E.S.E BelloSalud
Calidez y humanización a tu servicio

ESE BELLO SALUD
800174995



# COMPROBANTE DE EGRESO
# Número : 000000000068321

**Consecutivo :** 000000000068321 **Estado :** Confirmado
**Fecha del Egreso :** 26/04/2023 09:31:02 a. m. **Valor :** $ 6,347,785.00
**Beneficiario** **901306040** **BIOXIGEN S.A.S**
**Detalle :** pogo 1-2-3 del contrato 02-2023 y pago 13-14 del contrato 007-2022 68311
**Valor en Letras** SEIS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

## DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

**Banco:** BANCO BOGOTA
**Nro del cheque:** **Fecha:**04/26/2023 **Impuesto X Mil :**$ 0.00

## DETALLE DEL MOVIMIENTO

| CONCEPTO | NIT TERCERO | CUENTA | DEBITO | CREDITO |
|---|---|---|---|---|
| BANCO DE BOGOTA CORRIENTE | 901306040 | 11100515 | $ 0.00 | $ 6,347,785.00 |
| PAGO PROVEEDORES | 901306040 | 24010101 | $ 6,347,785.00 | $ 0.00 |

## FACTURAS AFECTADAS

| Factura | Valor | Factura | Valor | Factura | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| BX8501 | $ 1,173,473.00 | BX8576 | $ 1,173,473.00 | BX8987 | $ 1,333,613.00 |
| BX9235 | $ 1,333,613.00 | BX9535 | $ 1,333,613.00 | | |

| PREPARADO | REVISADO | APROBADO | CONTABILIZADO |
|---|---|---|---|

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque

Elaboró. :39359758 Yurany Mira Saldarriaga Usuario Id. :39359758

LICENCIADO A: [ESE BELLO SALUD] NIT [800174995-1]

**BIOTECNICA SAS**
NIT. 811033344-2
Teléfono : 3017509
CALLE 42A 63C 57 MEDELLIN
No somos Autorretenedores IVA
Somos responsables del IVA

BT BIOTECNICA

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA BM1130

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SEÑOR(ES):** E.S.E. BELLO SALUD | | | **NIT:** 800174995-1 | **FECHA DE FACTURA** DIA 25 | MES 04 | AÑO 2023 | **FECHA DE VENCIMIENTO** DIA 25 | MES 04 | AÑO 2023 |
| **DIRECCION:** CRA 42 # 20E - 91 | | | **TEL.:** 4547860 | **HORA:** 9:32:54 | | | | | |
| **CIUDAD:** BELLO | | | **CEL.:** | **F. VALIDACION:** 2023-04-25T10:33:26.7984054Z | | | | | |
| **ORDEN DE C:** | **REMISIÓN:** | | **D. REF.:** | CONDICIONES DE PAGO: **CONTADO** 0 días | | | | | |
| **TRANSPORTADOR:** | | | **PEDIDO:** | **VENDEDOR:** VENDEDOR EMPRESA | | | | | |

**CUFE:** 6f478daef15cb7a3cd2f6f7f5cd177ccfc92497cbe5b0de40b07394091ff8d79f9567898ec8e1a830bb1edffd9497b5e

| | REF | DESCRIPCION | CANTIDAD | VR. UNITARIO | IVA | INC % | DCTO % | VR. TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | OXIGENO | OXIGENO VIA CONCENTRADOR | 1.00 | 63,405,328.00 | | | | 63,405,328.00 |

**Medios de Pago:** TRANSFERENCIA BANCARIA [X] EFECTIVO [ ] TARJETA DÉBITO [ ] TARJETA CRÉDITO [ ] CHEQUE [ ] BONOS [ ] OTROS [ ]

**SON** SESENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESO COLOMBIANO CON CERO CENTAVOS**********

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| **VALOR BRUTO** | 63,405,328.00 |
| **DESCUENTO** | |
| **SUBTOTAL** | 63,405,328.00 |
| **IMP. CONSUMO** | |
| **RETENCIÓN** | |
| **IVA** | |
| **RET.IVA** | |
| **TOTAL A PAGAR** | 63,405,328.00 |

RESOLUCION DIAN Nro. 18764043307987 FECHA 25/01/2023 FECHA FINAL 25/01/2024 AUTORIZA RANGO BM1001 AL BM2000

Esta factura de venta es un título valor en virtud de la ley 1231 de julio 2008, los intereses moratorios que se causen serán cobrados mensualmente acorde con las variaciones que sufran las tasas de interes certificadas por la superintendencia financiera de conformidad con el artículo 111 de la ley 510 de 1999, que modifica el artículo 884 del código de comercio.

Elaborado por Siigo y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Siigo. Siigo SAS NIT: 800.048.145-8

**ESE BELLO SALUD**

Fecha Actual : miércoles, 26 abril 2023



Nº FACTURA: BM1130

# COMPROBANTE ENTRADA
# Nº00000000009918

**PROVEEDOR:** BIOTECNICA S.A.S **NIT:** 811033344 **FECHA:** 26/04/2023 07:23 a. m.

**CIUDAD:** BELLO (ANTIOQUIA) **ESTADO:** Confirmado

**DIRECCION:** CL 42A 63-C-57 **MONEDA:** Pesos

**TELEFONO:** 2651333 **TASA CAM:** 0,00

**Nº FACTURA:** BM1130 **% ICA:** 9,0000 **PLAZO:** 30 **FECHA FAC:** 25/04/2023 12:00 a. m.

**CUENTA** 24010101

**OBLIGACION** 761

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 103181351 | OXIGENO DOMICILIARIO | CONCENTRADOR | 15.340,00 | $ 4.133,33 | $ 63.405.328,22 | 0,00 | 0,00 |

**DETALLE**

SUMINSITRO DE OXIGENO DOMICILIARIA DEL MES DE ABRIL SUPERVISADO POR LA DRA CLARA. QUIEN AUTRIZA INGRESO DE FACTURA "Se revisa la base de usuarios oxigeno requirentes del periodo ABRIL de 2023 con 532 usuarios por valor de $63.405.328 por 15.340 días de servicio de oxigeno domiciliario facturados a los usuarios activos de oxigeno requirentes (VALOR DÍA: $ 4.133,333 - VALOR MES: $ 124.000). Se autoriza a Biotécnica emitir factura por dicho valor para ingresar al sistema.

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | $ 63.405.328,00 |
| **DESCUENTO:** | $ 0,00 |
| **IMPUESTO:** | $ 0,00 |
| **FLETES:** | $ 0,00 |
| **IMP FLETES:** | $ 0,00 |
| **RETE IVA:** | $ 0,00 |
| **RETE ICA:** | $ 570.648,00 |
| **RETE FUENTE:** | $ 1.585.133,00 |
| **OTRAS RETE:** | $ 1.902.160,00 |
| **OTRAS DEDUC:** | $ 0,00 |
| **IMP DISTRI:** | $ 0,00 |
| **AJUSTE RED:** | $ 0,00 |
| **AJUSTE AL TOTAL:** | $ 0,00 |
| **TOTAL COMPR:** | $ 59.347.387,00 |

**TOTAL COMPROBANTE:**

CINCUENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

**Elaboro**

**Reviso**

Usuario: 23784185

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

LICENCIADO A: [ESE BELLO SALUD] NIT [890174985-1]

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 811033344 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | BIOTECNICA SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MEDELLIN | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 42 A # 63 C - 57 | TELÉFONO: | 2651333 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 0001 - MEDELLIN |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 7877817840 | TIPO DE PLANILLA: | | E-EMPLEADO |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES marzo | AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES abril | AÑO 202 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/04/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 202039724 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | 230201- PROTECCION | 9 | $ 2.546.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.546.400 | $ 0 | $ 2.54 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 3 | $ 856.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 856.000 | $ 0 | $ 85 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 6 | $ 1.983.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.983.200 | $ 0 | $ 1.98 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 5.385.600 | $ 0 | $ 5.38 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 18 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 1.399.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.399.500 | $ 0 | $ 0 | $ 1.399 |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 70.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 70.100 | $ 0 | $ 0 | $ 7 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 1.469.600 | $ 0 | $ 0 | $ 1.46 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 19 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 454.100 | $ 454.100 | $ 0 | $ 0 | $ 454 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 454.100 | $ 0 | $ 0 | $ 454 |

### TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|
| CF04 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | 18 | $ 1.352.300 | $ 0 | $ 1.35 |
| SUBTOTALES: | | | $ 1.352.300 | $ 0 | $ 1.35 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | NOVEDADES | SEGURIDAD SOCIAL | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MIN TO APO |
| | CC 1000633869 | OSPINA TUBERQUIA JAMILTHON | DEPEND | | $ 1.187.187 | FIJO | | | SI | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.187.187 | $ 190.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 190.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30 | $ 1.187.187 | $ 47.500 | $ 0 | $ 47.500 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.187.187 | | $ 51.700 | 30 | $ 1.187.187 | $CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 47.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |
| | CC 1017197616 | AUAN MACIAS ELYIS CHAYANE | DEPEND | | $ 1.399.670 | FIJO | | | SI | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.399.670 | $ 224.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 224.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30 | $ 1.399.670 | $ 56.000 | $ 0 | $ 56.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.399.670 | | $ 14.700 | 30 | $ 1.399.670 | $CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 56.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |
| | CC 1020420681 | ZAPATA ORTEGA JUAN CAMILO | DEPEND | | $ 1.691.407 | FIJO | | | SI | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.691.407 | $ 270.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 270.700 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30 | $ 1.691.407 | $ 67.700 | $ 0 | $ 67.700 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.691.407 | | $ 8.900 | 30 | $ 1.691.407 | $CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 67.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |
| | CC 1035430215 | CASTRO DIAZ SANTIAGO ERNESTO | DEPEND | | $ 2.300.000 | FIJO | | | SI | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 2.300.000 | $ 368.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 368.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30 | $ 2.300.000 | $ 92.000 | $ 0 | $ 92.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.300.000 | | $ 24.100 | 30 | $ 2.300.000 | $CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 92.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |
| | CC 1035440164 | BEPULVEDA CAÑAS JUAN CAMILO | DEPEND | | $ 1.650.000 | FIJO | | | SI | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.650.000 | $ 264.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 264.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30 | $ 1.650.000 | $ 66.000 | $ 0 | $ 66.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.650.000 | | $ 8.700 | 30 | $ 1.650.000 | $CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 66.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |
| | CC 1036600284 | GARCIA ROJAS CAROLINA | DEPEND | | $ 3.000.000 | FIJO | | | SI | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 3.000.000 | $ 480.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 480.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30 | $ 3.000.000 | $ 120.000 | $ 0 | $ 120.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 3.000.000 | | $ 31.400 | 30 | $ 3.000.000 | $CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 120.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |
| | CC 1036667501 | ARBOLEDA SAAVEDRA JORDAN STEVENS | DEPEND | | $ 1.700.000 | FIJO | | | SI | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.700.000 | $ 272.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 272.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30 | $ 1.700.000 | $ 68.000 | $ 0 | $ 68.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.700.000 | | $ 0 | 30 | $ 1.700.000 | $CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |
| | CC 1040353461 | POSADA POSADA CARLOS FERNANDO | DEPEND | | $ 1.750.876 | FIJO | | | SI | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.750.876 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.750.876 | $ 70.100 | $ 0 | $ 70.100 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.750.876 | | $ 76.200 | 30 | $ 1.750.876 | $CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 70.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| ) IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 811033344 |
| /BRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | BIOTECNICA SAS |
| DAD/MUNICIPIO: | MEDELLIN | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| ECCIÓN: | CALLE 42 A # 63 C - 57 | TELÉFONO: | 2651333 |
| ) APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| ) EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| IMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 0001 - MEDELLIN |
| )RTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7877817840 | TIPO DE PLANILLA: | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES marzo AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES abril AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2023/04/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 2020397240 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1146442623 | MOSQUERA RAMIREZ MAIRA | DEPEND | | $ 1.360.547 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC 3488948 | FAJARDO CADAVID RAUL ANTONIO | DEPEND | PENS VEJ ACT | $ 3.068.552 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC 3488948 | FAJARDO CADAVID RAUL ANTONIO | DEPEND | PENS VEJ ACT | $ 3.068.552 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | 24-25 | | | | | |
| CC 43576210 | ALVAREZ MANRIQUE JEANETTE | DEPEND | | $ 1.399.219 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC 43641467 | OBANDO TOBON MARGARETH | DEPEND | | $ 2.449.122 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC 43917124 | URQUIDI CARDONA LEDY JHOBANA | DEPEND | | $ 2.556.355 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC 70093907 | PARRA GOMEZ LUIS GUILLERMO | DEPEND | | $ 1.228.270 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC 71365704 | ECHAVARRIA METAUTE ROBINSON ALEXANDER | DEPEND | | $ 1.217.396 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | 16-31 | | | | |
| CC 71365704 | ECHAVARRIA METAUTE ROBINSON ALEXANDER | DEPEND | | $ 1.217.396 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC 71639116 | BUSTAMANTE GONZALEZ CARLOS JAIME | DEPEND | | $ 1.624.604 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC 71762795 | GALLEGO TAMAYO VICTOR MANUEL | DEPEND | | $ 3.139.900 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC 72159615 | CASTRO TREJO EDWIN FIDEL | DEPEND | | $ 1.500.750 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC 98625282 | MONTOYA OSSA ANDRES JAVIER | DEPEND | | $ 2.500.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | 01-05 | | | | | |
| CC 98625282 | MONTOYA OSSA ANDRES JAVIER | DEPEND | | $ 2.500.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| IDENTIFICACIÓN | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1146442623 | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.360.547 | $ 217.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 217.700 |
| CC 3488948 | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 |
| CC 3488948 | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 |
| CC 43576210 | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.399.219 | $ 223.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 223.900 |
| CC 43641467 | 230201-PROTECCION | 30 | $ 2.449.122 | $ 391.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 391.900 |
| CC 43917124 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.556.355 | $ 409.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 409.100 |
| CC 70093907 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.228.270 | $ 196.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 196.600 |
| CC 71365704 | 25-14 COLPENSIONES | 15 | $ 608.698 | $ 97.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 97.400 |
| CC 71365704 | 25-14 COLPENSIONES | 15 | $ 608.698 | $ 97.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 97.400 |
| CC 71639116 | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.624.604 | $ 260.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 260.000 |
| CC 71762795 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 3.139.900 | $ 502.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 502.400 |
| CC 72159615 | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.500.750 | $ 240.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 240.200 |
| CC 98625282 | 25-14 COLPENSIONES | 5 | $ 416.667 | $ 66.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 66.700 |
| CC 98625282 | 25-14 COLPENSIONES | 25 | $ 2.083.334 | $ 333.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 333.400 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

| IDENTIFICACIÓN | SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1146442623 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30 | $ 1.360.547 | $ 54.500 | $ 0 | $ 54.500 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.360.547 | | $ 7.200 |
| CC 3488948 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 28 | $ 2.862.116 | $ 114.500 | $ 0 | $ 114.500 | 14-11 - ARL SURA | 28 | $ 2.862.116 | | $ 15.000 |
| CC 3488948 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 2 | $ 204.437 | $ 8.200 | $ 0 | $ 8.200 | 14-11 - ARL SURA | 2 | $ 204.437 | | $ 0 |
| CC 43576210 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30 | $ 1.399.219 | $ 56.000 | $ 0 | $ 56.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.399.219 | | $ 7.400 |
| CC 43641467 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30 | $ 2.449.122 | $ 98.000 | $ 0 | $ 98.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.449.122 | | $ 12.800 |
| CC 43917124 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30 | $ 2.556.355 | $ 102.300 | $ 0 | $ 102.300 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.556.355 | | $ 13.400 |
| CC 70093907 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30 | $ 1.228.270 | $ 49.200 | $ 0 | $ 49.200 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.228.270 | | $ 12.900 |
| CC 71365704 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 15 | $ 608.698 | $ 24.400 | $ 0 | $ 24.400 | 14-11 - ARL SURA | 15 | $ 608.698 | | $ 0 |
| CC 71365704 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 15 | $ 608.698 | $ 24.400 | $ 0 | $ 24.400 | 14-11 - ARL SURA | 15 | $ 608.698 | | $ 6.400 |
| CC 71639116 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30 | $ 1.624.604 | $ 65.000 | $ 0 | $ 65.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.624.604 | | $ 70.700 |
| CC 71762795 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30 | $ 3.139.900 | $ 125.600 | $ 0 | $ 125.600 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 3.139.900 | | $ 16.400 |
| CC 72159615 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30 | $ 1.500.750 | $ 60.100 | $ 0 | $ 60.100 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.500.750 | | $ 65.300 |
| CC 98625282 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 5 | $ 416.667 | $ 16.700 | $ 0 | $ 16.700 | 14-11 - ARL SURA | 5 | $ 416.667 | | $ 0 |
| CC 98625282 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 25 | $ 2.083.334 | $ 83.400 | $ 0 | $ 83.400 | 14-11 - ARL SURA | 25 | $ 2.083.334 | | $ 10.900 |

PARAFISCALES

| IDENTIFICACIÓN | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINED TOTAL APORT |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1146442623 | 30 | $ 1.360.547 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 54.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ |
| CC 3488948 | 28 | $ 2.862.116 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 114.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ |
| CC 3488948 | 2 | $ 204.437 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ |
| CC 43576210 | 30 | $ 1.399.219 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 56.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ |
| CC 43641467 | 30 | $ 2.449.122 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 98.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ |
| CC 43917124 | 30 | $ 2.556.355 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 102.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ |
| CC 70093907 | 30 | $ 1.228.270 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 49.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ |
| CC 71365704 | 15 | $ 608.698 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ |
| CC 71365704 | 15 | $ 608.698 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 24.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ |
| CC 71639116 | 30 | $ 1.624.604 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 65.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ |
| CC 71762795 | 30 | $ 3.139.900 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 125.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ |
| CC 72159615 | 30 | $ 1.500.750 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 60.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ |
| CC 98625282 | 5 | $ 416.667 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ |
| CC 98625282 | 25 | $ 2.083.334 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 83.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ |

**TOTAL** $ 8.661.600

VIGILADO Supersalud

## FUNCIONES DEL SUPERVISOR DENTRO DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN.

### INFORMACIÓN GENERAL

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DE CONTRATISTA** | | **BIOTECNICA S.A.S.** | | |
| **CONTRATO No** | | **02 de 2023** | | |
| **SUPERVISOR** | | **Clara Patricia Taborda Caro** | | |
| **FACTURA ELECTRONICA N°** | | **BM1130** | | |
| **VALOR AUTORIZADO A PAGAR** | | **$ 63.405.328** | | |
| **PERIODO DE SUPERVISION** | **Desde** | **ABRIL 01 2023** | **Hasta** | **ABRIL 30 2023** |

### REQUISITOS DOCUMENTALES

| CONCEPTO | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE COBRO Ó FACTURA | x | | |
| SOPORTE CONTABILIZACION (CUENTA POR PAGAR) | x | | |
| APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL | x | | |
| EVIDENCIAS DE EJECUCION DEL CONTRATO | x | | |
| AUTORIZACION DE PAGO | x | | |

### SEGUIMIENTO GENERAL

| CONCEPTO | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| ENTREGA DE BIENES Y/O PRESTACION DE SERVICIOS EN CALIDAD Y CANTIDAD. | x | | Comprobante de Entrada |
| PRESENTO INFORMES SOBRE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS (EVIDENCIAS) | x | | Entrega de Equipos a usuarios nuevos. |
| CUMPLIMIENTO OBJETO CONTRATADO | x | | Verificación Novedades de los usuarios |

### OBSERVACIONES

- Se revisa el cumplimiento del pago de parafiscales y seguridad social Planilla N° 7877817840 realizado el día 2023/04/12 **(Se anexa Planilla)**.

- Se cumplieron las actividades propias del objeto contratado de parte del Contratista para este periodo con dificultades en la oportunidad de entrega de equipos a los usuarios.
- Se audita la cuenta de cobro Factura electrónica de ABRIL de 2023 por valor de $ 63.405.328. - Suministro Oxígeno Domiciliario proveedor BIOTECNICA período ABRIL 1° al 30 de 2023-- Contrato 002 de 2023.
- Se FACTURAN 11 solicitudes nuevas, todas validadas. (DEL TOTAL DE NUEVOS INGREOSOS) Se presentaron 6 fallecimientos y 7 retiros de equipos por desistimiento ante el proveedor , POR CAMBIO DE IPS /O POR SALIDA BD
- Se Facturan en total usuarios con O2 domiciliario:

VIGILADO Supersalud

**USUARIOS FALLECIDOS: FALLECIMIENTOS**

| USUARIO | DOCUMENTO | NOVEDAD | GLOSA | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Angela Maria Sepulveda de Guzman | 21808166 | fallecida | 0 | |
| Muñoz de Gonzales Aura Rosa | 21277202 | fallecida | 0 | |
| Maria Luz Marina Alvarez de Valera | 32444748 | fallecida | 0 | |
| Rosa Estela Valderrama | 24465497 | fallecida | 0 | |
| ARAMINTA DE JSEUS RUA | 32302976 | fallecida | 0 | |
| CLARA INES OSSA JIMENEZ | 32312225 | fallecida | 0 | |
| **GLOSA SUBTOTAL:** | | | **$ 0** | |

**OTRAS NOVEDADES:**

| USUARIO | DOCUMENTO | NOVEDAD | GLOSA | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Jorgelina Cartagena | 21697220 | Desestimiento | 0 | |
| Rosa Elena Urrego de Quiroz | 21425125 | Desestimiento | 0 | |
| José Vicente Guzman | 670384 | Desestimiento | 0 | |
| LUIS EDUARDO GOMEZ GAVIRIA | 70118168 | Desestimiento | 0 | |
| CARLOS JOSE VELASQUEZ | 71633125 | Desestimiento | 0 | |
| LUZ ELENA HERRON | 22212117 | Desestimiento | 0 | |
| CLAUDIA ELENA DE SAN JOSÉ | 22101622 | Retirada BD | 0 | |
| | | | | |
| **GLOSA SUBTOTAL:** | | | $ 0 | |
| **VALOR GLOSA FINAL:** | | | **$ 0** | |

**ANOTACIONES COMPLEMENTARIAS**

- La fecha de corte de la cuenta se pretende sea los últimos días de cada mes, ya que por procesos contables se requiere que se entregue la supervisión los últimos días de cada mes.
- Los usuarios fallecidos por lo regular sólo la familia informa del deceso al proveedor una semana después de ocurrido el evento, y algunos no avisan. - Usuarios fallecidos en zonas de asentamiento subnormal son de difícil acceso y demora más recolección de equipos.
- La oportunidad de entrega de equipos a los usuarios es la esperada y a pesar de la dificultad por parte del paciente o del acudiente de recibir en el domicilio los equipos los cuales se entregan bajo inventario y con las explicaciones de manejo adecuado de los equipos.

VIGILADO Supersalud

- El proveedor envía la relación de usuarios también en formato digital Excel para una mejor y rápida validación de usuarios.

**Conclusión:**

La relación de los usuarios de la base de datos de usuarios activos a Marzo 30 de 2023 está acorde con la Factura **BM1130** y se refleja en el valor final del **Comprobante de Entrada 9918** registrado por un valor de **$63.405.328**

Para el período Abril de 2023, no se encuentran novedades para glosa a la Factura Electrónica BM1130

El total definitivo a pagar en la Factura BM 1130 es de **$ 63.405.328 (SESENTA y TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL TRECIENTOS VENTIOCHO PESOS M/L)**

Cordialmente:

**Firma,**

**CLARA PATRICIA TABORDA CARO**
**Supervisor**

**Fecha de verificación: 30/04/2023**

VIGILADO Supersalud

| E.S.E BelloSalud<br>Calidez y humanización a tu servicio | F21 CERTIFICADO PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS AL CONTRATISTA | | |
|---|---|---|---|
| Código:G-PC-F.22 | Versión: 3 | Fecha: Diciembre de 2016 | Pagina: 1 |

**INFORMACION DEL CONTRATISTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Contratista** | **BIOTECNICA S.A.S.** |
| **Documento de Identidad No.** | **811.033.344-2** |

**INFORMACION DEL CONTRATO**

| Número | Suscripción | Acta Inicio | CARGO O NOMBRE DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|
| 002 | 1/01/2023 | 1/01/2023 | CLARA PATRICIA TABORDA CARO |

| OTROS DATOS | DP | RP | VALOR | PLAZO |
|---|---|---|---|---|
| **Inicial** | | | 199,000,000 | 3 MESES |
| **Adición - 1** | | | | |
| **Adición - 2** | | | | |
| **Valor y tiempo final del contrato** | | | 199,000,000 | 3 MESES |

**CONCEPTO DEL SUPERVISOR**

| | | |
|---|---|---|
| **EL CONTRATISTA CUMPLIO A CABALIDAD Y EN EL TIEMPO PACTADO CON EL OBJETO Y OBLIGACIONES CONTRATADAS EN EL PERIODO O ACTIVIDAD PARA EL CUAL SE AUTORIZA EL PAGO** | [X] | **SI** |
| | [ ] | **NO** |

| | |
|---|---|
| **NUMERO DE PAGO POR LO CUAL SE AUTORIZA:** | **1** |
| **PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL VALOR CONTRATADO:** | **31,9%** |

| No. Factura-Cuenta de cobro | BM1130 | Valor del pago: | $ 63.405.328 | Saldo del contrato: | 68,14% |
|---|---|---|---|---|---|

**OBSERVACIONES**

| | |
|---|---|
| **FECHA CERTIFICACIÓN:** | 30 de abril de 2023 |

Firma del Supervisor

# ESPACHO
# DE DISPOSITIVOS MEDICOS

NIT. 811.033.344-2 TEL: 3017509 CEL: 300-675-56-13
CLL. 42A NO. 63 C 57
MEDELLIN

REGISTRO DE ALMACEN No **16315**

**Fecha:** viernes, 31 de marzo de 2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CLIENTE:** | ESE BELLO SALUD | **9:57 a. m.** | |
| NIT: | 800174995-1 | CIUDAD: | BELLO |
| TELEFONO (s): | 4650110 | BARRIO: | |
| DIRECCION: | CRA42 # 20E91- | ENTIDAD: | CLIENTE |

| Nombre del Paciente | Identificación | Dirección: | Barrio: | Teléfono (s): | Ciudad -Municipio: |
|---|---|---|---|---|---|
| ANA LIDA DE JESUS TORO | 32525874 | DIAG 42F # 32-85 | | 3138493958- 315487690 | BELLO |

ENTREGO
concentrador (Airsep) NO226144 H 11842
Portatil BX702254
R. Yuso 0807826368

15/05/1957
J424

**PRODUCTO RECIBIDO:**

Observaciones: PACINETE NUEVO 24 HORAS 1LPM

Entregado Por: JUAN CAMILO SEPULVEDA

*C.C.*

Declaro que el equipo que recibo está en perfecto estado de funcionamiento y por el cual me hago responsable a partir de la fecha, asumiendo el costo total por daño, pérdida o robo, asi como que la información suministrada es verídica. Los pagos los realizaré mes anticipado a la fecha referencia, de no hacerlo, mi firma en le presente documento representará una letra con la que garantizo dicho pago.

J. FWK840

*RECIBI:*

Yeny Gutierrez

*C.C.* 43110.081

301

# DESPACHO
# DE DISPOSITIVOS MEDICOS

NIT. 811.033.344-2 TEL: 3017509 CEL: 300-675-56-13
CLL. 42A NO. 63 C 57
MEDELLIN

REGISTRO DE ALMACEN No **16315**

**Fecha:** miércoles, 29 de marzo de 2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| CLIENTE: | ESE BELLO SALUD | **9:17 a. m.** | |
| | 800174995-1 | CIUDAD: | BELLO |
| TELEFONO (s): | 4650110 | BARRIO: | |
| DIRECCION: | CRA42 # 20E91- | ENTIDAD: | CLIENTE |

| ANA DE JESUS PUERTA MORALE | 32304810 | CLL 31 # 43 B - 11 | LA GABRIELA | 3205988494 | BELLO |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del Paciente | Identificación | Dirección: | Barrio: | Teléfono (s): | Ciudad -Municipio: |

ENTREGO
EQUIPO V2108976
PORTATIL AT00944
K DE TUGO 181200005.

25/12/1945
J444

**PRODUCTO RECIBIDO:**

Observaciones: PACIENTE NUEVO 24 HORAS 2LPM
FWK 579

Entregado Por: JUAN CAMILO SEPULVEDA
C.C.

Declaro que el equipo que recibo está en perfecto estado de funcionamiento y por el cual me hago responsable a partir de la fecha, asumiendo el costo total por daño, pérdida o robo, asi como que la información suministrada es verídica. Los pagos los realizaré mes anticipado a la fecha referencia, de no hacerlo, mi firma en le presente documento representará una letra con la que garantizo dicho pago.

*RECIBI:*
Erwin Cruz
C.C. 1068272 9

295

# DESPACHO
# DE DISPOSITIVOS MEDICOS

NIT. 811.033.344-2 TEL: 3017509 CEL: 300-675-56-13
CLL. 42A NO. 63 C 57
MEDELLIN

REGISTRO DE ALMACEN No **16315**

**Fecha:** miércoles, 29 de marzo de 2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CLIENTE:** | ESE BELLO SALUD | **9:15 a. m.** | |
| NIT | 800174995-1 | CIUDAD: | BELLO |
| TELEFONO (s): | 4650110 | BARRIO: | |
| DIRECCION: | CRA42 # 20E91- | ENTIDAD: | CLIENTE |

| Nombre del Paciente | Identificación | Dirección: | Barrio: | Teléfono (s): | Ciudad -Municipio: |
|---|---|---|---|---|---|
| LIBARDO DE JESUS BARRERA | 98497358 | CRA 57 # 69 - 25 | PACHELLY | 3012002327 | BELLO |

Entrego.
Equipo V0090044
Apoyo U213310
K de Tuerca 10113334
Portatil. FD250025.
K de Fuego- 2107007335

25/03/1967
7441

**PRODUCTO RECIBIDO:**

Observaciones: PACIENTE NUEVO 24 HORAS 2LPM
Rwk 579 Covidien

Entregado Por: JUAN CAMILO SEPULVEDA
C.C.

Declaro que el equipo que recibo está en perfecto estado de funcionamiento y por el cual me hago responsable a partir de la fecha, asumiendo el costo total por daño, pérdida o robo, asi como que la información suministrada es verídica. Los pagos los realizaré mes a mes pactado a la fecha referencia, de no hacerlo, mi firma en le presente documento representará una letra con la que garantizo dicho pago.

RECIBI
Margarita Elena Barrera H.
C.C. 43680275.

29

# DESPACHO
# DE DISPOSITIVOS MEDICOS

NIT. 811.033.344-2 TEL: 3017509 CEL: 300-675-56-13
CLL. 42A NO. 63 C 57
MEDELLIN

REGISTRO DE ALMACEN No **16315**

**Fecha:** martes, 4 de abril de 2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CLIENTE:** | ESE BELLO SALUD | **7:51 a. m.** | |
| NIT: | 800174995-1 | CIUDAD: | BELLO |
| TELEFONO (s): | 4650110 | BARRIO: | |
| DIRECCION: | CRA42 # 20E91- | ENTIDAD: | CLIENTE |

| Nombre del Paciente | Identificación | Dirección: | Barrio: | Teléfono (s): | Ciudad -Municipio: |
|---|---|---|---|---|---|
| FLOR ANGELA RAIGOZA LEON | 32316111 | CLL 43 # 58 - 05 | SANTA ANA | 4530362- 2723389 | BELLO |

equipo 0153004 - 14286. Respironic
c. apoyo 4157326 - 3.0
R. fonica 9114596
portatil AS1616850.
Fijo 19080128 5

25/01/1959
J4411

**PRODUCTO RECIBIDO:**

Observaciones: PACIENTE NUEVO 24HORAS 2 LPM

Entregado Por: JUAN CAMILO SEPULVEDA
C.C.

Declaro que el equipo que recibo está en perfecto estado de funcionamiento y por el cual me hago responsable a partir de la fecha, asumiendo el costo total por daño, pérdida o robo, asi como que la información suministrada es verídica. Los pagos los realizaré mes anticipado a la fecha referencia, de no hacerlo, mi firma en le presente documento representará una letra con la que garantizo dicho pago.

*RECIBI:*
Foz Marieluz Ruiz 602 Ca
C.C. 43 427 358.

22

Funda Ramon

# DESPACHO DE DISPOSITIVOS MEDICOS

NIT. 811.033.344-2 TEL: 3017509 CEL: 300-675-56-13
CLL. 42A NO. 63 C 57
MEDELLIN

REGISTRO DE ALMACEN No **16315**

**Fecha:** martes, 4 de abril de 2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CLIENTE:** | ESE BELLO SALUD | **7:49 a. m.** | |
| NIT: | 800174995-1 | CIUDAD: | BELLO |
| TELEFONO (s): | 4650110 | BARRIO: | |
| DIRECCION: | CRA42 # 20E91- | ENTIDAD: | CLIENTE |

| Nombre del Paciente | Identificación | Dirección: | Barrio: | Teléfono (s): | Ciudad -Municipio: |
|---|---|---|---|---|---|
| MARTA LILIA CASTRO ZAPATA | 22126989 | CRA 72 # 20F -03 | PARIS | 3007455303- 3136986558 | BELLO |

Entrego
porLuf L BX770154
R.yuyo 2107200334
Equipo 135012-45069

J441
09/10/1941

**PRODUCTO RECIBIDO:**

Observaciones: PACIENTE NUEVO 24HORAS 3 LPM

Entregado Por: JUAN CAMILO SEPULVEDA

C.C.

Declaro que el equipo que recibo está en perfecto estado de funcionamiento y por el cual me hago responsable a partir de la fecha, asumiendo el costo total por daño, pérdida o robo, asi como que la información suministrada es verídica. Los pagos los realizaré mes anticipado a la fecha referencia, de no hacerlo, mi firma en le presente documento representará una letra con la que garantizo dicho pago.

*RECIBI:*
JHENNIFER MUÑOZ

C.C. 1017240895

24

FW1379
Rdbmuon



# DESPACHO
# DE DISPOSITIVOS MEDICOS

NIT. 811.033.344-2 TEL: 3017509 CEL: 300-675-56-13
CLL. 42A NO. 63 C 57
MEDELLIN

REGISTRO DE ALMACEN No **16315**

**Fecha:** miércoles, 12 de abril de 2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CLIENTE:** | ESE BELLO SALUD | **8:19 a. m.** | |
| NIT: | 800174995-1 | CIUDAD: | BELLO |
| TELEFONO (s): | 4650110 | BARRIO: | |
| DIRECCION: | CRA42 # 20E91- | ENTIDAD: | CLIENTE |

| Nombre del Paciente | Identificación | Dirección: | Barrio: | Teléfono (s): | Ciudad -Municipio: |
|---|---|---|---|---|---|
| MARTA INES CORREA MONTOYA | 21568216 | CRA 66 # 63 - 65 | VILLA MARIA | 3136973151-3128267645 | BELLO |

EnTrego
Concentrador (Vision Aire) V0264338 H12350
C. Apoyo (7.5) U935961
R. Tuerca 21040447

21/06/1925

**PRODUCTO RECIBIDO:**

Observaciones: PACIENTE NUEVO 24 HORAS 3LPM

Entregado Por: JUAN CAMILO SEPULVEDA

*C.C.*

Declaro que el equipo que recibo está en perfecto estado de funcionamiento y por el cual me hago responsable a partir de la fecha, asumiendo el costo total por daño, pérdida o robo, asi como que la información suministrada es verídica. Los pagos los realizaré mes anticipado a la fecha referencia, de no hacerlo, mi firma en le presente documento representará una letra con la que garantizo dicho pago.

J.FWk8Y0

*RECIBI:*

Rosa Aguirre E

*C.C.* 43386004.

61

# DESPACHO
# DE DISPOSITIVOS MEDICOS

**NIT.** 811.033.344-2 TEL: 3017509 CEL: 300-675-56-13
CLL. 42A NO. 63 C 57
MEDELLIN

REGISTRO DE ALMACEN No **16315**

**Fecha:** miércoles, 12 de abril de 2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CLIENTE:** | ESE BELLO SALUD | **8:18 a. m.** | |
| NIT: | 800174995-1 | CIUDAD: | BELLO |
| TELEFONO (s): | 4650110 | BARRIO: | |
| DIRECCION: | CRA42 # 20E91- | ENTIDAD: | CLIENTE |

| Nombre del Paciente | Identificación | Dirección: | Barrio: | Teléfono (s): | Ciudad -Municipio: |
|---|---|---|---|---|---|
| MARIA SILVA BEDOYA | 43661100 | CLL 21 # 41 - 169 | SANTA RITA | 3136877537- 3226939041 | BELLO |

Entrega
Equipo NO220430 H21915
Apoyo 3767
K de fuerza 70142620

J444
30/07/1949

**PRODUCTO RECIBIDO:**

Observaciones: PACIENTE NUEVO 24 HORAS 3LPM
Equipo poseda DJO 431

Entregado Por: JUAN CAMILO SEPULVEDA
*C.C.*

Declaro que el equipo que recibo está en perfecto estado de funcionamiento y por el cual me hago responsable a partir de la fecha, asumiendo el costo total por daño, pérdida o robo, asi como que la información suministrada es verídica. Los pagos los realizaré mes anticipado a la fecha referencia, de no hacerlo, mi firma en le presente documento representará una letra con la que garantizo dicho pago.

*RECIBI:* Sandra Milena.

*C.C.* 43 820 588

69

NIT. 811.033.344-2 TEL: 3017509 CEL: 300-675-56-13
CLL. 42A NO. 63 C 57
MEDELLIN

# DESPACHO DE DISPOSITIVOS MEDICOS

REGISTRO DE ALMACEN No **16315**

**Fecha:** viernes, 14 de abril de 2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CLIENTE:** | ESE BELLO SALUD | **10:04 a. m.** | |
| NIT: | 800174995-1 | CIUDAD: | BELLO |
| TELEFONO (s): | 4650110 | BARRIO: | |
| DIRECCION: | CRA42 # 20E91- | ENTIDAD: | CLIENTE |

| Nombre del Paciente | Identificación | Dirección: | Barrio: | Teléfono (s): | Ciudad -Municipio: |
|---|---|---|---|---|---|
| MARIA ISABEL ARENAS BELTRA | 32465782 | CRA 75 # 20 B - 36 | PARIS | 3005604844- 3053785369 | BELLO |

Equipo P V0101947
Portatil 2201511117
R de Fuga 1808012607

05/05/1950
7441

**PRODUCTO RECIBIDO:**

Observaciones: PACIENTE NUEVO 24 HORAS 3LPM
Camilo posada

Entregado Por: JUAN CAMILO SEPULVEDA
C.C.

Declaro que el equipo que recibo está en perfecto estado de funcionamiento y por el cual me hago responsable a partir de la fecha, asumiendo el costo total por daño, pérdida o robo, asi como que la información suministrada es verídica. Los pagos los realizaré mes anticipado a la fecha referencia, de no hacerlo, mi firma en le presente documento representará una letra con la que garantizo dicho pago.

*RECIBI:*
Stephanie Quinteo
C.C. 1017175478

91

# DESPACHO
# DE DISPOSITIVOS MEDICOS

NIT. 811.033.344-2 TEL: 3017509 CEL: 300-675-56-13
CLL. 42A NO. 63 C 57
MEDELLIN

REGISTRO DE ALMACEN No **16315**

**Fecha:** miércoles, 19 de abril de 2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CLIENTE:** | ESE BELLO SALUD | **7:38 a. m.** | |
| NIT: | 800174995-1 | CIUDAD: | BELLO |
| TELEFONO (s): | 4650110 | BARRIO: | |
| DIRECCION: | CRA42 # 20E91- | ENTIDAD: | CLIENTE |

| Nombre del Paciente | Identificación | Dirección: | Barrio: | Teléfono (s): | Ciudad -Municipio: |
|---|---|---|---|---|---|
| LUZ ELENA SALDARRIAGA | 21682236 | CRA 40 # 21 - 63 | SANTA RITA | 3246762047-3235353623 | BELLO |

Entrego
Concentrador (Airsep) 343935
C. portat: 1 AT011491
R. Yugo 10148C111

J4141
13/11/1943

**PRODUCTO RECIBIDO:**

Observaciones: PACIENTE NUEVO 24 HORAS 3 LPM

Entregado Por: JUAN CAMILO SEPULVEDA

C.C.

Declaro que el equipo que recibo está en perfecto estado de funcionamiento y por el cual me hago responsable a partir de la fecha, asumiendo el costo total por daño, pérdida o robo, asi como que la información suministrada es verídica. Los pagos los realizaré mes anticipado a la fecha referencia, de no hacerlo, mi firma en le presente documento representará una letra con la que garantizo dicho pago.

J Fwk 8Y0

*RECIBI:*
Gladis E Saldarriaga
C.C. 39351044

139

NIT. 811.033.344-2 TEL: 3017509 CEL: 300-675-56-13
CLL. 42A NO. 63 C 57
MEDELLIN

# DESPACHO DE DISPOSITIVOS MEDICOS

REGISTRO DE ALMACEN No **16315**

**Fecha:** jueves, 20 de abril de 2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CLIENTE:** | ESE BELLO SALUD | **7:46 a. m.** | |
| NIT: | 800174995-1 | CIUDAD: | BELLO |
| TELEFONO (s): | 4650110 | BARRIO: | |
| DIRECCION: | CRA42 # 20E91- | ENTIDAD: | CLIENTE |

| Nombre del Paciente | Identificación | Dirección: | Barrio: | Teléfono (s): | Ciudad -Municipio: |
|---|---|---|---|---|---|
| OSCAR VELEZ MESA | 10214339 | CALLE 50A 59B - 42 | Pérez Comfama | 3054472900 - 320612809 | BELLO |

Entrega
equipo V02784133 - 6JL1419
portatil BX30L1147
p.yyo 1712080493

7441
09/11/1948

**PRODUCTO RECIBIDO:**

Observaciones: PACIENTE NUEVO 2 LPM 24H X 3 MESES

Entregado Por: JUAN CAMILO SEPULVEDA

C.C.

Declaro que el equipo que recibo está en perfecto estado de funcionamiento y por el cual me hago responsable a partir de la fecha, asumiendo el costo total por daño, pérdida o robo, asi como que la información suministrada es verídica. Los pagos los realizaré mes anticipado a la fecha referencia, de no hacerlo, mi firma en le presente documento representará una letra con la que garantizo dicho pago.

*RECIBI:*

Ana Fernanda Velez

C.C. 1036639490

151

Funda
Robson