COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000454336

0024/23

Consecutivo : 000000000454336 Estado : Confirmado
Fecha del Egreso : 4/07/2023 7:47:30 a. m. Valor : $ 2.674.952,00
Beneficiario 41697212 MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ
Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000003146 *Numero Nota:* 00000003146
Valor en Letras DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE
Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.
Numero : Consignar : 07/04/2023 Impuesto X Mil : $ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS CTA Nº 008400747591	41697212	111006001	$ 0,00	$ 2.674.952,00
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000003146	41697212	249058001	$ 2.674.952,00	$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
CUENTADECOBRO003	$ 2.674.952,00				

OP: 28869

TESORERIA DIRECCIÓN FINANCIERA GERENCIA FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró. :65757131 MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO
Usuario Id. :65757131

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque

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

900959051

Fecha Actual : lunes, 26 junio 2023

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	447352	**Factura:**	CUENTADECOBRO003	**Estado:**	Confirmado
Tercero:	Nit 41697212		MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ		
Proveedor:	41697212 - MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ				
Fecha:	lunes 26 de junio de 2023 10:11 a. m.	**Fecha Vencimiento:**	26/06/2023	**Plazo:**	0 Días
Cuenta:	249058001 - ARRENDAMIENTOS				
Cuenta NIIF:	249058001 - ARRENDAMIENTOS				
				Valor:	$2.674.952,00

Valor: DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Observaciones: CTO 02 BS 024 2023 SERVICIO ARRENDAMIENTO CL 32A SUR 26 08 PARA ADECUAR LOS SERVICIOS DE SALUD PARTE DE CONTINGENCIA PARA LA CONSTRUCCION DEL NUEVO CAPS BRAVO PAEZ CAUSACION RETENCION IMPUESTOS

CONCEPTOS

Concepto		Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
149	ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES	41697212	589723051	5BPR01	Debito	$2.800.000,00
		Cuenta NIIF:	589723051			
	Porcentaje		Valor Base			
50	RETEFUENTE BIENES INMUEBLES	41697212	243606002		Credito	$98.000,00
		Cuenta NIIF:	243606002			
14	ARRENDAMIENTO DE BIENES INMUEBLES (NO DECLARANTES) Porcentaje	3,50	Valor Base	2.800.000,00		
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS	41697212	243627002		Credito	$27.048,00
		Cuenta NIIF:	243627002			
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS Porcentaje	9,66	Valor Base	2.800.000,00		

CUOTAS

No. Cuota	Fecha Vencimiento	Valor
1	26/06/2023	$2.674.952,00
	Total Cuotas:	$2.674.952,00

Martha Cardozo C.
Cuentas por Pagar
SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

ELABORO

Andrea Diaz

REVISO

Nombre reporte : PGRPCxP

Usuario: 38233377

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

3108 1ca 3

SM 4723

Recib 4 firmas 30/06/2023 9 UCA

Bogotá 20 de junio de 2023

CUENTA DE COBRO No 003

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

NIT:900.959.051-7

Martha Cardozo C.
Cuentas por Pagar
SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

26 JUN 2023

DEBE A:

MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ

C.C 41 697 212 DE BTA

LA SUMA TOTAL DE:

DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.800.000=)

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO DE ARRENDAMIENTO # 02-BS-024-2023 DEL BIEN INMUEBLE UBICADO EN LA CALLE 32ª SUR #26-08 PARA ADECUAR LOS SERVICIOS DE SALUD TRANSITORIOS COMO PARTE DEL PLAN DE CONTINGENCIA PARA LA CONSTRUCCION DEL NUEVO CAPS BRAVO PAEZ, DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

FORMA DE PAGO:LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E PAGARA A EL CONTRATISTA EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO MENSUAL DENTRO DE LOS PRIMEROS CINCO (5) DIAS SIGUIENTES A LA PRESENTACION DE LA CUENTA DE COBRO DEBIDAMENTE LEGALIZADA

Oliva Alarcón de Perez

ATENTAMENTE

MARIA OLIVA LARCON DE PEREZ

C.C 41 697 212 DE BTA

TEL: 320 886 43 9

Recibí
Viernes
20-06-2023

BANCO
unión

BANCO UNIÓN S.A.

NIT 860.006.797-9

puntored

NIT: 830.513.238-9

Corresponsal Bancario COLPATRIA



Fecha	:	09/06/2023
Hora	:	17:11:54
Asesor	:	LZABALA
Agencia	:	62-BOGOTA TUNAL
Ciudad	:	11001-Bogotá-Bogotá D.C
Medio de pago	:	Efectivo
Valor	:	145,000
Convenio	:	PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE / COLPATRIA
Numero de Pin	:	8861353350
Número de Autorización:	:	643233740
IP	:	192.168.62.4
Cobro de la Transacción	:	0.00

BANCO UNIÓN S.A. Actúa como mero mandatario en el recaudo de dinero para consignación en cuenta. Favor verificar que la naturaleza, titularidad y montos de la transacción coincidan con lo que usted a solicitado. Recuerde que en BANCO UNIÓN S.A. designamos como defensor del cliente principal al Dra. Patricia Amelia Rojas Amézquita para atender las sugerencias o reclamos de nuestros usuarios. Para comunicarse tenga en cuenta esta información: Dirección Calle 64 No 3B-90 Of. 202 de Bogotá, email: defensoria@sernarojasasociados.com, Teléfono: (601) 4898285, Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 5:30 pm jornada continua. Recuerde que usted puede presentar inquietudes, quejas o reclamos a través de nuestra línea de atención al cliente: 01 8000 111 999.

POR FAVOR VERIFIQUE LA INFORMACIÓN DEL TIMBRE

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

CODIGO: AP-IA-FT-010
VERSIÓN: 06
FECHA: 2021-04-08

CERTIFICACION No.	**3**	**INFORME PARCIAL:**	**X**	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	**02-BS-024-2023**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	**26/06/2023**	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ	**NIT O C.C**		**41.697.212**	
Representante Legal:	MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ	**Identificación Representante Legal**	**C.C: X** **C.E:**	41.697.212	
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR EL ARRENDAMIENTO DEL BIEN INMUEBLE UBICADO EN LA CALLE 32 A SUR # 26 – 08 PARA ADECUAR LOS SERVICIOS DE SALUD TRANSITORIOS COMO PARTE DEL PLAN DE CONTINGENCIA PARA LA CONSTRUCCION DEL NUEVO CAPS BRAVO PAEZ, DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	**FORMA DE PAGO:**	Dentro de los primeros 5 dias siguientes a la presentación de la cuenta de cobro debidamente legalizada acompañada de la certificacion del supervisor del contrato.		

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

				Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 134.400.000,00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 33.600.000,00**	**Plazo**	**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
Consecutivo CDP		**Fecha CDP DD/MM/AAAA**	**Registros Presupuestales**	**Consecutivo CRP**	**Fecha CRP DD/MM/AAAA**	**Adiciones/ Modificación**	**Valor Adiciones**	**Prórrogas**	**Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	942	3/04/2023	**Registro Inicial**	14850	14/04/2023					
Disponibilidades Números de Adiciones			**Registros Presupuestales de Adiciones**			**Adición 1:**		**Prórroga 1:**		
						Adición 2:		**Prórroga 2:**		
						Valor Total:	**$ 33.600.000,00**	**Fecha Terminación actual:**		17/04/2024
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	**ARRENDAMIENTOS**			**Código(S) Rubro(S)**	4212020200701	**Validación Tope Máximo del Contrato**	**Adicionar**			

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME CERTIFICACION	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO**	**CENTRO DE COSTO**	**ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO**				
3	CONTRATAR EL ARRENDAMIENTO DEL BIEN INMUEBLE UBICADO EN LA CALLE 32 A SUR # 26 – 08 PARA ADECUAR LOS SERVICIOS DE SALUD TRANSITORIOS COMO PARTE DEL PLAN DE CONTINGENCIA PARA LA CONSTRUCCION DEL NUEVO CAPS BRAVO PAEZ, 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.**

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	001	18/04/2023	18 DE ABRIL AL 17 DE MAYO DE 2023	$ 2.800.000	$ 2.800.000	$ 30.800.000	8,33%	
2	002	18/05/2023	18 DE MAYO AL 17 DE JUNIO DE 2023	$ 2.800.000	$ 5.600.000	$ 28.000.000	16,67%	
3	003	20/06/2023	18 DE JUNIO AL 17 DE JULIO DE 2023	$ 2.800.000	$ 8.400.000	$ 25.200.000	25,00%	
TOTAL				$ 8.400.000	$ 8.400.000	$ 25.200.000	25,00%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

QUE EL ARRENDADOR CUMPLIO CON EL OBJETO DEL CONTRATO POR EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 18 DE JUNIO AL 17 DE JULIO DE 2023. DE OTRA PARTE, SE ENCUENTRA AL DIA CON EL PAGO DE LOS APORTES A SALUD Y PENSION

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	**VALOR EN LETRAS**	**VALOR EN NÚMEROS**
Valor ejecutado	**OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS**	**$ 8.400.000,00**
Saldo por ejecutar	**VEINTICINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS**	**$ 25.200.000,00**
Valor total certificado (Acumulado)	**OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS**	**$ 8.400.000,00**

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	**FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA**
003	20/06/2023

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

VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	**$ 2.800.000,00**
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	**QUE EL ARRENDADOR CUMPLIO CON EL OBJETO DEL CONTRATO POR EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 18 DE JUNIO AL 17 DE JULIO DE 2023. DE OTRA PARTE, SE ENCUENTRA AL DIA CON EL PAGO DE LOS APORTES A SALUD Y PENSION**
ANEXOS: ORIGINAL CUENTA DE COBRO, PAGO PARAFISCALES.	
FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	**JUAN CARLOS PERILLA MONROY**
C.C. No.	79065078
CARGO/PERFIL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
AREA DE UBICACIÓN	DIRECCION ADMINISTRATIVA
Correo Electronico:	contratosadministrativa@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	**JUAN CARLOS PERILLA MONROY**
AREA DE UBICACIÓN	DIRECCION ADMINISTRATIVA
Correo Electronico:	contratosadministrativa@subredcentrooriente.gov.co