en las clausulas del Contrato ?	SI X	NO___	EL PROVEEDOR FUE SANCIONADO: SI ____ NO ____ No. RESOLUCION____ FECHA____
2. Los bienes suministrados por el proveedores cumplimieron con los requisitos de calidad establecidos en las especificaciones técnicas?.	SI X	NO___	EL PROVEEDOR FUE SANCIONADO: SI____ NO____ No. RESOLUCION____ FECHA____

3. Que fortaleza resalta del proveedor y que le generó valor agregado en la ejecución del contrato. LA EFICIENCIA Y LA PRONTA RESPUESTA A LAS SOLICITUDES

Subintendente CARLOS PIEDRAHITA OQUENDO
SUPERVISOR CONTRATO
TELEFONO: 3148812907
Anexos: (Relacionar)

Firma Carlos P

Página 1 de 1 Código: 2BS-FR-0045 Fecha: 22-05-2015 Versión: 2	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS CONSTANCIA RECIBIDO A SATISFACCIÒN	POLICIA NACIONAL

CIUDAD Y FECHA:	27 de enero de 2021
CONTRATO N°:	42-5-20050-20
CONTRATISTA:	**E.S.E. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ DE MURINDÓ**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD, Y SUMINISTRÓ Y DISPENSACIÓN INFORMADA DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS DE PRIMER NIVEL, DESCRITO EN EL ACUERDO 052 CSSMP DEL 13 DE ABRIL DE 2013, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE MURINDO ANTIOQUIA
VALOR DEL CONTRATO: $	$ 3.400.000,00
PLAZO DE EJECUCIÓN:	30/07/2021
MES DE EJECUCIÓN:	DICIEMBRE
DIAS DE ATRASO EN LA ENTREGA:	(En caso de incumplimiento en el plazo).
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO:	SI. CARLOS PIEDRAHITA OQUENDO
CARGO QUE DESEMPEÑA:	SUPERVISOR DEL CONTRATO
VALOR CORRESPONDIENTE A ESTA ENTREGA	**969.450,00**
RECEPCION DE LOS BIENES:	Mediante acta de recepción de bienes #_____ de fecha _____, el almacenista efectuó la recepción y verificación de los mismos.

INFORMACION ADICIONAL PARA CONTRATOS DE OBRA, INTERVENTORIA O CONSULTORIA (Únicamente aplica para contratos de obra y/o interventoría)

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	
PORCENTAJE DE AVANCE PARA EL PRESENTE CORTE Y ACUMULADO TOTAL DE AVANCE:	
EN EL CORTE SE PRESENTARON MAYORES Y MENORES CANTIDADES DE OBRA:	NO___SI___(siendo aprobado el balance de mayores y menores por parte del ordenador del gasto de fecha:_____
EN EL PRESENTE CORTE SE PRESENTARON ÍTEMS NO PREVISTOS:	NO___ SI____(Autorizados mediante modificatorio y adicional N°.____ de fecha:_____

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Se cumplieron con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato.

	No. Factura	Fecha Factura	Valor factura	Nota Crédito o Glosa	Valor Neto
1	1	31/12/2020	$ 131.675	$ -	$ 131.675
2	2	31/12/2020	$ 131.675	$ -	$ 131.675
3	3	31/12/2020	$ 131.675	$ -	$ 131.675
4	4	31/12/2020	$ 131.675	$ -	$ 131.675
5	5	31/12/2020	$ 131.675	$ -	$ 131.675
6	6	31/12/2020	$ 311.075	$ -	$ 311.075
7					
8					
9					
10					
11					
Total Bienes y/o Servicios		6	**$ 969.450,00**	**$ -**	**$ 969.450,00**

Subintendente CARLOS PIEDRAHITA OQUENDO.
FIRMA DEL SUPERVISOR

28/01/21

Pagina 1 de 1	PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR	POLICÍA NACIONAL
Código: 1AR-FR-0029		
Fecha: 14-12-2012	CONTROL CUENTAS AUDITORIA MEDICA	
Versión: 0		

CONTRATO X URGENCIA

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ. NIT. 800165050. PARA PAGO POR CONTRATO 42-5-20050-20.

No. RADICACIÓN DEL 90 AL 95 DEL 6 DE ENERO DE 2021. ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y VERIFICADOS SUS SOPORTES LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS. CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LOS PAGOS HAN SIDO VERIFICADOS Y CORRESPONDEN TANTO A LOS SERVICIOS PRESTADOS, COMO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. SE CONFIRMA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE AUDITORIA MEDICA QUE CORRESPONDE A LA ATENCIÓN DE CONTRATO 42-5-20050-20 CORRESPONDEN A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO, VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

N.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE ATENCION (DILIGENCIAR PARA URGENCIA)	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO	VR. GLOSA INICIAL	VR. A PAGAR	MOTIVO GLOSA
1	1	31/12/2020	19/12/2020	JAVIER MARTINEZ TAPIAS	1037484384	890203	$ 131.675	$ -	$ 131.675	sin glosas, soportes completos
2	2	31/12/2020	22/12/2020	HOVER DARIO HERNANDEZ A	1001033643	997301	$ 131.675	$ -	$ 131.675	sin glosas, soportes completos
3	3	31/12/2020	22/12/2020	GERARDO YONATAN VARGAS	10782213	997301	$ 131.675	$ -	$ 131.675	sin glosas, soportes completos
4	4	31/12/2020	19/12/2020	NELSON MAURICIO QUIÑONES	88268521	997301	$ 131.675	$ -	$ 131.675	sin glosas, soportes completos
5	5	31/12/2020	19/12/2020	JHORJAN BAILARIN DOMICO	1001711406	997301	$ 131.675	$ -	$ 131.675	sin glosas, soportes completos
6	6	31/12/2020	19/12/2020	HERNAN DARIO MORENO GAMBO	1001031914	890203	$ 311.075	$ -	$ 311.075	sin glosas, soportes completos
				TOTAL			$ 969.450	$ -	$ 969.450	

Elaborado Por:

DR. JAVIER IGNACIO ORTIZ HERNANDEZ
MD Auditor de Cuentas Médicas
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD URABA
FECHA 25/01/2021

Recibido Por:

PT LAURA FANYANI NARANJO JARAMILLO
Responsable Central de Cuentas DEURA

SIIF Nación

Orden de pago Presupuestal de gastos
Comprobante

Usuario Solicitante: MHccordoba CRISTIAN ALEXANDER CORDOBA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 16-01-02-003 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD URABA
Fecha y Hora Sistema: 2021-02-09 8:38 a. m.

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	17090821	**Fecha Registro:**	2021-02-04	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	16-01-02-003 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD URABA		
Vigencia Presupuestal	Reservas presupuestales	**Estado:**	Pagada	**Nro Obligación:**	921	**Comprobante Contable de la Generación:**	
Fecha Máxima Pago:	2021-02-08	**Código de Referencia:**	04500065900017090821	**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Bruto:	969.450,00	**Valor Deducciones:**	0,00	**Valor Neto:**	969.450,00	**Saldo x Pagar:**	0,00

VALORES PAGADOS

TRM Pago		**Valor Bruto**	969.450,00	Valor Deducciones	0,00	Valor Neto	969.450,00	Moneda Base Compra	**Valor MBC**	

REINTEGROS

Números				**No Recaudo:**	
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00	**Reintegrado Deducciones Pesos:**	0,00	**Reintegrado Neto Pesos:**	0,00
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00	**Reintegrado Deducciones Moneda:**	0,00	**Reintegrado Neto Moneda:**	0,00

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

Identificación:	800165050	**Razón Social:**	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BARTOLOME	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	64596968153	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa
TESORERIA			**DOCUMENTO SOPORTE**				
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN			**Número:**	123456	**Tipo:**	FACTURA	**Fecha:** 2021-02-04

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS

DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA
003 ATENCION SALUD / A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES												
	Nación	16	SSF	969.450,00	0,00	969.450,00				Pesos	0,00	0,00

LINEAS DE PAGO VINCULADA

DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO
003 - DISAN AREA DE SANIDAD URABA	4-2 - ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2021-02-26	969.450,00	05 NINGUNO	Pagada

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Página 1 de 1 Código: 2BS-FR-0045 Fecha: 22-05-2015 Versión: 2	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS CONSTANCIA RECIBIDO A SATISFACCIÒN	POLICIA NACIONAL

CIUDAD Y FECHA:	27 de enero de 2021
CONTRATO N°:	42-5-20050-20
CONTRATISTA:	**E.S.E. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ DE MURINDÓ**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD, Y SUMINISTRÓ Y DISPENSACIÓN INFORMADA DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS DE PRIMER NIVEL, DESCRITO EN EL ACUERDO 052 CSSMP DEL 13 DE ABRIL DE 2013, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE MURINDO ANTIOQUIA
VALOR DEL CONTRATO: $	$ 600.000,00
PLAZO DE EJECUCIÓN:	30/07/2021
MES DE EJECUCIÓN:	DICIEMBRE
DIAS DE ATRASO EN LA ENTREGA:	(En caso de incumplimiento en el plazo).
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO:	SI. CARLOS PIEDRAHITA OQUENDO
CARGO QUE DESEMPEÑA:	SUPERVISOR DEL CONTRATO
VALOR CORRESPONDIENTE A ESTA ENTREGA	**10.300,00**
RECEPCION DE LOS BIENES:	Mediante acta de recepción de bienes #_____ de fecha _____, el almacenista efectuó la recepción y verificación de los mismos.

INFORMACION ADICIONAL PARA CONTRATOS DE OBRA, INTERVENTORIA O CONSULTORIA (Únicamente aplica para contratos de obra y/o interventoría)

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	
PORCENTAJE DE AVANCE PARA EL PRESENTE CORTE Y ACUMULADO TOTAL DE AVANCE:	
EN EL CORTE SE PRESENTARON MAYORES Y MENORES CANTIDADES DE OBRA:	NO___SI___(siendo aprobado el balance de mayores y menores por parte del ordenador del gasto de fecha:_____
EN EL PRESENTE CORTE SE PRESENTARON ÍTEMS NO PREVISTOS:	NO___ SI____(Autorizados mediante modificatorio y adicional N°.____ de fecha:_____

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Se cumplieron con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato.

	No. Factura	Fecha Factura	Valor factura	Nota Crédito o Glosa	Valor Neto
1	7	31/12/2020	$ 10.300	$ -	$ 10.300
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
Total Bienes y/o Servicios		1	**$ 10.300,00**	**$ -**	**$ 10.300,00**

Subintendente CARLOS PIEDRAHITA OQUENDO.
FIRMA DEL SUPERVISOR

28/01/21

Pagina 1 de 1 Código: 1AR-FR-0029 Fecha: 14-12-2012 Versión: 0	PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR CONTROL CUENTAS AUDITORIA MEDICA		POLICÍA NACIONAL
CONTRATO X	URGENCIA		

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ. NIT. 800165050. PARA PAGO POR CONTRATO 42-5-20050-20.

No. RADICACIÓN DEL 96 AL 96 DEL 6 DE ENERO DE 2021. ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y VERIFICADOS SUS SOPORTES LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS. CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LOS PAGOS HAN SIDO VERIFICADOS Y CORRESPONDEN TANTO A LOS SERVICIOS PRESTADOS, COMO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. SE CONFIRMA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE AUDITORIA MEDICA QUE CORRESPONDE A LA ATENCIÓN DE CONTRATO 42-5-20050-20 CORRESPONDEN A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO, VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

N.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE ATENCION (DILIGENCIAR PARA URGENCIA)	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO	VR. GLOSA INICIAL	VR. A PAGAR	MOTIVO GLOSA
1	7	31/12/2020	19/12/2020	HERNAN DARIO MORENO GAMBO	1001031914	MEDICAMENTOS	$ 10.300	$ -	$ 10.300	sin glosas, soportes completos
				TOTAL			$ 10.300	$ -	$ 10.300	

Elaborado Por:

DR. JAVIER IGNACIO ORTIZ HERNANDEZ
MD Auditor de Cuentas Médicas
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD URABA
FECHA 25/01/2021

Recibido Por:

PT LAURA FANYANI NARANJO JARAMILLO
Responsable Central de Cuentas DEURA

Orden de pago Presupuestal de gastos
Comprobante

Usuario Solicitante: MHccordoba CRISTIAN ALEXANDER CORDOBA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 16-01-02-003 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD URABA
Fecha y Hora Sistema: 2021-02-09 8:38 a. m.

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	17093421	**Fecha Registro:**	2021-02-04	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	16-01-02-003 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD URABA				
Vigencia Presupuestal	Reservas presupuestales	**Estado:**	Pagada	**Nro Obligación:**	1121	**Comprobante Contable de la Generación:**			
Fecha Máxima Pago:	2021-02-08	**Código de Referencia:**		04500065900017093421	**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**		0,00
Valor Bruto:	10.300,00	**Valor Deducciones:**		0,00	**Valor Neto:**	10.300,00	**Saldo x Pagar:**		0,00

VALORES PAGADOS

TRM Pago		**Valor Bruto**	**10.300,00**	Valor Deducciones	0,00	Valor Neto	**10.300,00**	Moneda Base Compra		**Valor MBC**

REINTEGROS

Números				**No Recaudo:**	
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00	**Reintegrado Deducciones Pesos:**	0,00	**Reintegrado Neto Pesos:**	0,00
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00	**Reintegrado Deducciones Moneda:**	0,00	**Reintegrado Neto Moneda:**	0,00

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

Identificación:	800165050	**Razón Social:**	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BARTOLOME	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	64596968153	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa
TESORERIA			**DOCUMENTO SOPORTE**				
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN			**Número:**	7	**Tipo:**	FACTURA	**Fecha:** 2021-02-04

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS

DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA
003 ATENCION SALUD / A-02-02-01-003-005 OTROS PRODUCTOS QUÍMICOS; FIBRAS ARTIFICIALES (O FIBRAS INDUSTRIALES HECHAS POR EL HOMBRE)												
	Nación	16	SSF	10.300,00	0,00	10.300,00				Pesos	0,00	0,00

LINEAS DE PAGO VINCULADA

DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO
003 - DISAN AREA DE SANIDAD URABA	4-2 - ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2021-02-26	10.300,00	05 NINGUNO	Pagada

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)