COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000289498

0183 2020

Consecutivo : 000000000289498 Estado : Confirmado
Fecha del Egreso : 25/03/2021 8:04:09 a. m. Valor : $29.805.402,00
Beneficiario 830510758 BIOSPIFAR SA
Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000001251 *Numero Nota:* 00000001251
Valor en Letras VEINTINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS CINCO MIL CUATROCIENTOS DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.
Numero : Consignar : 03/25/2021 Impuesto X Mil : $0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS CTA Nº 008400747591	830510758	111006001	$0,00	$29.805.402,00
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000001251	830510758	240101001	$29.805.402,00	$0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
FEM-27739	$29.805.402,00				

TESORERIA	DIRECCIÓN FINANCIERA	GERENCIA	FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró. :52441789 SANDRA PATRICIA NIÑO GARAVITO

Usuario Id. :52441789

Op: 9827.

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

Fecha Actual : jueves, 17 diciembre 20

Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000043959

PROVEEDOR:	BIOSPIFARSA	NIT: 830510758	FECHA:	17/12/2020 11:13 a. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C)		ESTADO:	Confirmado	
DIRECCION:	CL 123 7 07 OF 404		MONEDA:	Pesos	
TELEFONO:	7436499		TASA CAM:		0,00
Nº FACTURA:	FEM-27739	% ICA: 4,1400 PLAZO: 30	FECHA FAC:	15/12/2020 12:00 a. m.	

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
122MB092167	FACTORES DE COAGULACION II (440UI) VII (300 UI) IX (300 UI) X (460 UI) POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCION INTRAVENOSA	UNIDAD	3,00	$1.535.000,00	$4.605.000,00	0,00	0,00
122MB092167	FACTORES DE COAGULACION II (440UI) VII (300 UI) IX (300 UI) X (460 UI) POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCION INTRAVENOSA	UNIDAD	5,00	$1.535.000,00	$7.675.000,00	0,00	0,00
122MB092167	FACTORES DE COAGULACION II (440UI) VII (300 UI) IX (300 UI) X (460 UI) POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCION INTRAVENOSA	UNIDAD	12,00	$1.535.000,00	$18.420.000,00	0,00	0,00

DETALLE

CONTRATO 02-BS-183-2020[(*ω*)]SANTA CLARA.

SUBTOTAL:	$30.700.000,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$127.098,00
RETE FUENTE:	$767.500,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$29.805.402,00

TOTAL COMPRORANTE:

VEINTINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS CINCO MIL CUATROCIENTOS DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró

Revisó Almacen

Revisado Impuestos

Recibí Andrea Díaz
24-Dic-2020

SN
9-2-21

Obl = 9447/21
daniela.

FUSTO

Biospifar S.A.
UN COMPROMISO DE VIDA AL SERVICIO DE LA SALUD

NIT: 830510758-3 IVA - Régimen Común
ICA - Actividad 46451 Tarifa 4.14 x 1000
No somos grandes contribuyentes
No somos autorretenedores

Factura Electrónica de Venta

FEM - 27739

Ciudad de expedición:	Fecha de expedición:	Fecha de Vencimiento:	Orden de compra:	Hora:	Condición de Pago:
Bogotá D.C.	15/12/2020	15/03/2021	02-BS-183-2020	12:58:00	90 DIAS

NIT. o C.C. 900959051 - 7
Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dirección: DG 34 5 43
Teléfono: 3444484
Ciudad: Z BOGOTA D.C.

Bodega: 1 BIOSPIFAR
Sucursal: UPSS HOSPITAL SANTA CLARA
Dirección: CR 14 B 14 5 SUR
Ciudad: BOGOTA D.C.

CUM	ATC	DESCRIPCION	IVA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
19989642-1	B02BD01	OCTAPLEX 500 UI - VIAL	0 %	12	1.535.000,00	18.420.000,00
		Lote: K022A2814 Vcto: 30/04/2023 Remision: SA 1432				
19989642-1	B02BD01	OCTAPLEX 500 UI - VIAL	0 %	5	1.535.000,00	7.675.000,00
		Lote: K022A2814 Vcto: 30/04/2023 Remision: SA 1433				
19989642-1	B02BD01	OCTAPLEX 500 UI - VIAL	0 %	3	1.535.000,00	4.605.000,00
		Lote: K022A2814 Vcto: 30/04/2023 Remision: SA 1434				

Observación: CONTRATO 02-BS-183-2020
SE ENTREGA PRODUCTO EN HOSPITAL SANTA CLARA RT1432, HOSPITAL LA VICTORIA RT1433 Y HOSPITAL SAN BLAS RT1434

Son: TREINTA MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS COLOMBIANOS

Subtotal:	30.700.000,00
Total IVA:	
Total Pagar:	30.700.000,00

ACEPTADA POR HABER RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE LO VENDIDO

Nombre: _____
Cargo: _____
Fecha y Hora: _____
Firma autorizada y sello de la institución NIT. o C.C.

Si usted efectúa retención en la fuente, descontar: 767.500

Pague antes del:	**29/01/2021**	**28.270.402,00**
Pague antes del:	**13/02/2021**	**28.577.402,00**

POLÍTICA DE DEVOLUCIONES: La devolución será considerada dentro de las siguientes normas: El cliente debe dar aviso a nuestro Representante de Ventas con 90 días de anticipación a la fecha de vencimiento del producto, de lo contrario este no se aceptará para cambio. El cliente debe enviar a nuestras instalaciones de almacenamiento en Bogotá el producto objeto de devolución. Los portes y fletes serán pagados por el cliente. Los productos recibidos en calidad de devolución serán cambiados por unos de igual descripción con una fecha de caducidad mayor. Solamente se aceptarán devoluciones de productos con envase roto cuando se ocasionen durante el transporte, siempre y cuando se deje constancia escrita de este hecho en la guía de entrega del transporte. **NO ACEPTAMOS DEVOLUCIONES DE:** Productos clasificados como Vitales no disponibles. Productos que no hayan cumplido con las especificaciones de almacenamiento. Productos con sellos rotos, envases en mal estado, etiquetas destruidas y/o deterioradas por mal almacenamiento, así como productos que presenten alguna marcación distinta al empaque original. Productos con menos de 90 días de expiración. Productos que no completen la unidad mínima de venta del mismo lote.
Devoluciones por baja rotación.

Para todos los efectos legales el domicilio contractual de esta factura es la ciudad de Bogotá y se asimila a una letra de cambio. Se rige por lo establecido en los artículos 772 a 779 del Código del Comercio, modificados por la ley 1231 de 2008. La cancelación de esta factura después de su vencimiento causará interés moratorio a la t asa máxima permitida por la ley, conforme el artículo 884 del Código del Comercio, sin perjuicio de la acción legal por incumplimiento del pago.

Resolución de Facturación 18764004754924 De: 02/03/2020 Hasta: 02/03/2022 DIAN. con el prefijo FEM-25947 al FEM-30000

15 DIC 2020
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO

REPRESENTACIÓN GRAFICA DE LA FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE 938390c3bbede25909ecda589c5a2a53533cffda6d298f1f4e72a1bcace8ad96caa13404de1db881d938ddd707f19779
Ref. Factura N/A

Biospifar.
Nit 830.510.758-3

Calle 123 No. 7 - 07 Oficina 607 PBX:743 6499 FAX:743 6499 Ext109
E-mail: info@biospifar.com www.biospifar.com Bogotá D.C. - Colombia

-ORIGINAL-

Factura electrónica generada por OASISCOM S.A.S. NIT:830.003.840-5 | www.oasiscom.com - Software OASISCOM
https://catalogo-vpfe.dian.gov.co/document/searchqr?documentkey=938390c3bbede25909ecda589c5a2a53533cffda6d298f1f4e72a1bcace8ad96caa13404de1db881d938ddd707f19779

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:	**3**	**INFORME PARCIAL:**	**X**	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	**02-BS-183-2020**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	**23/12/2020**	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	BIOSPIFAR S.A.	**NIT O C.C**	**NIT. 830.510.758-3**	
Representante Legal:	GLORIA PATRICIA MELGAREJO CALLEJAS	**Identificación Representante Legal**	**C.C: X** **C.E:**	No. 39.755.337 De Bogotá D.C.
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA DAR ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	PLAZO DE EJECUCION	CUATRO (4) MESES Y/O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO CORRESPONDIENTE	

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

				Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 392.960.000,00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 98.240.000,00**	**Plazo**	**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA** 24/08/2020	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA** 23/12/2020
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	2657	12/08/2020	**Registro Inicial**	19644	24/08/2020					
Disponibilidades Números de Adiciones			**Registros Presupuestales de Adiciones**			**Adición 1:**		**Prórroga 1:**	24/12/2020	05/02/2021
						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:	**$ 98.240.000,00**	**Fecha Terminación actual:**		05/02/2021
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	**RUBRO DE MEDICAMENTOS**			**Código(S) Rubro(S)**	23201020101	**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**				
3	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA DAR ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	N/A	**Oportunidad de entrega**	**SI:** **N/A** **NO:**	**Cumplimiento de documentación tramitada o presentada**	**SI:**	**NO:**
			Respuesta de imprevistos y Emergencias	**SI:** **N/A** **NO:**	**Cumplimiento calidad de la prestación**	**SI:**	**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
2	FEM 27537	18/11/2020	NOVIEMBRE	$ 13.815.000,00	$ 18.420.000,00	$ 79.820.000,00	18,75%	
3	FEM 27739	15/12/2020	DICIEMBRE	$ 30.700.000,00	$ 49.120.000,00	$ 49.120.000,00	50,00%	
TOTAL				$ 49.120.000	$ 49.120.000	$ 49.120.000	50,00%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

EL PROVEEDOR CUMPLE CON EL OBJETO DEL CONTRATO, NO TIENE PENDIENTES DE ENTREGA Y ANEXA SOPORTE DE PAGO DE PARAFISCALES

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	CUARENTA Y NUEVE MILLONES CIENTO VEINTE MIL PESOS	$ 49.120.000,00
Saldo por ejecutar	CUARENTA Y NUEVE MILLONES CIENTO VEINTE MIL PESOS	$ 49.120.000,00
Valor total certificado (Acumulado)	CUARENTA Y NUEVE MILLONES CIENTO VEINTE MIL PESOS	$ 49.120.000,00

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA
FEM 27739	15/12/2020
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 30.700.000,00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	N/A

ANEXOS: COMPROBANTE DE ENTRADA DE ALMACEN, FACTURA ORIGINAL, Y SOPORTE PARAFISCAL

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	ALEXIS ORTUELA ANGULO
C.C. No.	79.214.264
CARGO/PERFIL	QUIMICO FARMACEUTICO - SUPERVISOR CONTRATO
AREA DE UBICACIÓN	SUBRED CENTRO ORIENTE
Correo Electronico:	supervisionmedicamentos.co@gmail.com
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	YULY MIREYA ROJAS HERNANDEZ
AREA DE UBICACIÓN	SUBRED CENTRO ORIENTE
Correo Electronico:	contratosmedicamentos@gmail.com

RAMON E. CAMARGO PEDRAZA
CONTADOR PUBLICO TITULADO

Bogotá, 15 de diciembre de 2020

CERTIFICADO DEL REVISOR FISCAL
DE BIOSPIFAR S.A.- Nit. 830.510.758-3

CCP – 064

Destino SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Trabajo: Certificación de liquidación y pago de aportes a seguridad social

* * *

En mi calidad de revisor fiscal de Biospifar S.A. y en cumplimento de lo exigido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y del artículo 9º. De la Ley 828 de 2003, certifico que:

1.- BIOSPIFAR S.A., ha liquidado y pagado correctamente la totalidad de los aportes de ley a los sistemas de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y aportes a la Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, correspondientes al mes de **Noviembre 2020.**

2.- Practiqué auditoria relacionada con la nómina y dichos aportes, de la cual obtuve resultados satisfactorios.

Cordialmente,

RAMÓN EDUARDO CAMARGO P.
Revisor Fiscal de Biospifar S.A.
CP 2652-T

Calle 65 No. 7 – 68 Teléfonos: 2175350 – 313 2828493 Bogotá D.C. - Colombia
E-mail: monchocped@gmail.com