COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000448367

0115/22

Consecutivo : 000000000448367
Estado : Confirmado
Fecha del Egreso : 30/05/2023 8:48:23 a. m.
Valor : $ 12.210.538,00
Beneficiario 901065278 HEALTHCORP SAS
Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000003064 *Numero Nota:* 00000003064
Valor en Letras DOCE MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.
Numero : Consignar : 05/30/2023 Impuesto X Mil : $ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA. AHORROS No. 008400777747 CONVENIO 1206 -2017 CAPS ALTAMIRA	901065278	111006042	$ 0,00	$ 12.210.538,00
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000003064	901065278	240101001	$ 12.210.538,00	$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
HFVE148	$ 12.210.538,00				

OP: 70846.

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]

TESORERÍA S.C.O.

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

Convenio 1206-2017 Altamira

Fecha Actual : jueves, 27 abril 2023

1/1

Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA

Nº0000000000068633

PROVEEDOR: HEALTHCORP SAS
NIT: 901065278
FECHA: 20/04/2023 11:39 a. m.

CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.)
ESTADO: Confirmado

DIRECCION: CR.55 N 163 - 55
MONEDA: Pesos

TELEFONO:
TASA CAM: 0,00

Nº FACTURA: HFVE148
% ICA: 11,0400
PLAZO: 0
FECHA FAC: 13/04/2023 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
101CD016017	BASTON TERAPEUTICO	UNIDAD	1,00	$ 184.952,00	$ 184.952,00	0,00	0,00
101CD016018	CAMILLA O TABLA DE EMERGENCIA	UNIDAD	2,00	$ 475.902,00	$ 951.804,00	0,00	0,00
101CD016019	CAMILLA FIJA PARA EXAMEN	UNIDAD	9,00	$ 195.284,00	$ 1.757.556,00	0,00	19,00
101CD016020	CAMILLA GINECILOGICA	UNIDAD	3,00	$ 776.257,00	$ 2.328.771,00	0,00	19,00
101CD015362	FONENDOSCOPIO	UNIDAD	10,00	$ 273.393,00	$ 2.733.930,00	0,00	19,00
153RM014330	PULSOXIMETRO DEDO DIGITAL	UNIDAD	2,00	$ 1.527.731,00	$ 3.055.462,00	0,00	19,00

DETALLE

CONTRATO 02-BS-0115-2022, UNIDAD VICTORIA- ENTREGADOS EN ALTAMIRA- RECIBIDOS POR BIOMEDICA

SUBTOTAL:	$ 11.012.495,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 1.676.591,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 281.459,00
RETE ICA:	$ 121.578,00
RETE FUENTE:	$ 275.312,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 1,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 12.210.538,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOCE MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró

Revisó Almacen

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR

Revisado Impuestos

Adriana M. Lugo L.
24 MAY 2023
CUENTAS POR PAGAR

02 24 07 2023

TESORERÍA S.C.O.

24 MAY 2023

29 5 23

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 148

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(031) 3102040836	**Generación**	03/04/2023, 15:31
Dirección	Diagonal 34 # 5 - 48	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	01/04/2023, 15:32
				Vencimiento	27/03/2023

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Valor Impto.Cargo	Vr. Total
1	Bastón Terapéutico	1.00	184,949.00	0 %	0.00	184,949.00
2	Camilla o Tabla de emergencia	2.00	475,902.00	0 %	0.00	951,804.00
3	Camilla Fija de Examen	9.00	195,264.03	19 %	333,935.69	2,091,491.96
4	Camilla Ginecologica	3.00	776,257.98	19 %	442,467.05	2,771,240.99
5	Fonendoscopio Adulto Pediátrico	10.00	273,394.95	19 %	519,450.41	3,253,399.91
6	Pulsioximetro	2.00	1,527,731.09	19 %	580,537.81	3,635,999.99

Insumos recibidos en Altamira. Biomedica Marcela Morales.

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
14 ABR 2023
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO

Total items: 6

Total Bruto	11,012,494.89
IVA 19%	1,876,390.96
Total a Pagar	12,888,885.85

Valor en Letras:
Doce millones ochocientos ochenta y ocho mil ochocientos ochenta y cinco pesos m/cte con ochenta y cinco cent.

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2023-03-27 por $ 12,888,885.85

Observaciones:
Contrato 02-BS-0115-2022
Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 008770151150 BANCO DAVIVIENDA

9/5 ABA LAUSMANIC

Elaborado por software Sigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Sigo Sigo S.A.S Nit 830048 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 20220019 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: 70457bc943dd288c9951bc40d544d31c06ce48483255c64550ec1b075ba46cb2c730560bbec8504b31c1789e4b3b0d07

TESORERÍA S.C.O.

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-0115-2022	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	16/05/2023	

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 — 80.418.923 C.E:
Objeto del Contrato u orden:	ADQUISICION DE EQUIPOS BIOMEDICOS, MOBILIARIO Y DEMAS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA DOTACION DE CAPS ALTAMIRA 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)**	$ 51.555.544,00	**Valor Inicial contrato:**	$ 12.888.886,00	**Plazo**	**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
								30/12/2022	29/05/2023
Consecutivo CDP	**Fecha CDP DD/MM/AAAA**	**Registros Presupuestales**	**Consecutivo CRP**	**Fecha CRP DD/MM/2018**	**Adiciones/ Modificación**	**Valor Adiciones**	**Prorrogas**	**Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	1084	7/04/2022	**Registro Inicial**	46177	27/10/2022				
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		**Adición 10:**		**Prórroga 10:**	
						Valor Total:	$ 12.888.886,00	**Fecha Terminación actual:**	29/05/2023
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal			**Código(S) Rubro(S)**			**Validacion 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**
1	ADQUISICION DE EQUIPOS BIOMEDICOS, MOBILIARIO Y DEMAS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA DOTACION DE CAPS ALTAMIRA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	7ADM02

ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO

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.**

TESORERIA S.C.O.

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-148	3/04/2023		$ 12.888.886	$ 12.888.886	$ -	100,00%	
					$ 12.888.886	$ -	100,00%	
TOTAL				**$ 12.888.886**	**$ 12.888.886**	**$ -**	**100,00%**	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

QUE EL PROVEEDOR REALIZO LA ENTREGA DE LOS EQUIPOS OBJETO DEL CONTRATO SEGUN ACTA DE ENTREGA DEL 27/02/2023 Y COMPROBANTE ENTRADA ALMACEN 68633 20/04/2023, 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	DOCE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS	$ 12.888.886,00
Saldo por ejecutar	PESOS	$ -
Valor total certificado (Acumulado)	DOCE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS	$ 12.888.886,00

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-148	3/04/2023
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 12.888.886,00
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 27/02/2023 Y COMPROBANTE ENTRADA ALMACEN 68633 20/04/2023, 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 ALMACEN SANTA CLARA 68633 20/04/2023, FACTURA HFVE 148, APORTES PARAFISCALES, COMPROBANTE ACTA DE ENTREGA, LISTA DE CHEQUEO

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	NIDIA PATRICIA TORO HUERTAS
C.C. No.	C.C. No. 52161193 de Bogotá
CARGO/PERFIL	Profesional Universitario Codigo 219 Grado 20
AREA DE UBICACIÓN	Dirección Administrativa
Correo Electronico:	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, Abril de 2023

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

Cll 161 # 54 - 87 bloque 5 int 103
Cel. 3153653289 - 3107861835
gerencia@healthcorp.com.co

VIGILADO Supersalud

TESORERIA S.C.O.

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 6 Apt 103	3107881835	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
2023-03	2023-02	E	22/03/2023	86067659	TOTAL A PAGAR	
					$1.494.300	

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	106.400	0		0		0	5	700	0	107.100	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	48.400	0		0		0	5	300	0	48.700	1
MIN002	MIN002 Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	60.000	0		0		0	5	400	0	60.400	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	564.800	0	0	0	0	5	3.600	0	568.300	3
231001	Colfondos	800227940-9	165.600	0	0	0	0	5	1.200	0	166.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	240.000	0	0	0	0	5	1.500	0	241.500	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	34.100				34.100	5	300	34.400			341	34.400	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	247.600	5	1.500	249.100	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	212.800	214.200
Pensión	3	990.400	996.600
Riesgos Laborales	1	34.100	34.400
CCF	1	247.600	249.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.484.900	1.494.300

TESORERÍA S.C.O.

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 54-67 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
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-02	E	22/03/2023	66067659	$1,494,300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Tarifa	Dependiente	Corresponde a Cotizante	Dependiente	IRP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMENTARIOS	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
CC	1000612230	GARCIA HOYOS CAHILA	1	0		0																230301	1,160,000	165,500	0	0	0	0	EPS001	1,160,000	46,400	14-23	1,160,000	1	6.100	CCF22	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
CC	52275751	CASTAÑEDA ALFONSO ROSMERY	1	0		0																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
CC	53425841	CASTAÑEDA CUBIDES YIDMA ZURLEY	1	0		0																231001	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS003	1,160,000	46,400	14-23	1,160,000	1	6.100	CCF22	1,160,000	46,400	0	0	0	0	0
CC	80418823	GARCIA HEIRA CARLOS ALFREDO ADOLFO	1	0		0																85-14	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
CC	80829451	PULIDO CARRILLO RAFAEL DE JESUS	51	0		N																230301	870,000	139,200	0	0	0	0				14-23	1,160,000	1	6.100	CCF22	870,000	34,800	0	0	0	0	0

PAGADA

TESORERIA S.C.O.

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

HEALTHCORP
NIT. 901065278-8

Bogotá, 27 de febrero del 2023

ACTA DE ENTREGA

REF: Contrato

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

Lote	Cantidad	Descripción
1	1	Bastón Terapéutico
2	2	Tabla de Emergencia.
3	9	Camillas Fijas de Examen
4	3	Camillas Ginecológicas
5	10	Fonendoscopio adulto pediátrico
6	2	Pulsioxímetro

Cordialmente,

* llega (1) camilla con roto en la parte superior (Ginecologica)
* Sujeto a verificaciones

OK Asignado.

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

RECIBE
Nombre: Marcela Morales
Cargo: Ing. Biomedica
Cedula: 1018461633
Telefono: 3106287800

TESORERIA S.C.O.

Powered by CamScanner

HEALTHCORP
NIT. 901065278-8

Bogotá, 27 de Febrero del 2023

ACTA DE ENTREGA DE

REF: Contrato 02-BS-0115-2022

Relaciono los accesorios entregados del contrato del asunto.

Lote	Cantidad	Descripción
1	2	Cargadores
2	16	Pilas AA Recargables
3	2	Inmovilizador de Cuello
4	2	Soporte de instalación
5	2	Forro protector
6	6	Pares de Estribos
7	3	Cintas Métricas
8	3	Par de Taloneras
9	20	pares de Olivas
10	10	Membranas
11	2	Carros Mayo

Cordialmente,

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

RECIBE
Nombre: Daniela Morales
Cargo: Ing. Biomedica
Cedula: 1018461633
Telefono: 3106287800

Calle 161 # 54 – 87 bloque 5 int 103
Cel. 3153653289 - 3107861835

TESORERÍA S.C.O.

Powered by CamScanner

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-0115-2022	OBJETO DEL CONTRATO:	ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, MOBILIARIO Y DEMÁS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA DOTACIÓN DEL CAPS ALTAMIRA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
PROCESO:	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	SUPERVISORES:	NIDIA PATRICIA TORO HUERTAS	FECHA INICIO CONTRATO:	30/12/2022
FACTURA No.:	HFVE 148	APOYO TÉCNICO:	ISABEL CRISTINA ARISMENDI ESPINOSA	FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN:	05/05/2023

CRITERIO	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	CUMPLE SI	CUMPLE NO	OBSERVACIONES Y/O COMPROMISOS
1	Entregar LOS BIENES objeto de esta contratación, en el CAPS Altamira 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 conirato, 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 Altamira.
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 o 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 Altamira.
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 Altamira.

TESORERÍA S.C.O.

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-0115-2022	OBJETO DEL CONTRATO:	ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, MOBILIARIO Y DEMÁS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA DOTACIÓN DEL CAPS ALTAMIRA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
PROCESO:	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	SUPERVISOR:	NIDIA PATRICIA TORO HUERTAS	FECHA INICIO CONTRATO:	30/12/2022
FACTURA No:	HFVE 148	APOYO TECNICO:	ISABEL CRISTINA ARISMENDI ESPINOSA	FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN:	05/05/2023

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 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 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 Biomedica
FIRMA:	
SUBPROCESO:	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA

RECIBIDO POR:	
NOMBRE:	Nidia Toro Huertas
C.C.	52161193
CARGO:	Supervisor Profesional Universitario
FIRMA:	
FECHA/HORA:	mayo 16/2023

RE: Discriminado Proveedores Pago Contratos de Dotacion

Nidia Patricia Toro <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>
Lun 29/05/2023 6:30 AM

Para: Mirna Grisales Rogélis <presupuesto1@subredcentrooriente.gov.co>

CC: tesoreria <tesoreria@subredcentrooriente.gov.co>;Apoyo Tesoreria <apoyotecnicotesoreria@subredcentrooriente.gov.co>;tesoreriasb <tesoreriasb@subredcentrooriente.gov.co>;Jacqueline Acosta Cruz <contabilidad5@subredcentrooriente.gov.co>

Buen dia Mirna,

Con base a información suministrada, me permito informar que los convenios asociados a los procesos de dotación son los siguientes:

- Dotación Diana Turbay - Convenio No. 1018 de 2017

- Dotación Altamira - Convenio No. 1206 de 2017

Cordial saludo,

De: Mirna Grisales Rogélis <presupuesto1@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: viernes, 26 de mayo de 2023 3:51 p. m.
Para: Nidia Patricia Toro <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>
Cc: tesoreria <tesoreria@subredcentrooriente.gov.co>; Apoyo Tesoreria <apoyotecnicotesoreria@subredcentrooriente.gov.co>; tesoreriasb <tesoreriasb@subredcentrooriente.gov.co>; Jacqueline Acosta Cruz <contabilidad5@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: RV: Discriminado Proveedores Pago Contratos de Dotacion

Nidia buenas tardes:

Muchas gracias

Pero observo que en el cuadro no colocas el número del convenio.

Quedo atenta cordial saludo

Cordial saludo

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ

Mirna Grisales Rogélis
Cargo: Técnico Operativo
Oficina Presupuesto – Dirección Financiera
Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E.
Teléfono: Pbx 3282828 Ext. 11043
@subredcentrooriente @subred_centrooriente
@SubRedCentroOri Subred Centro Oriente
www.subredcentrooriente.gov.co

De: Nidia Patricia Toro <directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co>
Enviado: viernes, 26 de mayo de 2023 3:23 p. m.
Para: Mirna Grisales Rogélis <presupuesto1@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: Rv: Discriminado Proveedores Pago Contratos de Dotacion

Buenas tardes Mirna

TESORERÍA S.C.O.

De: Nidia Patricia Toro
Enviado: viernes, 26 de mayo de 2023 12:05 p. m.
Para: tesoreria <tesoreria@subredcentrooriente.gov.co>
Asunto: Discriminado Proveedores Pago Contratos de Dotacion

Buen día Margarita,

Me permito remitir relación de las facturas generadas para pago discriminada por convenio respecto a dotación, así:

CONVENIO DIANA TURBAY

02-BS-0042-2022	MEMCO S.A.S	900.454.322	ME-4860	21/04/2023	$ 146.471.792
02-BS-0046-2022	CARLOS ANDRES GONZALEZ ORDUZ	80.124.902	FECG210	20/04/2023	$ 27.033.188
02-BS-0118-2022	IMCARE SAS	900.068.959	I-1815	1/04/2023	$ 69.744.134
02-BS-0119-2022	IMCOLMEDICA S.A.	860.070.078	FVT623693	21/04/2023	$ 136.764.854
02-BS-0041-2022	INGENIERIA HOSPITALARIA S.A.S	811.044.610	FEVP-1911	7/02/2023	$ 7.746.620

CONVENIO ALTAMIRA

02-BS-0112-2022	CARPEVA SAS	901.253.844	FVE-468	11/04/2023	$ 81.344.454
02-BS-0107-2022	UT EGAT CIPRO 22	901.619.258	FVE-2	12/04/2023	$ 36.203.908

Quedo atenta a cualquier inquietud,

Cordial saludo

TESORERÍA S.C.O.