23

COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000266947

Consecutivo : 000000000266947 Estado : Confirmado
Fecha del Egreso : 25/11/2020 11:26:34 a. m. Valor : $336.000,00
Beneficiario 805019723 BSN MEDICAL LTDA
Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000001122 *Numero Nota:* 00000001122
Valor en Letras TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.
Numero : Consignar : 11/25/2020 Impuesto X Mil : $0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS CTA Nº 008400747591	805019723	111006001	$0,00	$336.000,00
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000001122	805019723	240101001	$336.000,00	$0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
FE29819	$336.000,00				

TESORERIA DIRECCIÓN FINANCIERA GERENCIA FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró. :52441789 SANDRA PATRICIA NIÑO GARAVITO
Usuario Id. :52267364

24

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

Fecha Actual : viernes, 21 agosto 2020

M/T

Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000039909

PROVEEDOR:	BSN MEDICAL LTDA	NIT:	805019723	FECHA:	21/08/2020 09:52 a. m
CIUDAD:	YUMBO (VALLE)			ESTADO:	Confirmado
DIRECCION:	CRA 36 13 451 URB ACOPI			MONEDA:	Pesos
TELEFONO:	5510200			TASA CAM:	0,00
Nº FACTURA:	FE29819	% ICA: 0,0000	PLAZO: 30	FECHA FAC:	20/08/2020 12:00 a. m

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
121QQ034960	ESPARADRAPO DE PAPEL COLOR PIEL HIPOALERGICO 2,5 cm x 9 metros hasb 10metros	UNIDAD	24,00	$ 4.000,00	$ 96.000,00	0,00	0,00
121QQ034960	ESPARADRAPO DE PAPEL COLOR PIEL HIPOALERGICO 2,5 cm x 9 metros hasb 10metros	UNIDAD	12,00	$ 4.000,00	$ 48.000,00	0,00	0,00
121QQ034960	ESPARADRAPO DE PAPEL COLOR PIEL HIPOALERGICO 2,5 cm x 9 metros hasb 10metros	UNIDAD	12,00	$ 4.000,00	$ 48.000,00	0,00	0,00
121QQ034960	ESPARADRAPO DE PAPEL COLOR PIEL HIPOALERGICO 2,5 cm x 9 metros hasb 10metros	UNIDAD	24,00	$ 4.000,00	$ 96.000,00	0,00	0,00
121QQ034960	ESPARADRAPO DE PAPEL COLOR PIEL HIPOALERGICO 2,5 cm x 9 metros hasb 10metros	UNIDAD	12,00	$ 4.000,00	$ 48.000,00	0,00	0,00

DETALLE

CONTRATO 02-BS-108-2020, DIGITA LUDY NILSA TORRES

SUBTOTAL:	$ 336.000,00
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:	$ 336.000,00

TOTAL COMPROBANTE:

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

Revisó Almacen

RECIBIDO 17 NOV 2020

Revisado Impuestos.

RECIBIDO 17 NOV 2020

05 SEP 2020

SN
13-11-20

Obl= 37775/20
daniela.

25

essity

Cra 36 No. 13-451 Yumbo - Valle Colombia
Conmutador Cali (057) (2) 6510200 No. Fax (057) (2) 6541880
SERVICIO AL CLIENTE: Cali 6541810 Resto del país :01 8000 9 30500
E-mail: servicio.clienteCLO@bsnmedical.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
Commercial Invoice

BSN Medical Ltda.
GRANDES CONTRIBUYENTES Resolución 012635 de Diciembre 14 de 2018 I.V.A. Régimen Común
Somos agentes retenedores de IVA en operaciones con el Régimen común.
SOMOS AUTORRETENEDORES según Resolución 07580 del 27 de junio de 2007
Somos contribuyentes de industria y comercio en el municipio de Yumbo (Valle)
NO EFECTUAR RETENCION DE INDUSTRIA Y COMERCIO SEDE FABRIL YUMBO.
Esta factura causará interés de mora por incumplimiento a la fecha de vencimiento.
La presente factura de Venta se asimila en todos sus efectos a un título valor
Según artículo 774 del Código de Comercio.
Documento oficial de autorización de numeración facturación electrónica No. 18763002284940 de Fecha 2019-12-03 del No. FE25000 al FE50000. Vigencia 24 meses.

NIT 805019723 - 0

CUFE:99d0aa4f1a1a904ac89d7bc117493aa456ba310a198ed19c8ce0ff97e000490cb7ac8db222e8031c3663f9e0cccab1c4
Representación gráfica de la factura electrónica

Factura No. - Invoice No.		
FE29819		
Fecha / Date		
Día/Day	Mes/Month	Año/Year
20	08	2020
O. Compra - Pedido / Purchase Order		
02-BS-0108-2020		
Fecha de Pedido / Order Date		
Día/Day	Mes/Month	Año/Year
20	08	2020

Cliente / Customer	Dirección de Entrega / Delivery Adress
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CR 14 B 1 45 SUR BOGOTA DC Nit 9009590517 TL 57 1 3282828 Cliente 4197032 Vendedor 99922021	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CR 14 B 1 45 SUR BOGOTA DC

Código Code	Descripción Description	Cantidad Quantity	Valor Unitario Unitary Price	Valor Neto Net Value	IVA %	IVA Valor	Valor Total Total Value
7236809	(*)LPO CINTA MICROP C.PIEL TH 6 R 2"X10 Lote: 92751509 F. Vto 05.06.2022 14 PC **Reg.INVIMA** 2015DM-0013663 CR I * F.Vto22.09.2025	14	24.000,00	336.000,00	0,00	0,00	336.000,00

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

Valor Mercancía Net Value	Valor Impuesto Tax Value	Retefuente Withholding Tax	Reteiva Vat	Descuentos Discounts	Valor Total Total Value
336.000,00	0,00	0	0	0	336.000,00

Total	TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE ********

Volumen / Volume	Peso Bruto / Gross Weight	Peso Neto / Net Weight	Valor Asegurado Insured Value	Transportador / Carrier
26,138	5,362	3,598	263.561,23	

Observaciones / Remarks

Favor recibir inventariado y notificar cualquier diferencia o reclamo a servicio al cliente: Plazo máximo para reclamos: 10 dias calendario.
Condiciones de almacenaje: Lugar seco y fresco, protegido de la luz del sol. Humedad relativa no mayor a 85%. Temperatura: productos marcados con * 35°C, ** 25°C y *** 30°C.

Fecha-Hora Generatión Issue Date-Hour				Fecha-Hora Validación Validation Date-Hour				Fecha de Vencimiento Due date			Embarque Shipment	Nota de Entrega Delivery Note
20	08	2020	19:36:03	20	08	2020	19:36:03	23	11	2020	Terrestre	22077428

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	29819	20/08/2020	AGOSTO DE 2020	$ 336.000,00	$ 336.000,00	$ 24.000,00	93,33%	
						$ 24.000,00		
						$ 24.000,00		
						$ 24.000,00		
						$ 24.000,00		
						$ 24.000,00		
						$ 24.000,00		
TOTAL				**$ 336.000**	**$ 336.000**	**$ 24.000**	93,33%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

PARA PODER REALIZAR LA CERTIFICACION DE ESTE CONTRATO SE RECIBIÓ POR PARTE DEL CONTRATISTA LO CORRESPONDIENTE A FACTURA, COMPROBANTE DE ENTRADA DE ALMACÉN, SOPORTES DE PAGO AL SGPS Y/O PARAFISCALES

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	**TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE**	**$ 336.000,00**
Saldo por ejecutar	**VEINTICUATRO MIL PESOS M/CTE**	**$ 24.000,00**
Valor total certificado (Acumulado)	**TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE**	**$ 336.000,00**

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA
29819	**20/08/2020**
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	**$ 336.000,00**
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	**erificadas 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 la factura relacionada en esta certificación.** **Que los valores facturados por el CONTRATISTA corresponden a los pactados en el contrato.**

ANEXOS:

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	FABIO ERNESTO FERNANDEZ GIL
C.C. No.	74.358.922 DE PAIPA-BOYACA
CARGO/PERFIL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
AREA DE UBICACIÓN	INSUMOS Y ABSTECIMIENTO
Correo Electronico:	supervisorcontratos5@gmail.com
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	FABIO ERNESTO FERNANDEZ GIL
AREA DE UBICACIÓN	INSUMOS Y ABSTECIMIENTO
Correo Electronico:	supervisorcontratos5@gmail.com

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

SUBRE 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-108-2020	**FECHA DEL INFORME :**	02/09/2020	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	BSN MEDICAL LIMITADA	**NIT O C.C**	**805.019.723-0**	
Representante Legal:	PAOLA LILIANA CANTOR CORTES	**Identificación Representante Legal**	C.C: X C.E:	52.214.730
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

			Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 1.440.000,00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 360.000,00**	**DOS (2) MESES Y/O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO CORRESPONDIENTE**	**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
								30/06/2020	**29/08/2020**
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	923	06/04/2020	**Registro Inicial**	15516	30/06/2020					
Disponibilidades Números de Adiciones			**Registros Presupuestales de Adiciones**			**Adición 1:**		**Prórroga 1:**	30/08/2020	30/09/2020
						Adición 2:		**Prórroga 2:**		
						Adición 3:		**Prórroga 3:**		
						Adición 4:		**Prórroga 4:**		
						Adición 10:		**Prórroga 10:**		
						Valor Total:	**$ 360.000,00**	**Fecha Terminación actual:**		30/09/2020
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	**MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO**		**Código(S) Rubro(S)**	23201020102	**Válidación Tope Máximo del Contrato**	**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	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		**Oportunidad de entrega**	**SI: X** **N/A** **NO:**	**Cumplimiento de documentación tramitada o**	**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.**

EY

Building a better working world

Señores
BSN Medical Limitada
Cali

CA-202008-591

He auditado, de acuerdo con las normas de auditoría aplicables según el Decreto 2420 de 2015 y modificatorios, los estados financieros terminados al 31 de diciembre de 2019, no incluidos aquí, de BSN Medical Limitada, identificada con NIT. 805.019.723-0. Así mismo, he desarrollado los procedimientos necesarios para cumplir con mis funciones como Revisor Fiscal.

Los registros contables no auditados por el período de seis meses comprendido entre el 1 de febrero de 2020 y el 31 de julio de 2020 de las Subcuentas 238030 "Fondos de cesantías y/o pensiones", 237005 "Aport. Ent. Promotoras de salud EPS", 237006 "Aport. Administrad. Riesgos profesionales ARP", y 237010 "Aportes I.C.B.F., S.E.N.A. y Caja de Compensación Familiar" incluyen la causación de los aportes a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje. Las planillas integradas de liquidación evidencian el pago de dichos aportes por el período antes mencionado.

La información financiera y contable es responsabilidad de la Gerencia de la Compañía.

Con base en los procedimientos ejecutados a la fecha, no estoy enterado de situaciones que impliquen cambios significativos a la información anteriormente indicada.

Esta certificación se expide por solicitud de la Compañía en cumplimiento del artículo 50 de la Ley 789 de 2002, y no debe ser utilizada para ningún otro propósito.

CRISTHIAN CAMILO AMPUDIA CORTES

Firmado digitalmente por CRISTHIAN CAMILO AMPUDIA CORTES
Fecha: 2020.08.11 08:02:48 -05'00'

Cristhian Camilo Ampudia Cortes
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional 155143-T
Designado por Ernst & Young Audit S.A.S. TR-530

Cali
10 de agosto de 2020