COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000428480

Consecutivo :	000000000428480	Estado :	Confirmado
Fecha del Egreso :	27/02/2023 7:35:08 a. m.	Valor :	$ 37.311.362
Beneficiario	900392426 HOSPIOFFICE DOTACIONES HOSPITALARIAS Y DE OFICINA SAS		
Detalle :	Egreso Generado por la Dispersion 00000002862	*Numero Nota:*	00000002862
Valor en Letras	TREINTA Y SIETE MILLONES TRESCIENTOS ONCE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.		

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.

Numero : Consignar : 02/27/2023 Impuesto X Mil : $ 0

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS N° 008400776665 CONVENIO 1018-2017- DIANA TURBAY	900392426	111006036	$ 0	$ 37.311.362
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000002862	900392426	240101001	$ 37.311.362	$ 0

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
3204	$ 37.311.362,00				

TESORERIA DIRECCION FINANCIERA GERENCIA FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró. :65757131 MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque

Usuario Id. :65757131

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

op. 10042.

Fecha Actual : lunes, 31 octubre 2022

INGRESO DE ACTIVOS

1618

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

Ingreso No : 236

Dirección : DG 34 N 5 - 43

Estado : Confirmado

Ciudad :

Fecha : 31/10/2022

Nit : 900959051

Teléfono : 3444480

Proveedor : HOSPIOFFICE DOTACIONES HOSPITALARIAS Y DE OFICINA SAS

Codigo : 900392426

Dirección : CR 53 N 103 B - 42 OF 408

Factura : 3204

Fecha Factura : 19/10/2022

Ciudad : BOGOTA

Teléfono : 3108582135

Responsable : 5194TURBOLID LILIAM YOLANDA MENESES SOSORIO

Egreso : 3204

Fecha Egreso : 19/10/2022

Orden de Compra :

Producto	Nombre	Serie	Placa	% Iva	Vr Unitario
166003810	DESFIBRILADOR		V004228	19,0000	33.152.100,00

Detalle :

CONTRATO DE COMPRAVENTA N° 02-BS-0037-2022 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y HOSPIFFICE S.AS; OBJETO DEL CONTRATO LA ADQUISICION DE EQUIPOS BIOMEDICOS, MOBILIARIO Y DEMAS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA DOTACION DEL CAPS DIANA TURBAY DE LA SUBRED

SubTotal :	33.152.100,00
Descuento :	0,00
Iva :	6.298.899,00
Rte Iva Debito :	0,00
Rte Iva Crédito :	944.835,00
Otras Retenciones :	0,00
Otras Deducciones :	0,00
RteIca :	365.999,00
Rte Fuente :	828.803,00
Fletes :	0,00
Impuesto al Consumo :	0,00
Tota :	37.311.362,00

Adriana M. Lugo L.
0 5 DIC 2022
CUENTAS POR PAGAR

Juan Carlos Cárdenas Sierra
Director Administrativo

V°B° Diana Contreras
Activos Fijos

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Vo Bo. Contabilidad:

ob: 10840/23

ob 66108/22
Valentina

SN
26-12-22

HOSPIOFFICE DOTACIONES HOSPITALARIAS Y DE OFICINA S.A .S.

NIT : 900,392,426 - 1
KR 53 103 B 42 OF 408
BOGOTA D.C. - COLOMBIA
7265488 3108582135
gerencia@hospioffice.com
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 4645 Tarifa 4,14

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
3204

Cliente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900,959,051 - 7	**Teléfono**	3444484
Dirección	DG 34 5 43	**Vendedor**	LEON RODRIGUEZ DAVID
Ciudad	BOGOTA D.C. - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	recepcionfacturabienes@subredcentrooriente.gov.co		

Fecha y Hora de Factura

Generación	2022-10-19	10:48:47
Expedición	2022-10-19	10:50:50
Vencimiento	2023-01-18	

Cantidad	Descripción	Marca	Referencia	V. Unit	Valor Total
1	DESFIBRILADOR CON CARRO DE PARO	MINDRAY	BENEHEART D3	33,152,100	33,152,100

Total Bruto	33,152,100.00
IVA 19%	6,298,899.00
Total a Pagar	**$ 39.450.999,00**

CONDICION DE PAGO

Credito Credito Crédito Ach 39.450.999,00 Cuota 90 Vence el 2023-01-18

VALOR EN LETRAS

Treinta Y Nueve Millones Cuatrocientos Cincuenta Mil Novecientos Noventa Y Nueve Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

REEMPLAZA FACTURA 3201
Contrato de compraventa No. 02-BS-0037-2022

Andres Parra 19/10/2022

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR

Firma Recibido

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y *materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor.* ***Resolución y/o Autorización de facturación No***18764022419232 **aprobado en** 2021-12-06 **vigente** 12 Meses, **prefijo desde el número** 3132 **al** 4000

CUFE:c9a6883a331992ab8e436f77eb25ebd688eb6dc64ea1455546c435c6c5ee12b64a88af12defb31b28a97e0e797929cfc

ORIGINAL

Elaborado, impreso y enviado electrónicamente por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

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:	1	**INFORME PARCIAL:**	X	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	02-BS-0037-2022	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	24/11/2022	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	HOSPIOFFICE S.A.S.	**NIT O C.C**	900.392.426-1	
Representante Legal:	DAVID LEONARDO LEÓN RODRÍGUEZ	**Identificación Representante Legal**	**C.C:** X **C.E:**	1.022.970.303
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR LA ADQUISICION DE EQUIPOS BIOMEDICOS, MOBILIARIO Y DEMAS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA DOTACION DE CAPS DIANA TURBAY DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		La Subred cancelará el 100% del valor del contrato, previo el recibo total de los bienes, instalados y puestos en funcionamiento, presentacion de la factura y certificacion o copia del pago de las obligaciones con el sistema general de seguridad social. El pago se efetuará dentro de los tres (03) meses siguientes al recibo a satisfacion por parte de la Subred.	

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

				Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 157.804.000,00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 39.451.000,00**	**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/2018**	**Adiciones/ Modificación**	**Valor Adiciones**	**Prórrogas**	**Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	1085	7/04/2022	**Registro Inicial**	31707	27/07/2022					
Disponibilidades Números de Adiciones	0		**Registros Presupuestales de Adiciones**	0		**Adición 1:**		**Prórroga 1:**		
	0			0		**Adición 2:**		**Prórroga 2:**		
	0			0		**Adición 3:**		**Prórroga 3:**		
	0			0		**Adición 4:**		**Prórroga 4:**		
	0			0		**Adición 5:**		**Prórroga 5:**		
	0			0		**Adición 6:**		**Prórroga 6:**		
	0			0		**Adición 7:**		**Prórroga 7:**		
	0			0		**Adición 8:**		**Prórroga 8:**		
	0			0		**Adición 9:**		**Prórroga 9:**		
	0			0		**Adición 10:**		**Prórroga 10:**		
						Valor Total:	**$ 39.451.000,00**	**Fecha Terminación actual:**		**15/12/2022**
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal				**Código(S) Rubro(S)**		**Validación Tope Máximo del Contrato**	**Adicionar**			

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 LA ADQUISICION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. MOBILIARIO Y DEMAS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA DOTACION DE CAPS DIANA TURBAY DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S.E	7ADM02	**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: 06
FECHA: 2021-04-08

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:	PERIODO FACTURADO	VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 43 en Instructivo	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	3204	19/10/2022		$ 39.450.999	$ 39.450.999	$ 1	100,00%	
TOTAL				$ 39.450.999	$ 39.450.999	$ 1	100,00%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

QUE EL PROVEEDOR REALIZO LA ENTREGA DEL EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO SEGUN ACTA DE ENTREGA DEL 26/09/2022 Y COMPROBANTE ENTRADA ACTIVOS FIJOS 236 31/10/2022, LOS CUALES SE ENCUENTRAN RECIBIDOS Y REVISADOS POR PARTE DEL INGENIERO DE APOYO BIOMEDICO DE SEDE Y ACTIVOS FIJOS; ASI MISMO AVALADO POR LA LIBER DE TECNOLOGIA BIOMEDICA QUIEN A SU VEZ ES EL APOYO TECNICO DEL CONTRATO. DE OTRA PARTE, PRESENTA CERTIFICACION DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL EXPEDIDA POR EL REVISOR FISCAL.

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	TREINTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS	$ 39.450.999,00
Saldo por ejecutar	UNO PESOS	$ 1,00
Valor total certificado (Acumulado)	TREINTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS	$ 39.450.999,00

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA
3204	19/10/2022
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 39.450.999,00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	QUE EL PROVEEDOR REALIZO LA ENTREGA DEL EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO SEGUN ACTA DE ENTREGA DEL 26/09/2022 Y COMPROBANTE ENTRADA ACTIVOS FIJOS 236 31/10/2022, LOS CUALES SE ENCUENTRAN RECIBIDOS Y REVISADOS POR PARTE DEL INGENIERO DE APOYO BIOMEDICO DE SEDE Y ACTIVOS FIJOS; ASI MISMO AVALADO POR LA LIBER DE TECNOLOGIA BIOMEDICA QUIEN A SU VEZ ES EL APOYO TECNICO DEL CONTRATO. DE OTRA PARTE, PRESENTA CERTIFICACION DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL EXPEDIDA POR EL REVISOR FISCAL.

ANEXOS: INGRESO A ACTIVOS FIJOS 236 31/10/2022, FACTURA, APORTES PARAFISCALES, COMPROBANTE ACTA DE ENTREGA, LISTA DE CHEQUEO

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO		
NOMBRE Y APELLIDOS	JUAN CARLOS CARDENAS SIERRA	NIDIA PATRICIA TORO HUERTAS
C.C. No.	1.023.915.903 de Bogotá	52.161.193 de Bogotá
CARGO/PERFIL	Director Administrativo	Prof. Universitario Código 219 - Grado 20
AREA DE UBICACIÓN	Dirección Administrativa	Dirección Administrativa
Correo Electronico:	directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co	profapoyoadmin@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	NIDIA PATRICIA TORO HUERTAS	
AREA DE UBICACIÓN	Dirección Administrativa	
Correo Electronico:	profapoyoadmin@subredcentrooriente.gov.co	

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

Yo **David Leonardo León Rodríguez**, en mi condición de Representante Legal y yo **Charly Fabián Amaya** en mi calidad de Revisor Fiscal, de Hospioffice Dotaciones hospitalarias y de oficina S.A.S identificada con NIT 900.392.426-1, certificamos que se encuentra al día, con los pagos por los conceptos de los aportes correspondientes a los sistemas de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, Cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, Ley 789/02 y Art.9 de la Ley 828/03.

Expedida en Bogotá D.C., a los diecinueve (19) días del mes de octubre de 2022.

David Leonardo León Rodríguez
CC. 1.022.970.303 DE BOGOTÁ
REPRESENTANTE LEGAL

Charly Fabián Amaya
Revisor Fiscal
TP 219026-T

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900392426-7	HOSPIOFFICE DOTACIONES HOPITALARIAS Y DE OFICINA S	CR 53 N 103B-42 OF 408	7265488	gerencia@hospioffice.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-10	2022-09	E	05/10/2022	62355572	$3.174.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	448.000	0		0		0	0	0	0	448.000	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	53.500	0		0		0	0	0	0	53.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23-01	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	213.900	0	0	0	0	0	0		213.900	1
23-01	Old Mutual	800253055-2	720.000	0	0	22.500	22.500	0	0		765.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.072.000	0	0	27.500	27.500	0	0		1.127.000	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	65.600				65.600	0	0	65.600			656	65.600	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	501.500	0	0	501.500	4

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	501.500	501.500
Pensión	3	2.105.900	2.105.900
Riesgos Laborales	1	65.600	65.600
CCF	1	501.500	501.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	3.174.500	3.174.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOTACIONES HOSPITALARIAS Y DE OFICINA

HOSPIOFFICE DOTACIONES HOSPITALARIAS Y DE OFICINA S.A.S

ACTA DE ENTREGA DE EQUIPOS

CONTRATANTE:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
No. CONTRATO	02-BS-0037-2022.
OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATAR LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, MOBILIARIO Y DEMÁS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA DOTACIÓN DE CAPS DIANA TURBAY DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Septiembre 26 de 2022, en las instalaciones de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E , se realiza entrega de los siguientes Equipos:

EQUIPO	CANTIDAD	MARCA	MODELO	SERIE	OBSERVACIONES
DESFIBRILADOR CON CARRO DE PARO	1	MINDRAY	BENEHEART D3	EZ-23083720	(1) CARRO DE PARO (1) TERMOHIGROMETRO CALIBRADO (4) INFUSOR A PRESION CON BRAZALETE (1) LARINGOSCOPIO CON HOJAS ADULTO PEDIÁTRICO. 1, 2 (MACINTOSH Y MILLER). ADULTOS. 3,4 (MACINTOSH Y MILLER). ESTUCHE COMPACTO, BOMBILLO DE REPUESTO. (1) LARINGOSCOPIO PEDIATRICO CON HOJAS PEDIATRICA . 1,2 (MACINTOSH) NEONATAL - 0 1, 2 (MILLER). ESTUCHE COMPACTO. BOMBILLO DE REPUESTO

El representante de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, hace constar que recibe los equipos relacionados a entera satisfacción.

Como constancia se firma la presente Acta , el 26 Septiembre de 2022.

Firma _____

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

Nombre Luzet yohana Vargas Bayera

Cédula de ciudadanía 1015471679

Cargo Ing- Biomédica

Celular 317 43 82 633

Firma _____

RESPONSABLE HOSPIOFFICE DOTACIONES HOSPITALARIAS Y DE OFICINA SAS

Nombre HENRY SABIO

Cédula de ciudadanía 79.894.833

Cargo ASISTENTE COMERCIAL

Celular 3108582135

Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y ABASTECIMIENTOS
FORMATO LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EPECÍFICAS CONTRACTUALES

CÓDIGO: AP-RF-FT-131
VERSIÓN: 01

PROVEEDOR:	HOSPIOFFICE DOTACIONES HOSPITALARIAS Y DE OFICINA S.A.S.	**CONTRATO No.**	02-BS-0037-2022	**OBJETO DEL CONTRATO:**	CONTRATAR LA ADQUISICIÓN DE [illegible] PARA LA DOTACIÓN DE CONSULTORIOS Y PROVISIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE [illegible]
PROGRAMA:	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	**SUPERVISORES:**	NIDIA PATRICIA TORO HUERTAS JUAN CARLOS CARDENAS SIERRA	**FECHA INICIO CONTRATO:**	16/08/2022
FACTURA No.	3704	**APOYO TÉCNICO:**	ISABEL CRISTINA ARISMENDI ESPINOSA	**FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN:**	09/11/2022

CRITERIO	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	CUMPLE		OBSERVACIONES Y/O COMPROMISOS
		SI	NO	
1	Entregar LOS BIENES objeto de esta contratación, en el CAPS DIANA TURBAY de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E cumpliendo cada una de las caracteristicas técnicas establecidas en el Anexo técnico	X		Actas de entrega reposan en la oficina de supervision del contrato, de acuerdo a las caracteristicas establecidas en el contrato
2	Garantizar que LOS BIENES entregados se encuentren libres de todo vicio o gravamen y que son nuevos	X		Se anexa carta de garantia de equipo nuevo
3	Realizar todos los tramites de importación y nacionalización de los BIENES en caso de requerirse, asumiendo todos los costos que estos generen.	X		Se anexa declaración de importancion
4	Realizar la entrega de LOS BIENES de acuerdo con las Cantidades solicitadas por el Supervisor de contrato, en los lugares de entrega que este establezca en presencia del delegado o los delegados por la Gerencia de la Subred y el personal de la Unidad que se designe para ello, dentro del plazo contemplado.	X		Actas de entrega reposan en la oficina de supervision del contrato, de acuerdo a las caracteristicas establecidas en el contrato
5	Reemplazar a sus expensas y a entera satisfacción del Supervisor del contrato designado por la SUBRED y sin costo alguno, el bien que resulte de mala calidad, con defectos de fabricación o que no correspondan a lo especificado en las fichas técnicas, dentro de los siguientes ocho (08) días hábiles a la notificación, sin que se afecte en ningún momento la continuidad del servicio.	X		No se presenta situación relacionada a la obligación pactada
6	Capacitar y o entrenar al personal al que hubiere lugar en los casos que el BIEN lo requiera, además brindará las actualizaciones del ámbito científico a las que hubiere lugar de acuerdo con las necesidades y requerimiento de LA SUBRED sin que ello genere un costo adicional	X		Se anexa carta de compromiso de capacitacion
7	Presentar, para la recepcion técnica de LOS BIENES, con la factura y/o anexo documento con la descripción del producto, su registro sanitario INVIMA y demás documentación mencionada en el anexo técnico	X		Documentación reposa en las hojas de vida de los equipos ubicados en la unidad Diana Turbay
8	Garantizar por escrito que los BIENES ofertados no tienen vigente ningún tipo de alerta sanitaria o suceso de seguridad en las entidades sanitarias nacionales e internacionales.	X		Se anexa carta de garantia de equipo libre de alertas sanitarias o relacionados
9	Garantizar el cumplimiento del Plan de Manejo Integral de Residuos Peligrosos, el cual permita evidenciar el cumplimiento de lo establecido la normatividad vigente del Ministerio de Proteccion Social, sobre manejo de residuos hospitalarios, por lo cual LA SUBRED podra solicitar y verificar en caso de ser necesario certificados manifiestos y cualquier otro documento de ser necesario, que permita evidenciar el cumplimiento ambiental de acuerdo a la normatividad vigente	X		Se cumple con la obligación
10	Mantener vigente el CERTIFICADO DE CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS expedido por el INVIMA para los establecimientos importadores que almacenen y/o acondicionen dispositivos médicos para uso humano	X		Documentación reposa en las hojas de vida de los equipos ubicados en la unidad Diana Turbay
11	Responder en un plazo máximo de cinco (05) horas siguientes a la recepcion de la solicitud realizada por el supervisor, en caso de presentarse algun imprevisto	X		No se presenta situación relacionada a la obligacion pactada
12	El contratista debera realizar la entrega de los bienes de origen nacional dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la solicitud que realice el Supervisor del contrato. Para el caso de los bienes que llegasen a requerir de tramite de importacion, situación que debera ser debidamente acreditada por el contratista, deberan ser entregados dentro de un plazo máximo de noventa (90) días calendario siguientes a la solicitud que realice el Supervisor del contrato	X		Documentación reposa en las hojas de vida de los equipos ubicados en la unidad Diana Turbay

Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y ABASTECIMIENTOS
FORMATO LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EPECÍFICAS CONTRACTUALES

CÓDIGO: AP RS-FT-131
VERSIÓN: 01

PROVEEDOR:	HOSPIOFFICE DOTACIONES HOSPITALARIAS Y DE OFICINA SAS	**CONTRATO No.**	02-BS-0037-2022	**OBJETO DEL CONTRATO:**	
PROCESO:	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	**SUPERVISORES:**	NIDIA PATRICIA TORO HUERTAS JUAN CARLOS CARDENAS SIERRA	**FECHA INICIO CONTRATO:**	16/08/2022
FACTURA No.	3204	**APOYO TÉCNICO:**	ISABEL CRISTINA ARISMENDI ESPINOSA	**FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN:**	09/11/2022

13	En cumplimiento expreso de las disposiciones contenidas en el Decreto Distrital 332 de 2020, el contratista. Se obliga a que el 50% del personal vinculado para el presente contrato sean mujeres, preferiblemente mujeres victimas del conflicto armado, con discapacidades, o madres cabeza de familia. Este porcentaje debe mantenerse en la ejecución del contrato, garantizando que la vinculación se realizara con plena observancia de las normas laborales o contractuales aplicables	X		Se cumplen los decretos y disposiciones relacionados a la ejecución del presente contrato
14	Garantizar el registro de las mujeres que potencialmente serán contratadas en cumplimiento del Decreto Distrital 332 de 2020, en la plataforma de información que disponga la Agencia Publica de Empleo del Distrito "Bogotá Trabaja", con el fin de identificar barreras de empleo de las beneficiarias, y realizar su respectivo perfilamiento laboral	X		Se cumplen los decretos y disposiciones relacionados a la ejecución del presente contrato
15	Prevenir el abuso y el acoso sexual, denunciar las demás violencias basadas en genero en el marco da ejecución del contrato y hacer un uso no sexista del lenguaje escrito, visual y audiovisual, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo Distrital 381 de 2009 y el Decreto 332 de 2020. 16. Las demas asignadas inherentes al objeto y cumplimiento contractual.	X		Se cumplen los decretos y disposiciones relacionados a la ejecución del presente contrato

ELABORADO POR	
NOMBRE:	Elizabeth Valencia
C.C.	1030562395
CARGO:	Apoyo Administrativo
FIRMA:	
SUBPROCESO:	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA

VERIFICADO POR	
NOMBRE:	Isabel Cristina Arismendi Espinosa
C.C.	52492473
CARGO:	Líder Gestión de la Tecnología Biomédica
FIRMA:	
SUBPROCESO:	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA

RECIBIDO POR SUPERVISOR 1	
NOMBRE:	Nidia Toro Huertas
C.C.	52161193
CARGO:	Supervisor Profesional Universitario
FIRMA:	
FECHA Y HORA:	

RECIBIDO POR SUPERVISOR 2	
NOMBRE:	Juan Carlos Cardenas Sierra
C.C.	[illegible]
CARGO:	Supervisor Director Administrativo
FIRMA:	
FECHA Y HORA:	

Banco de Bogotá

NIT 860.002.964-4

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTA, a solicitud del interesado informa que **HOSPIOFFICE DOTACIONES HOSPITALARIAS Y DE OFICINA** identificada con Nit No 900.392.426-1, se encuentra vinculado al Banco de Bogota, en la Of. Pyme Pepe Sierra, a través de los siguientes productos financieros:

- Cuenta Corriente No. 081-53362-2 Fecha de apertura 10/05/2014

Concepto: CUENTA VIGENTE Y ACTIVA

Dirigida a: A QUIN INTERESE

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C el día 30 de Septiembre de 2022

Firma Autorizada
Gerente PYME 1594

Banco de Bogotá
GERENCIA PYME

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

DAVIVIENDA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE NTE ESE
Proceso de Pago

Encabezado Proceso de Pago

Nombre Proceso de Pago	GIRO A HOSPIOFFICE DOTACIONES DISPERSION 2862	**Estado Proceso**	Pendiente de Actualizar
Nº Proceso de Pago	44854545		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550008400776665		
Fecha de Creacion	27/02/2023	**Fecha de Pago**	27/02/2023 12:52
Total de Registros	1	**Monto Total**	$ 37.311.362,00
Registros Ingresados	1	**Monto Ingresado**	$ 37.311.362,00

Detalle de Pagos

Nit Destino	Referencia	Tipo Producto o Servicio Destino	Producto o Servicio Destino	Entidad Destino	Valor	Estado	Motivo Rechazo
9003924261	0000000000000000	Corriente	81533622	BOGOTA	$ 37.311.362,00	Validado	