COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000434243

Consecutivo :	000000000434243	Estado :	Confirmado
Fecha del Egreso :	29/03/2023 10:57:20 a. m.	Valor :	$ 1.033.078
Beneficiario	901065278 HEALTHCORP SAS		
Detalle :	Egreso Generado por la Dispersion 00000002929	*Numero Nota:*	00000002929
Valor en Letras	UN MILLON TREINTA Y TRES MIL SETENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.		

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.

Numero : Consignar : 03/29/2023 Impuesto X Mil : $ 0

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS N° 008400776665 CONVENIO 1018-2017- DIANA TURBAY	901065278	111006036	$ 0	$ 1.033.078
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000002929	901065278	240101001	$ 1.033.078	$ 0

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
HFVE121	$ 1.033.078,00				

TESORERIA	DIRECCIÓN 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]

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

Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000065701

PROVEEDOR:	HEALTHCORP SAS	NIT: 901065278	FECHA:	28/11/2022 12:22 p m	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C)		ESTADO:	Confirmado	
DIRECCION:	CR.55H 163 - 35		MONEDA:	Pesos	
TELEFONO:			TASA CAM:		0,00
Nº FACTURA:	HFVE121	% ICA: 11,0400 PLAZO: 0	FECHA FAC:	28/11/2022 12:00 a m	

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
101GD015020	BASTON GUIA	UNIDAD	1,00	$ 155.419,23	$ 155.419,23	0,00	19,00
181EA014961	MANGO METALICO FULLER 1.20 REF. 811	UNIDAD	4,00	$ 15.681,20	$ 62.724,80	0,00	19,00
101GD014936	PINZA DISECCION C/GARRA REF 557	UNIDAD	4,00	$ 37.507,92	$ 150.031,68	0,00	19,00
124OD013273	TIJERAS DE PUNTO	UNIDAD	4,00	$ 33.260,13	$ 133.040,52	0,00	19,00
124OD013269	PINZA KELLY	UNIDAD	8,00	$ 19.976,03	$ 159.808,24	0,00	19,00
101GD014938	PINZA DISECCION S/GARRA REF BD239	UNIDAD	4,00	$ 31.462,27	$ 125.849,08	0,00	19,00
124OD013314	PORTA AGUJAS RECTO	UNIDAD	4,00	$ 32.760,71	$ 131.042,84	0,00	19,00

DETALLE

CONTRATO 02-BS-0043-2022 UNIDAD VICTORIA, DIGITA LUDY TORRES

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON TREINTA Y TRES MIL SETENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

SUBTOTAL:	$ 917.917,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 174.404,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 26.161,00
RETE ICA:	$ 10.134,00
RETE FUENTE:	$ 22.948,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI.	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	-$ 1,00
TOTAL COMPR:	$ 1.033.078,00

Elaboró.

Revisó Almacen

Revisado Impuestos.

Juan Carlos Peralta
01/12/2022

Adriana M. Lugo L.
22 DIC 2022
VENTANILLA PARA FACAR

OM
28-3-23.

Obl: 9981/23 Jamila

Obl. 71060/22 Jamila

HEALTHCORP SAS
NIT 901.065.278-8
Calle 161 No 54 - 87 Bq 5 Int 103
Tel: (+057) 3123285668
Bogotá - Colombia
administrativo@healthcorp.com.co
www.healthcorp.com.co

Factura electrónica de venta
No. HFVE-121

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE		
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(031) 3102040836
Dirección	Diaganol 34 # 5 - 46 (San Andresito 38)	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura

Generación	28/11/2022, 10:17
Expedición	28/11/2022, 15:02
Vencimiento	03/01/2023

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Valor Impto.Cargo	Vr. Total
1	Bastón Terapéutico	1.00	155,419.33	19 %	29,529.67	184,949.00
2	Mango Bisturí No. 4	4.00	15,681.20	19 %	11,917.71	74,642.51
3	Pinza de Disección con Garra	4.00	37,507.92	19 %	28,506.02	178,537.70
4	Tijera Mayo Recta para Material	4.00	33,260.13	19 %	25,277.70	158,318.22
5	Pinza Kelly Curva 14 cm	8.00	19,976.03	19 %	30,363.57	190,171.81
6	Porta Agujas	4.00	32,760.71	19 %	24,898.14	155,940.98
7	Pinza de Disección Sin Garra	4.00	31,462.27	19 %	23,911.33	149,760.41



Total items: 7

Total Bruto		917,916.49
IVA 19%		174,404.14
Total a Pagar		**1,092,320.63**

Valor en Letras:
Un millón noventa y dos mil trescientos veinte pesos m/cte con sesenta y tres cent.

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2023-01-03 por $ 1,092,320.63

Observaciones:
Contrato 02-BS-0043-2022
Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 008770151150 BANCO DAVIVIENDA

Elaborado por software Siigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Siigo. Siigo S.A.S Nit. 830.048.145-8

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. **Número Autorización 18764036409704 aprobado en 20220919 prefijo HFVE desde el número 108 al 1000 Vigencia: 12 Meses**

Responsable de IVA - Actividad Económica 4773 Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos y artículos de tocador en establecimientos especializados Tarifa 11.04

CUFE 19619bad61c76e1c3703c3769f79871 0c102db592bfdc507afc0aedd3c869ecbd85c8df2e6cf4b103b43f99f5c58a6d0

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-0043-2022	**FECHA DEL INFORME - DD/MM/AAAA**	15/12/2022	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	HEALTHCORP S.A.S.	**NIT O C.C**	901.065.278-8	
Representante Legal:	CARLOS ALFREDO ADOLFO GARCIA NEIRA	**Identificación Representante Legal**	**C.C:** X **C.E:**	80.418.923
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)**	$ 105.097.784,00	**Valor Inicial contrato:**	$ 26.274.446,00	**Plazo**		**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
									22/08/2022	21/12/2022
Consecutivo CDP		**Fecha CDP DD/MM/AAAA**	**Registros Presupuestales**	**Consecutivo CRP**	**Fecha CRP DD/MM/2018**	**Adiciones/ Modificación**	**Valor Adiciones**	**Prórrogas**	**Fecha Inicial Prorroga DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	1085	7/04/2022	**Registro Inicial**	31716	28/07/2022					
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:	$ 26.274.446,00	**Fecha Terminación actual:**		21/12/2022
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	HFVE-110	6/10/2022		$ 25.182.125	$ 25.182.125	$ 1.092.321	95,84%	
2	HFVE-121	28/11/2022		$ 1.092.321	$ 26.274.446	$ -	100,00%	
TOTAL				$ 26.274.446	$ 26.274.446	$ -	100,00%	

4. COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO :

CERTIFICO

QUE EL PROVEEDOR REALIZO LA ENTREGA DE LOS EQUIPOS OBJETO DEL CONTRATO SEGUN ACTA DE ENTREGA DEL 14/09/2022 Y 28/09/2022 COMPROBANTE ENTRADA ALMACEN 65701 29/11/2022, 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	VEINTISEIS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS	$ 26.274.446,00
Saldo por ejecutar	PESOS	$ -
Valor total certificado (Acumulado)	VEINTISEIS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS	$ 26.274.446,00

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA
HFVE-121	28/11/2022
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 1.092.321,00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	QUE EL PROVEEDOR REALIZO LA ENTREGA DE LOS EQUIPOS OBJETO DEL CONTRATO SEGUN ACTA DE ENTREGA DEL 14/09/2022 Y 28/09/2022 COMPROBANTE ENTRADA ALMACEN 65701 29/11/2022, 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: ENTRADA ALMACEN 65701 29/11/2022, 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	

HEALTHCORP
NIT. 901065278-8

Bogotá, Noviembre de 2022

CERTIFICADO DE APORTES

CARLOS ALFREDO GARCIA NEIRA, en calidad de REPRESENTANTE LEGAL, certifica que de acuerdo con la auditoria efectuada y la verificación al pago efectuado por esta Compañía por concepto de aportes de sus empleados al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y con el pago de los aportes parafiscales de todos sus empleados a las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y Servicio Nacional de Aprendizaje –SENA, certifico que HEALTHCORP SAS ha cumplido con los pagos, durante los seis (6) meses anteriores a la fecha.

Cordialmente;

CARLOS ALFREDO GARCIA NEIRA
80418923
Representante legal
HEALTHCORP SAS
NIT 901065278-8
Celular: 315-3653289

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	901065278-8	HEALTHCORP SAS	CALLE 161 54-87 To 5 Apt 103	3107861835	gerencia@healthcorp.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				5	0
					TOTAL A PAGAR	
2022-11	2022-10	E	23/11/2022	63066079	$1.384.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	100.000	0		0		0	2	300	0	100.300	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	40.000	0		0		0	2	100	0	40.100	1
MIN002	MIN002 Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	60.000	0		0		0	2	200	0	60.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	520.000	0	0	0	0	2	1.100	0	521.100	3
231001	Colfondos	800227940-6	160.000	0	0	0	0	2	400	0	160.400	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	240.000	0	0	0	0	2	500	0	240.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días 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	31.700				31.700	2	100	31.800			317	31.800	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	230.000	2	500	230.500	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días 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	3	200.000	200.600
Pensión	3	920.000	922.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	1	230.000	230.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.381.700	1.384.900

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

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	901065278-8	HEALTHCORP SAS	CALLE 161 54-87 Tc 5 Apt 103	3107861835	gerencia@healthcorp.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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: 5 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2022-11	2022-10	E	23/11/2022	63066079	$1.384.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	INGRESO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000612230	GARCIA HOYOS CAMILA	1	0			S																23030I	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS001	1.000.000	40.000	14-23	1.000.000	1	5.300	CCF22	1.000.000	40.000	0	0	0	0	0
2	CC	52275751	CASTAÑEDA ALFONSO ROSMERY	1	0			S																230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS001	1.500.000	60.000	14-23	1.500.000	1	7.900	CCF22	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
3	CC	52425841	CASTAÑEDA CUBIDES YIDMA ZURLEY	1	0			S																231001	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS005	1.000.000	40.000	14-23	1.000.000	1	5.300	CCF22	1.000.000	40.000	0	0	0	0	0
4	CC	80418923	GARCIA NEIRA CARLOS ALFREDO ADOLFO	1	0			S																25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	MIN002	1.500.000	60.000	14-23	1.500.000	1	7.900	CCF22	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
5	CC	80829451	PULIDO CARRILLO RAFAEL DE JESÚS	51	0			N																230301	750.000	120.000	0	0	0	0				14-23	1.000.000	1	5.300	CCF22	750.000	30.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, Octubre de 2022

CERTIFICADO DE APORTES

CARLOS ALFREDO GARCIA NEIRA, en calidad de REPRESENTANTE LEGAL, certifica que de acuerdo con la auditoria efectuada y la verificación al pago efectuado por esta Compañía por concepto de aportes de sus empleados al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y con el pago de los aportes parafiscales de todos sus empleados a las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y Servicio Nacional de Aprendizaje –SENA, certifico que HEALTHCORP SAS ha cumplido con los pagos, durante los seis (6) meses anteriores a la fecha, el ultimo pago de aportes a Salud corresponde al mes de septiembre y Pensión al mes de agosto 2022.

Cordialmente;

CARLOS ALFREDO GARCIA NEIRA
80418923
Representante legal
HEALTHCORP SAS
NIT 901065278-8
Celular: 315-3653289

HEALTHCORP
NIT 901065278-8

Bogotá, Septiembre 14 de 2022

ACTA DE ENTREGA

REF: Contrato 02-BS-0043-2022

Relaciono los bienes entregados del contrato del asunto y la documentación técnica requerida a plena satisfacción.

Lote	Cantidad	Descripción
1	1	Bastón Terapéutico
2	4	Tabla de Emergencia
3	32	Camillas Fijas de Examen
4	3	Camillas Ginecológicas
5	4	Equipo de Sutura
6	29	Fonendoscopio adulto pediátrico
7	2	Pulsioximetro

Observación: Equipo de Sutura

Cordialmente,

Carlos Alfredo del Pueblo C.
CC. 80.829451
Cel. 3114934423

CARLOS ALFREDO GARCIA NEIRA
Director General
Representante Legal
HEALTHCORP SAS
NIT 901065278-8
Celular 3107861835

RECIBE
Nombre: Juliana Alvarez
Cargo: Aduxiliar Apoyo Adm.
Cedula: 1010043204
Telefono: 3104705237

Andres Parra.
Lider Ing Biomedico
1026574523
3043599057

HEALTHCORP
NIT. 901065278-8

Bogotá, Septiembre 28 de 2022

ACTA DE ENTREGA

REF: Contrato 02-BS-0043-2022

Relaciono los bienes entregados del contrato del asunto que estaban pendientes.

Lote	Cantidad	Descripción
1	4	Mango Bisturí No. 4
2	4	Pinza de Disección con Garra
3	4	Tijera Mayo Recta para Material
4	8	Pinza Kelly Curva 14 cm
5	4	Porta Agujas s GMD
6	4	Pinza de Disección Sin G arra

Cordialmente,

CARLOS ALFREDO GARCIA NEIRA
Director General
Representante Legal
HEALTHCORP SAS
NIT 901065278-8
Celular 3107861835

RECIBE
Nombre: Andrea Parra
Cargo: Ins. Biomedico
Cedula: 1026574523
Telefono: 3043597057

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
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:	HEALTHCORP SAS	**CONTRATO No.**	02-BS-0043-2022	**OBJETO DEL CONTRATO:**	CONTRATAR LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, MOBILIARIO Y DEMÁS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA DOTACIÓN DE LOS CAPS DIANA TURBAY DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
PROCESO:	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	**SUPERVISORES:**	NIDIA PATRICIA TORO HUERTAS JUAN CARLOS CARDENAS SIERRA	**FECHA INICIO CONTRATO:**	22/08/2022
FACTURA No.	HFVE-121	**APOYO TÉCNICO:**	ISABEL CRISTINA ARISMENDI ESPINOSA	**FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN:**	05/12/2022

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 características 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 trámites de importación y nacionalización de los BIENES en caso de requerirse, asumiendo todos los costos que estos generen.	X		En los casos requeridos, se anexa declaración de importanción
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 capacitación.
7	Presentar, para la recepción 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 Protección Social, sobre manejo de residuos hospitalarios, por lo cual LA SUBRED podrá 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 recepción de la solicitud realizada por el supervisor, en caso de presentarse algún imprevisto.	X		No se presenta situación relacionada a la obligación pactada.
12	El contratista deberá 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 trámite de importación, situación que deberá ser debidamente acreditada por el contratista, deberán 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.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
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:	HEALTHCORP SAS	CONTRATO No:	02-BS-0043-2022	OBJETO DEL CONTRATO:	CONTRATAR LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, MOBILIARIO Y DEMÁS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA DOTACIÓN DE CAPS DIANA TURBAY Y DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
PROCESO:	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	SUPERVISORES:	NIDIA PATRICIA TORO HUERTAS JUAN CARLOS CARDENAS SIERRA	FECHA INICIO CONTRATO:	22/08/2022
FACTURA No.	HFVE-121	APOYO TÉCNICO:	ISABEL CRISTINA ARISMENDI ESPINOSA	FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN:	05/12/2022

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 realizará con plena observancia de las normas laborales o contractuales aplicables.	X		Se cumplen los decretos y disposiciones relacionados a la ejecucion 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 Pública 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 género 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 demás 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:	Lider Gestión de la Tecnologia 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 Cárdenas Sierra
C.C.	52161193
CARGO:	Supervisor Director Administrativo
FIRMA:	
FECHA Y HORA:	