COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000313993

Consecutivo : 000000000313993 Estado : Confirmado
Fecha del Egreso : 14/07/2021 10:31:02 a. m. Valor : $ 1.077.450
Beneficiario 900371464 OSTEOMEDICAL SAS
Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000001436 *Numero Nota:* 00000001436
Valor en Letras UN MILLON SETENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

0011 2020

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.
Numero : Consignar : 07/14/2021 Impuesto X Mil : $ 0

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS CTA Nº 008400747591	900371464	111006001	$ 0	$ 1.077.450
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000001436	900371464	240101001	$ 1.077.450	$ 0

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
BG 34050	$ 1.077.450,00				

TESORERIA DIRECCIÓN FINANCIERA GERENCIA FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

op 30076/2021

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

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

Fecha Actual : jueves, 18 marzo 2021

1/1

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000046601

PROVEEDOR:	OSTEOMEDICAL SAS	NIT: 900371464	FECHA:	18/03/2021 10:51 a. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C)		ESTADO:	Confirmado	
DIRECCION:	CR 70 G N 117 - 82		MONEDA:	Pesos	
TELEFONO:			TASA CAM:		0,00
Nº FACTURA:	BG 34030	% ICA: 11,0400 PLAZO: 0	FECHA FAC:	15/03/2021 12:00 a. m.	

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
DHT21QO01098 3	PLACA CLAVICULA LAT ANATOMICA BLOQUEO 6 H DERECHA	UNIDAD	1,00	$836.306,00	$836.306,00	0,00	0,00
121QO011199	*TORNILLO CORTICAL D 3.5X10-16*	*UNIDAD*	*2,00*	*$39.479,00*	*$78.958,00*	*0,00*	*0,00*
121QO011048	TORNILLO BLOQUEO LCP STARDRIVE AUTORROSCANTE 3.5MM X 35MM	UNIDAD	1,00	$202.469,00	$202.469,00	0,00	0,00

DETALLE

CONTRATO 02-BS-011-2020 (JT) LA VICTORIA

SUBTOTAL:	$1.117.733,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$12.340,00
RETE FUENTE:	$27.943,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$1.077.450,00

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON SETENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró

Revisó Almacen

Revisado Impuestos

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR
15 ABR 2021

SD
29-4-21

Obl = 20372/21
daniela

Almacen 2

OSTEOMEDICAL S.A.S.

Nit: 900.371.464-1

Punto de Venta Cra 70 G 117 - 82 BOGOTA
Tel: 7420648/49
osteomedical@osteomedical.co www.osteomedical.co
Agente Retenedor
SOMOS RESPONSABLES DE IVA LEY 2010 DE 2019 -
Act 4669 - 11.04 por mil Bogotá

OSTEOMEDICAL

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	BG 34050

Fecha de Factura: 2021-03-15
Fecha de Vencimiento: 2021-06-15

FACTURADO A: CN900959051 **DIRECCIÓN:** 000000 COLOMBIA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTF
NIT/C.C: 900959051-7 **TELÉFONO:** 3444484

CUFE: de1e68c3ccd1ebc5727e1236c297d7789135d2459f70eab2a084f5f07f1baeb3fd14dd78c7799b22bf71c611576c6b79

NOMBRE PACIENTE : JOSE RICARDO ROJAS MIRANDA **ID**: 1007295427
DOCTOR : JORGE GAMMA
CONDICIONES DE PAGO 90 Días
MEDIO DE PAGO : Tarjeta Crédito

CODIGO	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	LOTE	FECHA VTO	CANTIDAD	VR. UNITARIO	% IVA	VALOR TOTAL
245.2150730.15	PLACA RECONSTRUCCION CLAVICULA LCP X7 ORIF DER	UND	140701013	2021-12-31	1.00 1,00	836,306.00		836,306.00
202.0350018.25	TORNILLO CORTICAL DE TITA 3.5X18MM	UND	COR123		1.00 1,00	39,479.00		39,479.00
218.0102718.25	TORNILLO BLOQ DE TITA 2.7X18MM	UND	BLOQ123	2021-12-31	1.00 1,00	202,469.00		202,469.00
[illegible]1250018.25	TORNILLO CORTICAL TITA 2.5X18MM	UND	COR123		1.00 1,00	39,479.00		39,479.00

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
16 MAR 2021
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO

Patricia Pallito 16/03/2021

21 Alm. fac 16.03.21

OBSERVACIONES PAGO 90 DIAS C -H LA VICTORIA FECHA CX 10-03-21 2008216

Num Ref CONTRATO N° 02-RS-011-2020

SON: UN MILLÓN SETENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS M.CTE.

Autorizo a Osteomedical S.A.S. a consultar, en cualqueir tiempo, en DATACREDITO, toda lainformación relevante para conocer mi desempeño como deudor y mi capacidad de pago además de reportar a DATACREDITO, sobre el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones crediticias, esto dando cumplimiento a la ley 1266 de 2008.

VALOR BRUTO	1.117.733.00
DESCUENTO	0.00
SUBTOTAL	1,117,733.00
IVA	0.00
RETEIVA	
RTEICA	12,339.77
RETEFUENTE	27,943.33
TOTAL NETO	1,077,449.90

Autorizacion numeracion de facturación 18763003657128 de 2020/01/27 BG 30001-50000, 18763003657128 de 2020/01/27 CG 10001-15000, 18763003657128 de 2020/01/27 CU 10001-15000 MD 10001-15000, 187621876300365712 8 de 2020/01/27 BQ 15001-20000, 18763003657128 de 2020/01/27 MT 5001-10000, 18763003657128 de 2020/01/27 SC 5001-10000 SM 5001-10000, 18763003657128 de 2020/01/27 PE 5001-10000.
Doc Impreso por Computador por: Osteomedical S.A.S. CONDICIONES DE PAGO: Pago hasta fecha de venc. Favor girar cheque cruzado a nombre de OSTEOMEDICAL S.A.S. o realizar consig o transf electr. en la Cta Cte No. 005569996852 de Davivienda o en las Ctas Ctes No. 76769967082 y No. 63862206256 de Bancolombia Dir Medellin Cra 43B #16-80 of 301

FIRMA Y SELLO

Catherine Tatiana Pira
Analista Administrativa

OSTEOMEDICAL
NIT 900 371 464-1

FIRMA Y SELLO de DE RECIBO

NOMBRE

2021-03-15	C.C. No.

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

CODIGO: AP-IA-FT-010
VERSIÓN: 05
FECHA: 2020-12-30

CERTIFICACION:	**39**	**INFORME PARCIAL:**	**X**	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	**02-BS-011-2020**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	**16/03/2021**	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	OSTEOMEDICAL S.A.S.	**NIT O C.C**	**900371464-1**	
Representante Legal:	* ANDRES RICARDO MEJIA ENCISO	**Identificación Representante Legal** *	**C.C:** / **C.E:**	72.209.254 de Barranquilla
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA LA ATENCION DE 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)**	$ 114.334.608.00	**Valor Inicial contrato:**	$ 28.583.652.00	**Plazo**	**21/02/2020**	**20/052020**
Consecutivo CDP		**Fecha CDP DD/MM/AAAA**	**Registros Presupuestales**	**Consecutivo CRP**	**Fecha CRP DD/MM/2018**	**Adiciones/ Modificación**	**Valor Adiciones**	**Prórrogas**	**Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminacion Prorrogas: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	187	24/01/2020	**Registro Inicial**	8969	21/02/2020					
Disponibilidades Números de Adiciones	3763	10/11/2020	**Registros Presupuestales de Adiciones**	31479	23/11/2020	**Adición 1:**	$ 28.583.652.00	**Prórroga 1:**	21/05/2020	31/07/2020
						Adición 2:	$ 0.00	**Prórroga 2:**	01/08/2020	31/10/2020
						Adición 3:	$ 0.00	**Prórroga 3:**	01/11/2020	31/12/2020
						Adición 4:	$ 0.00	**Prórroga 4:**	01/01/2021	31/03/2021
						Adición 5:	$ 0.00	**Prórroga 5:**		
						Modificacion 10	$ 0.00	**Prórroga 6:**		
						Adicion 6:	$ 0.00	**Prórroga 7:**		
						Adición 7:	$ 0.00	**Prórroga 8:**		
						Adición 8:	$ 0.00	**Prórroga 9:**		
						Adición 9:	$ 0.00	**Prórroga 10:**		
						Valor Total:	$ 57.167.304.00	**Fecha Terminación actual:**		31/03/2021
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	MATERIAL MÉDICOQUIRÚRGICOS		**Código(S) Rubro(S)**	**23201020102**		**Validación 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**				
39	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA LA ATENCION DE 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 RESOLUCIÓN 152 DEL 18 DE MARZO DE 2019 , 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.

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: 05
FECHA: 2020-12-30

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
38	33988	10/03/2021	MARZO	$ 1.073.180.00	$ 52.505.858.00	$ 4.661.446.00	91.85%	
39	34050	15/03/2021	MARZO	$ 1.117.733.00	$ 53.623.591.00	$ 3.543.713.00	93.80%	
				$ 0.00	$ 53.623.591.00	$ 3.543.713.00	93.80%	
				$ 0.00	$ 53.623.591.00	$ 3.543.713.00	93.80%	
TOTAL				$ 53.623.591	$ 53.623.591	$ 3.543.713	93.80%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

Verificadas las obligaciones contractuales establecidas ,como Supervisor manifiesto que el contratista ha cumplido de conformidad: en precios, oportunidad y calidad

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	CINCUENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTITRES MIL QUINIENTOS NOVENTA Y UNO PESOS	$ 53.623.591.00
Saldo por ejecutar	TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS TRECE PESOS	$ 3.543.713.00
Valor total certificado (Acumulado)	CINCUENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTITRES MIL QUINIENTOS NOVENTA Y UNO PESOS	$ 53.623.591.00

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA
34050	15/03/2021
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 1.117.733.00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	

ANEXOS: FACTURA,HOJA DE GASTO ORIGINAL,ENTRADA ALMACEN , CERTIFICACION O PLANILLA DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD YCERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	ONA KAROLINA CUELLAR PEREZ
C.C. No.	52 433 402
CARGO/PERFIL	INSTRUMENTADORA QUIRURGICA TECNICO AREA DE SALUD CODIGO 323 GRADO 13
AREA DE UBICACIÓN	SALAS DE CIRUGIA
Correo Electronico:	solicitudinsumos@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	JENNIFER PAOLA MADRONERO FERNANDEZ
AREA DE UBICACIÓN	OFICINA DE CIRUGIA
Correo Electronico:	ufencirugia.hemodinamia@gmail.com

AUDIGRUP LTDA
Grupo Auditor y Financiero Integral
"Nuestra firma, un grupo profesional para su respaldo empresarial"
NIT 900215974-7

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL HENRY MAURICIO PUENTES CRUZ IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 79.835.209 DE BOGOTÁ D.C. CON TARJETA PROFESIONAL No. 104.198-T EXPEDIDA POR LA JUNTA CENTRAL DE CONTADORES.

CERTIFICA:

Que la sociedad **OSTEOMEDICAL S.A.S** identificada con **NIT 900.371.464-1**, ha cumplido según lo estipulado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002; ha efectuado el pago de las cotizaciones al sistema de seguridad social Salud correspondiente al mes de Febrero de 2021; Pensiones, Riesgos Laborales, aportes parafiscales S.E.N.A., I.C.B.F. y Cajas de Compensación Familiar al corte del mes de Enero de 2021. El pago fue realizado el 16 de Febrero de 2021.

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los (17) diecisiete días del mes de Febrero de 2021.

Atentamente,

HENRY MAURICIO PUENTES CRUZ
Revisor Fiscal
T.P. 104.198-T
DELEGADO "AUDIGRUP LTDA"
DI2021-026

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900371464	1	OSTEOMEDICAL SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	01	cra 70g 117 82	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7420648	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-02	894972955	9416319103	E	2021/02/15	2021/02/16	BANCO DAVIVIENDA	1	$79,192,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				85	$44,328,500	$0	$0	$44,328,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	26	$13,796,900	$0	$0	$13,796,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	11	$3,120,300	$0	$0	$3,120,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	26	$14,484,300	$0	$0	$14,484,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	21	$11,796,400	$0	$0	$11,796,400
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$1,130,600	$0	$0	$1,130,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				86	$3,646,900	$0	$0	$3,646,900
COLMENA	14-25	800,226,175	3	86	$3,646,900	$0	$0	$3,646,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 10)				85	$11,111,800	$0	$0	$11,111,800
CAJAMAG	CCF33	891,780,093	3	2	$170,600	$0	$0	$170,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	48	$7,148,300	$0	$0	$7,148,300
COMBARRANQUILLA	CCF06	890,102,002	2	10	$684,300	$0	$0	$684,300
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	1	$171,700	$0	$0	$171,700
COMFACOR	CCF16	891,080,005	1	2	$170,800	$0	$0	$170,800
COMFAMILIAR CARTAGENA	CCF09	890,480,110	1	6	$448,200	$0	$0	$448,200
COMFAMILIAR RISARALDA	CCF44	891,480,000	1	3	$179,500	$0	$0	$179,500
COMFANORTE	CCF37	890,500,516	3	4	$480,100	$0	$0	$480,100
COMFASUCRE	CCF41	892,200,015	5	2	$148,800	$0	$0	$148,800
COMFENALCO ANTIOQUIA	CCF03	890,900,842	6	7	$1,509,500	$0	$0	$1,509,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)				86	$16,264,000	$0	$0	$16,264,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	3	$3,273,600	$0	$0	$3,273,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	9	$703,500	$0	$0	$703,500
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	2	$160,600	$0	$0	$160,600
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$43,200	$0	$0	$43,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	18	$4,052,200	$0	$0	$4,052,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	9	$944,000	$0	$0	$944,000
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	2	$154,600	$0	$0	$154,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$171,200	$0	$0	$171,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	40	$6,761,100	$0	$0	$6,761,100
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$2,304,700	$0	$0	$2,304,700
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR LIAR	PAICBF	899,999,239	2	3	$2,304,700	$0	$0	$2,304,700
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$1,536,600	$0	$0	$1,536,600
SENA	PASENA	899,999,034	1	3	$1,536,600	$0	$0	$1,536,600
TOTAL				86	$79,192,500	$0	$0	$79,192,500

2021/02/16 09:57 AM



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago	
Nombre Empresa	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE NTE ESE
Nombre Proceso	GIRO A PROVEEDORES DISPERSION 1436
Cuenta Origen de los Fondos	OFICIAL - 550008400747591
Fecha del Pago	15/07/2021
Hora del Pago	12:37

Detalle Proceso de Pago			
Nit Destino	9003714641	**Referencia**	0000000000000000
Nombre	0 0		
Producto o Servicio Destino	63862206256	**Entidad destino**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 1.077.450,00	**Estado**	Pago Exitoso