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

900959051

Fecha Actual : viernes, 19 abril 2024

COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000518554

Consecutivo :	000000000518554	Estado :	Confirmado
Fecha del Egreso :	18/04/2024 8:04:28 a. m.	Valor :	$ 1.665.690,00
Beneficiario	860503565 LA INSTRUMENTADORA SAS		
Detalle :	Egreso Generado por la Dispersion 00000003896	*Numero Nota:*	00000003896
Valor en Letras	UN MILLON SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS NOVENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.		

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco	BANCO DAVIVIENDA S.A.				
Numero :		Consignar :	04/18/2024	Impuesto X Mil :	$ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS CTA Nº 008400747591	860503565	111006001	$ 0,00	$ 1.665.690,00
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000003896	860503565	240101001	$ 1.665.690,00	$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
FE591	$ 1.665.690,00				

TESORERIA S.C.O.

19772

TESORERIA	DIRECCIÓN FINANCIERA	GERENCIA	FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró. :65757131 MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO

Usuario Id. :52441789

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque

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

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

900959051

Fecha Actual : viernes, 27 octubre 2023

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	470152	**Factura:**	FE591	**Estado:**	Confirmado
Tercero:	Nit 860503565		LA INSTRUMENTADORA SAS		
Proveedor:	860503565 - LA INSTRUMENTADORA SAS				
Fecha:	viernes 27 de octubre de 2023 11:46 a. m.	**Fecha Vencimiento:**	27/10/2023	**Plazo:**	0 Días
Cuenta:	240101001 - BIENES Y SERVICIOS				
Cuenta NIIF:	240101001 - BIENES Y SERVICIOS				
				Valor:	$ 1.665.690,00

Valor: UN MILLON SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS NOVENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Observaciones: CTO 02 BS 071 2023 SERVICIO DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPO BIOMEDICO POR EVENTO PRESTACION DE SERVICIOS SUBRED CENTRO ORIENTE OCTUBRE 2023 CAUSACION IMPUESTOS

CONCEPTOS

Concepto		Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
148	ARRENDAMIENTO DE MUEBLES	860503565	589723050	7ADM02	Debito	$ 1.785.000,00
		Cuenta NIIF:	589723050			
	Porcentaje		Valor Base			
49	RETEFUENTE BIENES MUEBLES	860503565	243606001		Credito	$ 60.000,00
		Cuenta NIIF:	243606001			
12	ARRENDAMIENTO DE BIENES MUEBLES Porcentaje	4,00	Valor Base	1.500.000,00		
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS	860503565	243627002		Credito	$ 16.560,00
		Cuenta NIIF:	243627002			
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS Porcentaje	11,04	Valor Base	1.500.000,00		
61	RETENCION IVA POR SERVICIOS	860503565	243625002		Credito	$ 42.750,00
		Cuenta NIIF:	243625002			
21	RETENCION IVA REGIMEN COMUN Porcentaje	15,00	Valor Base	285.000,00		

CUOTAS

No. Cuota	Fecha Vencimiento	Valor
1	27/10/2023	$ 1.665.690,00
	Total Cuotas:	$ 1.665.690,00

Martha Cardozo C.
Cuentas por Pagar
SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

ELABORO

Andrea Diaz

REVISO

TESORERIA S.C.O.

Nombre reporte : PGRPCxP

Usuario: 38233377

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

7 NOV 2023

dd: 26296/24 7 NOV

dd: 53578/23
Valentina

NIT 860.503.565 Régimen Común
NO SOMOS GRANDES
CONTRIBUYENTES

Factura Electronica de Venta

FE 591

La Instrumentadora S.A.S.
Elementos Médicos Especializados
Certificado CO 05/2047 bajo la norma técnica ISO 9001:2015

SEÑORES
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO OR
NIT/CC: 900959051-7
TELEFONO: 3282828/ ext 11020
DG 34 5 43
110111 BOGOTA D.C.
COLOMBIA
VENDEDOR: ELIZABETH MARIN

PEDIDO: 130012543
BOGOTÁ: 19/10/2023
VENCIMIENTO: 19/01/2024
N. CONTRATO: 02-BS-071-2023

PACIENTE: CLAUDIA PATRICIA FERNANDEZ

H.C. ó AF 52828133
Fecha de Cirugía 19/10/2023

REFERENCIA	ARTICULO	LOTE No.	Cant.	V/UNIT.	IVA/T	V/TOTAL
ALG2	ALQUILER EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA LG2, DE DOS CANALES CON INTERFAZ GRÁFICA Y ACCESORIOS Registro Invima : 2019EBC-0004118-R1	FV 2029-10-15	1	1.500.000	285.000	1.785.000

SUBTOTAL	1.500.000
DESCUENTO	
IVA	285,000
TOTAL FACTURA	**1.785.000**

SON: Un Millón Setecientos Ochenta Y Cinco Mil Peso Colombiano

Favor efectuar pago a nombre de:
LA INSTRUMENTADORA S.A.S

Martha Cardozo C.
Cuentas por Pagar
SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

25 OCT 2023

TESORERÍA S.C.O.

LA MORA EN EL PAGO DE ESTA FACTURA CAUSA INTERES MORATORIO COMERCIAL SOBRE SU VALOR TOTAL. DESPUES DE RECIBIRLA O RETIRARLA LA MERCANCIA NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES. ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO DE ACUERDO AL ARTICULO 779 DEL CODIGO DE COMERCIO.

NOTA: FAVOR GIRAR EL CHEQUE A NOMBRE DE LA INSTRUMENTADORA S.A.S. "PAGUESE UNICAMENTE AL PRIMER BENEFICIARIO"

LA INSTRUMENTADORA S.A.S
NATALIA RINCON AOC
FIRMA AUTORIZADA

ACEPTADA RECIBIDA CONFORMIDAD.
ISABEL AMMI E
NOMBRE LEGIBLE
NIT/C.C 52942473.
FECHA 20 10 2023

Resolución de Facturación DIAN 18764057002458 Consecutivo desde 1 hasta 100000 de 28/09/2023 hasta 28/09/2024
ACTIVIDAD ECONÓMICA 4659 TARIFA 11.04X1000
No somos autorretenedores
CL 87 20 32 Bogotá, D.C. - Colombia - E-mail: facturacion@lainstrumentadora.com
- PROVEEDOR -
(LEY 1231 DE 17/07/2008)
Impreso por SAP Business One

CUFE: 88f2cbab905590ed501382b6d4b2c96b0650212ea98de0b308ba574bf93041af1e091338627e61afe6e2696e1f25d77a

REPRESENTACIÓN GRAFICA DE FACTURA ELECTRÓNICA DISEÑADA PARA SAP BUSINESS ONE - HEINSOHN BUSINESS TECHNOLOGY
Fabricante de Software: SAP COLOMBIA SAS - 900.320.612-5 | Proveedor Tecnologico: FACTURE SAS - 900.399.741-7

19/10/2023 HORA: 04:52:29p. m.

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:	I	**INFORME PARCIAL:**	X	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	02-BS-071-2023	**FECHA DEL INFORME :**	24/10/2023	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	LA INSTRUMENTADORA SAS	**NIT O C.C**		
Representante Legal:	CIRO ANTONIO VEGA JOYA	**Identificación Representante Legal**	C.C: X C.E:	
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR EL ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS POR EVENTO PARA LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	**FORMA DE PAGO:**	El pago se realizará, dentro de los **noventa (90) días calendario, una vez presentada la factura** y/o cuenta de cobro según el caso junto con el certificado de recibido a satisfacción expedida por el Interventor y supervisor del contrato, pago de aportes al sistema de seguridad social Integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales) y aportes Parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar) cuando a ello hubiere lugar, de acuerdo a como lo establece la normatividad vigente y demás documentos requeridos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE.	

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

				Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 5.236.000,00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 17.136.000,00**	**Plazo**	**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA** 28/08/2023	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA** 27/11/2023
Consecutivo CDP		**Fecha CDP DD/MM/AAAA**	**Registros Presupuestales**	**Consecutivo CRP**	**Fecha CRP DD/MM/2018**	**Adiciones/ Modificación**	**Valor Adiciones**	**Prórrogas**	**Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	1643	30/05/2023	**Registro Inicial**	33771	9/08/2023					
Disponibilidades Números de Adiciones			**Registros Presupuestales de Adiciones**			**Adición 1:**		**Prórroga 1:**		
						Adición 2:		**Prórroga 2:**		
						Adición 3:		**Prórroga 3:**		
						Valor Total:	**$ 17.136.000,00**	**Fecha Terminación actual:**		**27/11/2023**
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	ARRENDAMIENTOS		**Código Rubro**	4212020200701		**Continuar con tramite para Contratación Nueva**				

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**				
I	CONTRATAR EL ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS POR EVENTO PARA LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 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 RESOLUCION 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: DD/MM/AAAA**	**PERIODO FACTURADO**	**VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 43 en Instructivo**	**ACUMULADO EJECUTADO**	**SALDO**	**% EJECUCIÓN**	**OBSERVACIONES**
I	FE 591	19/10/2023		1.785.000	$ 1.785.000	$ 15.351.000	10,42%	PACIENTE CLAUDIA PATRICIA FERNANDEZ H.C. 52828133 FECHA 19/10/2023
TOTAL				**$ 1.785.000**	**$ 1.785.000**	**$ 15.351.000**	10,42%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

QUE EL PROVEEDOR PRESTÓ EL SERVICIO DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPO BIOMEDICO OBJETO DEL CONTRATO, EL CUAL SE ENCUENTRA AVALADO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA MEDIANTE LA HOJA DE GASTO DE FECHA 19/10/2023 PARA EL PACIENTE CLAUDIA PATRICIA FERNANDEZ. DE OTRA PARTE, PRESENTA CERTIFICACION DE PAZ Y SALVO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL EXPEDIDA POR EL REVISOR FISCAL.

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	**VALOR EN LETRAS**	**VALOR EN NÚMEROS**

TESORERIA S.C.O.

	SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION	CODIGO: AP-IA-FT-010 VERSION: 06 FECHA: 2021-04-08

Valor ejecutado	**UN MILLON SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS**	**$**	**1.785.000,00**
Saldo por ejecutar	**QUINCE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL PESOS**	**$**	**15.351.000,00**
Valor total certificado (Acumulado)	**UN MILLON SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS**	**$**	**1.785.000,00**

No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	**FECHA DE EMISION DE LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA**
FE 591	**19/10/2023**
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	**$ 1.785.000,00**
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	**QUE EL PROVEEDOR PRESTÓ EL SERVICIO DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPO BIOMEDICO OBJETO DEL CONTRATO, EL CUAL SE ENCUENTRA AVALADO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA MEDIANTE LA HOJA DE GASTO DE FECHA 19/10/2023 PARA EL PACIENTE CLAUDIA PATRICIA FERNANDEZ. DE OTRA PARTE, PRESENTA CERTIFICACION DE PAZ Y SALVO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL EXPEDIDA POR EL REVISOR FISCAL.**

ANEXOS:FACTURA, HOJA DE GASTO Y CERTIFICACION APORTES PARAFISCALES

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	**NIDIA PATRICIA TORO HUERTAS**
C.C. No.	C.C. No. 52161193 de Bogotá
CARGO/PERFIL	Director Administrativo Codigo 009 Grado 05 (E)
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

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 MISIONAL - GESTIÓN QUIRURGICA FORMATO GASTO DE INSUMOS MÉDICOS Y MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

CÓDIGO: MI-QU-FT-008
VERSIÓN: 01
FECHA: 2018-01-04

HOJA DE GASTOS

FECHA	NOMBRE PACIENTE	Nº HISTORIA CLINICA
19/10/2023	CLAUDIA PATRICIA FERNANDEZ	52828133

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	EAPB
NEUROLISI POR RADIOFRECUENCIA	PGP CAPITAL SALUD EPS

INSTRUMENTADOR QUIRURGICO	CIRUJANO	PROVEEDOR
EDNA KAROLINA CUELLAR PEREZ	MANUEL FRANCISCO VERGARA LAGO	LA INSTRUMENTADORA

Nº DE REMISION	SOPORTE TECNICO	Nº DE CONSECUTIVO
130012543	NICOLE VENEGAS	CO-50880

REFERENCIA	NOMBRE INSUMO	CANTIDAD	VALOR UNIT	VALOR TOT
ALG2	ALQUILER EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA LG2 DE DOS CANALES CON INTERFAZ GRAFICA Y ACCESORIOS	1	1785000	1,785,000

TOTAL COP $1,785,000

OBSERVACIONES: CONTRATO 02-BS-07-2023

Pegar Auto Adhesivo

TESORERIA S.C.O.

INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO	EDNA KAROLINA CUELLAR PEREZ	FIRMA	

NOMBRE DEL CIRUJANO	MANUEL FRANCISCO VERGARA LAGO	FIRMA	
SOPORTE TÉCNICO	NICOLE VENEGAS	FIRMA	Nicole U.

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 ESPECÍFICAS CONTRACTUALES

CÓDIGO: AP-RF-FT-131
VERSIÓN: 01
FECHA: 2021-08-20

PROVEEDOR:	LA INSTRUMENTADORA	**CONTRATO No.**	02-IS-071-2023	**OBJETO DEL CONTRATO:**	CONTRATAR EL ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS POR EVENTO PARA LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 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:**	25/08/2023
FACTURA No.	FE 591	**APOYO TÉCNICO:**	ISABEL CRISTINA ARISMENDI ESPINOSA	**FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN:**	20/10/2023

CRITERIO	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	CUMPLE		OBSERVACIONES Y/O COMPROMISOS
		SI	NO	
1	Realizar la entrega del equipo indicado según el paciente asignado por el evento, entregando todos los accesorios y consumibles requeridos por el equipo para el cumplimiento del procedimiento programado.	X		Se cumple con la entrega del equipo, con accesorios y demás necesarios para la prestación del servicio.
2	Asumir los costos de transporte y movilización de traslado del equipo objeto del contrato, hasta el lugar de entrega y del retiro cuando se termine el procedimiento. Los riesgos y las eventualidades que pueden ocurrir será responsabilidad del contratista, quien deberá adoptar las medidas necesarias para garantizar la entrega oportuna y en óptimas condiciones.	X		Se cumple con el objeto del contrato.
3	Realizar cambio de los accesorios y consumibles cuando sea necesario y se requiera cambio por cumplir su vida útil o por desgaste normal del equipo sin costo adicional para la Subred Centro Oriente E.S.E.			No se presenta para el periodo indicado
4	Realizar capacitaciones continuas al personal designado por el supervisor del contrato, así: Capacitación en el correcto manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipo: dirigido a los Profesionales de la Salud y otros que designe el Subred. El oferente programará con el Supervisor del contrato, dichas capacitaciones de acuerdo a las condiciones de funcionamiento de cada equipo.	X		No fue requerido en el periodo presentado.
5	Realizar el mantenimiento correctivo al equipo, cuando se requiera en un término no mayor a 24 horas contados a partir de la solicitud. Cuando no fuere posible reparar el daño en dicho término, deberá remplazar inmediatamente el equipo por uno de iguales características al ofertado, o en su efecto, deberá descontar de la facturación, los días en que el respectivo equipo no se encuentre funcionando.	X		No fue requerido en el periodo presentado.
6	Realizar el acompañamiento técnico en los procedimientos quirúrgicos requeridos por el apoyo técnico o la supervisión del contrato.	X		Se cumple con el objeto del contrato.
7	Mantener vigente póliza contra todo riesgo que ampare el equipo biomédico durante el tiempo del arrendamiento, debido a que la E.S.E no es responsable de asegurar los mismos.	X		Se cumple con el objeto del contrato.
8	En caso de daño de algún equipo sea por mal uso o no, el proveedor deberá reemplazar inmediatamente los repuestos o el equipo por uno de iguales o mejores características, esto con el fin de garantizar el continuo funcionamiento de los mismos. Si el daño no es por mal uso se debe realizar la respectiva reclamación con la aseguradora, si el daño es por mal uso este debe determinarse junto con el personal de la Subred, el supervisor y el proveedor después de instalados los repuestos deberá hacer llegar la cotización del mismo.			No se presenta para el periodo indicado
9	El tiempo de respuesta ante un llamado debe ser menor a 24 horas y contar con disponibilidad fines de semana.	X		Se cumple con el objeto del contrato.
10	Presentar la hoja de gasto de las intervenciones con los equipos en evento, relacionando equipo usado, paciente e intervención.	X		Se anexa hoja de gasto a la factura. TESORERÍA S.C.O.
11	Contar con equipos de back up de respaldo.			No se presenta para el periodo indicado
12	Enviar al correo tecnovigilancia@subredcentrooriente.gov.co, el día anterior o el mismo día del procedimiento, los siguientes documentos del equipo tomado en arriendo por evento: ficha técnica relacionando la serie del equipo, declaración de importación, registro Invima o certificado de no requiere, cronograma de mantenimiento preventivo, último reporte de mantenimiento correctivo y preventivo realizado, informe de calibración y datos del paciente al que se le asignó el equipo.	X		Se recibe la información de acuerdo a los parametros requeridos y en los tiempos solicitados.

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 FECHA: 2021-08-20

PROVEEDOR:	LA INSTRUMENTADORA	CONTRATO No.	02-BS-071-2023	OBJETO DEL CONTRATO:	CONTRATAR EL ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS POR EVENTO PARA LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 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:	28/03/2023
FACTURA No.	FE 591	APOYO TÉCNICO:	ISABEL CRISTINA ARISMENDI ESPINOSA	FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN:	20/10/2023

13	La cantidad o los equipos biomédicos que no se encuentren dentro del contrato podrán ser modificadas o se podrá realizar adición al mismo de acuerdo a las nuevas necesidades que salgan en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, previa autorización del supervisor del contrato.			No se presenta para el periodo indicado

ELABORADO POR:	
NOMBRE:	Elizabeth Valencia
CC:	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 Tecnología Biomedica
FIRMA:	
SUBPROCESO:	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA

RECIBIDO POR	
NOMBRE:	Nidia Toro Huertas
CC:	52161193
CARGO:	Supervisor Profesional Universitario
FIRMA:	
FECHA Y HORA:	OCT 24/2023

LION CONSULTING

Bogotá, 17 de octubre de 2023

CERTIFICACIÓN

Yo, EDILBERTO LEON RAMIREZ, identificado con C.C.74.281.333 de Guateque,en mi calidad de Revisor Fiscal de LA INSTRUMENTADORA S.A.S. Nit: 860.503.565-9; certifico, que la empresa se encuentra a paz y salvo ya que realizo los pagos de los aportes Sistema de Seguridad Social Pensión, ARL y aportes parafiscales, así como Caja de Compensación Familiar; Sena, ICBF, hasta el 30 de septiembre de 2023, Salud se encuentra cancelada hasta el 31 de octubre de 2023 de acuerdo con la Ley 789 (Art.50) de 2002.

Atentamente,

EDILBERTO LEON RAMIREZ
CC.No.74.281.333 de Guateque
Tarjeta Profesional No.99807-T
Revisor Fiscal

TESORERÍA S.C.O.