COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000331699

30/10/2021

Consecutivo :	000000000331699	Estado :	Confirmado
Fecha del Egreso :	14/10/2021 6:46:56 a. m.	Valor :	$ 4.619.358,00
Beneficiario	830091676 MEDIREX SAS		
Detalle :	Egreso Generado por la Dispersion 00000001584	*Numero Nota:*	00000001584
Valor en Letras	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.		

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.

Numero : Consignar : 10/14/2021 Impuesto X Mil : $ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORRO N 482800019135 CONVENIO 013 DE 2021 CONVENIOS ESPECIAL DE COOPERACIÓN PARA EL FOMENTO DE ACTIVIDADES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS	830091676	111006141	$ 0,00	$ 4.619.358,00
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000001584	830091676	240101001	$ 4.619.358,00	$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
MDXE 73939	$ 4.619.358,00				

TESORERIA DIRECCIÓN FINANCIERA GERENCIA FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

08744307

Elaboró. :52267364 SANDRA MARINA MORENO JIMENEZ

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque Usuario Id. :52267364

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

COMPROBANTE ENTRADA

NO0000000004847

PROVEEDOR:	MEDIREX SAS	NIT:	830016076	FECHA:	13/05/2021 10:00 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			ESTADO:	Consumado
DIRECCION:	CL 80 A N 24 - 26 BRR. EL POLO			MONEDA:	Pesos
TELEFONO:	4833333			TASA CAM:	0,00
N° FACTURA:	MUXE 73939	% ICA:	11,0400	PLAZO:	30
				FECHA FAC:	11/05/2021 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
1210Q0035394	SISTEMA DE DERIVACION VENTRICULO PERITONEAL VALVULAR PROGRAMABLE PEDIATRICO	UNIDAD	1.00	$4.670.925,00	$4.670.925,00	0.00	0.00

DETALLE

CONTRATO 02-BS-0010-2021 (IT) SANTA CLARA , PACIENTE GERMAN JOSE MORENO BLANCO

SUBTOTAL:	$4.670.925,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$51.380,00
RETE FUENTE:	$0,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP MUNICIPAL:	$0,00
AJUSTE REA:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$4.619.306,00

TOTAL COMPROBANTE:

CUATRO MILLONES SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Recibe

Revisó Almacen

Revisado Importador

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

13 1 MAY 2021

28 6 21

Obl: 30916/21
daniela.

MEDIREX S.A.S NIT: 830.091.676-9

RÉGIMEN COMUN
ACTIVIDAD ECONÓMICA 4645-1 TARIFA 4.14 X MIL Resolución
DIAN No. 18763004728228 fecha 01-03-2020
Facturación Electrónica Prefijo MDXE 65941 - 80000 VIGENCIA
24 MESES
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE IVA
Resolución N°002701 del 13-04-2016.
SOMOS AGENTES AUTORRETENEDORES DE RENTA
Resolución N° 011921 del 03-12-2015.

ISO 13485 icontec · ISO 9001 icontec · IQNet

DM-CER145596 SC-CER145595

CLIENTE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT	900959051-7
DIRECCION	DG 34 5 43
TELEFONO	3444484
CIUDAD	BOGOTA

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N°
MDXE - 73939

FECHA FACTURA	FECHA DE VENCIMIENTO
11/05/2021	11/08/2021
FECHA EXPEDICION.	**HORA EXPEDICION**
11/05/2021	11:29:39a.m.

FORMA DE PAGO
90 DIAS

REFERENCIA	LOTE	FECHA VENCIMIENTO	DESCRIPCION	REG. INVIMA	CANT.	VR. UNITARIO	IVA	VR. TOTAL SIN IVA
823114			MICRO CHPV UNITIZED	INVIMA2011DM-0008410	1,00	4.670.925	0,00	4.670.925
Lote	3288495	31/10/2023	MICRO CHPV UNITIZED	Cant.: 1				

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

21 Jan. de 13.05.202

PACIENTE GERMAIR JOSE MORENO BLANCO **HISTORIA CLINICA** 1028673891 **FECHA DE GASTO** 21/04/2021

OBSERVACIONES CONTRATO DE SUMINISTRO 02-BS-0010-2021

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE

Condicion de Pago: Credito

SUBTOTAL	4.670.925
IVA	0
ICA	51.567,01
TOTAL	4.619.358
BASE IVA	0,00

MEDIREX S.A.S

Elaboro RINCON ORTIZ JONNATAN SMITH

Firma y/o sello

MEDIREX S.A.S
NIT. 830.091.676-9

Recibi la mercancia y la factura a satisfacción, la cual acepto y me comprometo a pagar.

Nombre Cedula

Firma y/o sello Fecha de Recibido

Codigo QR

CUFE: 245e2dbb07e4d89b11e9a6a7d1bf7d8c9c9d716ca1de81402c1e61860045a7c24363a85914c239f54b95e5b77c49d384

Facturacion electronica FEX - Modelo de facturacion Software Propio - NIT **830.091.676-9**

Firma Digital 1907019CC0B418D6

La presente factura de venta tiene carácter de titulo valor Art. 772, 773 y 774 del Código de Comercio y Ley 1231/2008, en caso de mora en el pago de esta factura se causarán intereses mensuales a la tasa maxima legal autorizada. Favor girar cheque a nombre de MEDIREX S.A.S o consignar a las siguientes cuentas corrientes: Bancolombia N° 154-128635-02, Banco de Bogotá N° 014-35637-2 o al número de convenio Bancolombia 32631

DOCUMENTO ORIGINAL

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.	2	**INFORME PARCIAL:**	x	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	02-BS-0010-2021	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	13/05/2021	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	MEDIREX S.A.S.	**NIT O C.C**	**830.091.676-9**		
Representante Legal:	PAOLA ANDREA GUTIERREZ CAMACHO	**Identificación Representante Legal**	**C.C:** **C.E:**	52.352.729 de Bogotá D.C	
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)**	**$ 90.328.932.00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 22.582.233.00**	**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**	6487	18/01/2021					
Disponibilidades Números de Adiciones			**Registros Presupuestales de Adiciones**			**Adición 1:**	$ 0.00	**Prórroga 1:**	25/02/2021	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:	**$ 22.582.233.00**	**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**				
2	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MATERIAL DF 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:**

** 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
1	73232	12/04/2021	ABRL	$ 4.670.925.00	$ 4.670.925.00	$ 17.911.308.00	20.68%	
2	73939	11/05/2021	ABRL	$ 4.670.925.00	$ 9.341.850.00	$ 13.240.383.00	41.37%	
				$ 0.00	$ 9.341.850.00	$ 13.240.383.00	41.37%	
				$ 0.00	$ 9.341.850.00	$ 13.240.383.00	41.37%	
				$ 0.00	$ 9.341.850.00	$ 13.240.383.00	41.37%	
				$ 0.00	$ 9.341.850.00	$ 13.240.383.00	41.37%	
				$ 0.00	$ 9.341.850.00	$ 13.240.383.00	41.37%	
				$ 0.00	$ 9.341.850.00	$ 13.240.383.00	41.37%	
				$ 0.00	$ 9.341.850.00	$ 13.240.383.00	41.37%	
				$ 0.00	$ 9.341.850.00	$ 13.240.383.00	41.37%	
				$ 0.00	$ 9.341.850.00	$ 13.240.383.00	41.37%	
TOTAL				$ 9.341.850	$ 9.341.850	$ 13.240.383	41.37%	

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	**NUEVE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA 00/100**	**$ 9.341.850**
Saldo por ejecutar	**TRECE MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES 00/100**	**$ 13.240.383**
Valor total certificado (Acumulado)	**NUEVE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA 00/100**	**$ 9.341.850**

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**
73939	**11/05/2021**
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	**$ 4.670.925.00**
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

KP-AUD-CR-059-21

Sandra Yamile Cháwez Vanegas
Obrando en mi Calidad de Revisor Fiscal Principal de
MEDIREX S.A.S
NIT: 830.091.676-9

CONSIDERANDO QUE:

1. Conforme con los artículos 2 y 10 de la Ley 43 de 1990 la materia - objeto de la función de certificación propia del Revisor Fiscal la constituye información que pueda ser extraída de los libros contables o del sistema contable del ente auditado, es decir de **MEDIREX S.A.S**

2. De conformidad con las previsiones legales y pronunciamientos jurisprudenciales existentes en la materia, la función de certificación es una actividad propia de la ciencia contable, que tiene carácter de prueba cuando versa sobre actos propios de la profesión de Contador Público, es decir cuando se expide con fundamento en los libros de contabilidad y en el sistema contable.

3. La Administración de la Compañía es responsable por la correcta preparación de los registros contables, los cuales se deben realizar con fundamento en las Normas de Contabilidad e Información Financiera Aceptadas en Colombia.

CERTIFICA QUE:

1. Para los efectos de esta certificación, he obtenido de la Gerencia las manifestaciones y la información que he considerado necesaria y he seguido los procedimientos aconsejados por las Normas de Aseguramiento de Información aceptadas en Colombia.

   De acuerdo con los libros auxiliares de contabilidad y demás soportes contables, la Sociedad **MEDIREX S.A.S.** ha efectuado el pago de los aportes de sus empleados para el periodo de abril 2021 al sistema de salud y para el periodo de marzo de 2021 a los sistemas de riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje dando cumplimiento al artículo 50 de la ley 789 de 2002.

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., a los tres (03) días de mayo de dos mil veintiuno (2021), por solicitud de la Administración de la Compañía con destino a quien pueda interesar.

Cordialmente,

Sandra Yamile Cháwez Vanegas
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional 86.429 -T

Key People Business Advisors
Calle 106 No. 53-39 Oficina 202 Bogotá D.C. Colombia www.smslatam.com
Edificio Cosmopolitan 106 Teléfono +57(1) 702 5475 info@keypeopleba.com www.keypeopleba.com