COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000333139

0011 2021

Consecutivo :	000000000333139	Estado :	Confirmado
Fecha del Egreso :	26/10/2021 4:08:36 p. m.	Valor :	$10.627.659,00
Beneficiario	900306568 NEUROSPINE SAS		
Detalle :	Egreso Generado por la Dispersion 00000001619	*Numero Nota:*	00000001619
Valor en Letras	DIEZ MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.		

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco	BANCO DAVIVIENDA S.A.				
Numero :		Consignar :	10/26/2021	Impuesto X Mil :	$0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORRO S 482800019945 CONVENIO 018 DE 2021	900306568	111006152	$0,00	$10.627.659,00
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000001619	900306568	240101001	$10.627.659,00	$0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
NS1401	$10.627.659,00				

TESORERIA DIRECCIÓN FINANCIERA GERENCIA FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

07-42913.

Elaboró. :52267364 SANDRA MARINA MORENO JIMENEZ

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque

Usuario Id. :52441789

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

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

Fecha Actual: jueves, 17 junio 2021

Centro Asistencial

COMPROBANTE ENTRADA

NOMINIMINIMI49949X

PROVEEDOR:	NEUROSPINE SAS	NIT:	900306368	FECHA:	17/06/2021 03:33 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			ESTADO:	Confirmado
DIRECCION:	CL 126 N 7 - 26 OF 808 EDIF CALLE 126			MONEDA:	Pesos
TELEFONO:	[illegible]			TASA CAM:	0,00
N° FACTURA:	NS1401	% ICA:	11,0400	PLAZO:	0
				FECHA FAC:	[illegible]

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR U	SUBTOTAL	%IVA U	%ICA U
1210C001997	CANASTILLA CERVICAL CERVX DE 7MM X 15MM	UNIDAD	1,00	$ 2.340.000,00	$ 2.340.000,00	0,00	0,00
P0101C0011810	SOBRILLO CERVICAL DE JAULA BLOQUEADA 3.0 L14 TITANIO	UNIDAD	3,00	$ 2.760.000,00	$ 8.280.000,00	0,00	0,00

DETALLE

CONTRATO CS-SS-001-2021, UNIDAD SANTA CLARA. [illegible]

SUBTOTAL:	$ 10.620.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 121.716,00
RETE FUENTE:	$ 276.620,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE REM:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 10.027.663,00

TOTAL COMPROBANTE:

DIEZ MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró

Revisó Almacen

Revisado Financiero

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

15 JUL 2021

[illegible]

5D
H-8-21

Obl - 34552/21
daniela

NEURO SPINE S.A.S.

Factura Electrónica De Venta No **NS No. 1401**

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764009148322 que habilita desde NS 1251 hasta NS 3251. Vence 2021-12-22

Responsable del impuesto sobre las Ventas IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes

Actividad Económica ICA 4659 11.04 X 1000

NIT: 900.306.568-0

CLIENTE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO		
NIT	900959051 7		
DIRECCIÓN	DG 34 5 43		
TELÉFONO	3444484	**CIUDAD**	Bogota D.C.
PACIENTE	GUILLERMO SANCHEZ TROMPA		
INSTITUCION	HOSPITAL SANTA CLARA E.S.E		
VENDEDOR	JULY ANDREA RODRIGUEZ BLANCO		

FECHA FACTURA	**FECHA VENCIMIENTO**	**PLAZO**
08-jun-21	06-sep-21	90
ORDEN DE COMPRA O CONTRATO	**FECHA DE CIRUGIA**	
02-BS-0011-2021	27-05-2021	
DOC IDENTIFICACION	17.145.555	
MEDICO TRATANTE	MANUEL VERGARA	
FORMA DE PAGO	Credito	

items	Código	Descripción	Invima	Lote	F. Venci	Cant.	Valor Uni	IVA	Total
1	6790225	Caja Cervical Autobloqueada Coroent Small INTERLOCK 5x14x17 x7°		PT4876	31/12/2030	1	2.340.000	0%	2.340.000
2	6790227	Caja Cervical Autobloqueada Coroent Small INTERLOCK 7x14x17 x7°		PT4875	31/12/2030	1	2.340.000	0%	2.340.000
3	6790227	Caja Cervical Autobloqueada Coroent Small INTERLOCK 7x14x17 x7°		PT4226	31/12/2030	1	2.340.000	0%	2.340.000
4	6791712	Tornillo Cervical 4.0 x12 mm		BB0264	31/12/2030	7	445.000	0%	3.115.000
5	6791712	Tornillo Cervical 4.0 x12 mm		N271694	31/12/2030	2	445.000	0%	890.000

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E.
Subred Integrada de Servicios Centro
10 JUN 2021
Almacén General UPSS Sant
RECIBIDO

21 Jun. for 10-6-202

Total Items	**Total líneas o ítems: 5**	**SUBTOTAL**	**11.025.000**
		IVA	**0**
		TOTAL	**11.025.000**

Valor en Letras
ONCE MILLONES VEINTICINCO MIL PESOS M/CTE

Consignar o Transferir a Cta de Ahorros N° 009700103998 Banco DAVIVIENDA.
Enviar soportes a: contabilidad@neurospinesas.com y/o margarita.ramirez@neurospinesas.com

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica
Fecha y Hora de Generación: 08/06/2021 14:31:07

Correo Electrónico contabilidad@neurospinesas.com
CL 126 7 26 OF 606 Teléfono 7447293

CUFE: 094bb7811b67e8a699c647ccc7d86d8d77aa02d07ccce283cfcc31f3f48c376d022a502578ee654bb088db5142cb3304--Expedición:08/06/2021 04:36 PM

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	**VEINTICINCO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL DOSCIENTOS 00/100**	**$ 25.540.200**
Saldo por ejecutar	**VEINTINUEVE MILLONES CUATROCIENTOS DIECIOCHO MIL TRESCIENTOS OCHENTA 00/100**	**$ 29.418.380**
Valor total certificado (Acumulado)	**VEINTICINCO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL DOSCIENTOS 00/100**	**$ 25.540.200**

No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	**FECHA DE EMISION DE LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA**
1401	**11/05/2021**
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	**$ 11.025.000.00**
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	EDNA KAROLINA CUÉLLAR PÉREZ
C.C. No.	52433402
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 MADROÑERO FERNANDEZ
AREA DE UBICACIÓN	OFICINA DE CIRUGIA
CORREO ELECTRONICO	ufencirugia.hemodinamia@gmail.com

** 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.

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS

No.	No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO - Ver Fila 39 del Instructivo	FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO: DD/MM/AAAA	PERIODO FACTURADO	VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 43 en Instructivo	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
3	1317	11/05/2021	MAYO	$ 3.490.200.00	$ 14.515.200.00	$ 40.443.380.00	26.41%	
4	1401	08/06/2021	MAYO	$ 11.025.000.00	$ 25.540.200.00	$ 29.418.380.00	46.47%	
				$ 0.00	$ 25.540.200.00	$ 29.418.380.00	46.47%	
				$ 0.00	$ 25.540.200.00	$ 29.418.380.00	46.47%	
				$ 0.00	$ 25.540.200.00	$ 29.418.380.00	46.47%	
				$ 0.00	$ 25.540.200.00	$ 29.418.380.00	46.47%	
				$ 0.00	$ 25.540.200.00	$ 29.418.380.00	46.47%	
				$ 0.00	$ 25.540.200.00	$ 29.418.380.00	46.47%	
				$ 0.00	$ 25.540.200.00	$ 29.418.380.00	46.47%	
TOTAL				$ 25.540.200	$ 25.540.200	$ 29.418.380	46.47%	

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: 06
FECHA: 2021-04-08

CERTIFICACION No.	4	**INFORME PARCIAL:**	x	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	02-BS-0011-2021	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	10/06/2021	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	NEUROSPINE S.A.S.	**NIT O C.C**	**900.306.568-0**		
Representante Legal:	MARGARITA MARIA RAMIREZ GIRALDO	**Identificación Representante Legal**	**C.C:** **C.E:**	70 040.585 de Medellín	
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 ESE	**FORMA DE PAGO:**	90 dias		

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

				Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 219.834.320.00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 54.958.580.00**	**Plazo**	**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
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	7	04/01/2021	**Registro Inicial**	6556	19/01/2021					
Disponibilidades Números de Adiciones			**Registros Presupuestales de Adiciones**			**Adición 1:**	$ 0.00	**Prórroga 1:**	27/02/2021	31/03/2021
						Adición 2:	$ 0.00	**Prórroga 2:**	01/04/2021	31/07/2021
						Adición 3:	$ 0.00	**Prórroga 3:**		
						Adición 4:	$ 0.00	**Prórroga 4:**		
						Adición 5:	$ 0.00	**Prórroga 5:**		
						Modificacion 10	$ 0.00	**Prórroga 6:**		
						Adición 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:	$ 54.958.580.00	**Fecha Terminación actual:**		31/07/2021
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	**MATERIAL MÉDICOQUIRÚRGICOS**			**Código(S) Rubro(S)**	421501040101	**Validación Tope Máximo del Contrato**	**Adicionar**			
					421202010040201					

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME CERTIFICACION	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO**	**CENTRO DE COSTO**	**ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO**				
4	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA LA ATENCION DE LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	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:**

NEURO SPINE S.A.S

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE

NEUROSPINE SAS
Nit. 900.306.568-0

CERTIFICA:

En mi calidad de Revisor Fiscal de Neurospine SAS, Sociedad identificada con Nit. 900.306.568-0, me permito certificar que la sociedad se encuentra al día en el pago de sus obligaciones fiscales y parafiscales relativas a la afiliación de sus empleados a los sistemas de salud, pensiones, administradoras de riesgos profesionales, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF., Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA y Cajas de Compensación Familiar, durante el periodo de los seis meses anterior a la fecha de la presente certificación.

De conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002, en concordancia con la ley 828 del 10 de Julio de 2003.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá a los 9 días del mes de JUNIO de 2021.

Cordialmente.

CLEMENCIA GUERRERO GUEVARA
REVISOR FISCAL
T.P. 41836-T