ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA
Unidad Administrativa Especial Cuerpo
Oficial de Bomberos

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL CUERPO DE BOMBEROS BOGOTÁ
Al contestar cite Radicado 20191013186 Id: 16730
Folios: 1 Anexos: 1 Fecha: 06-septiembre-2019 11:18:01
Origen: JUAN CARLOS GOMEZ MELGAREJO
Destino: HERNANDO IBAGUE RODRIGUEZ

SGH- 2019

PARA **HERNANDO IBAGUE RODRIGUEZ**
Responsable del Presupuesto

DE Supervisor de Contrato 344/2019

ASUNTO Documentos para pago factura No. BG-27841 del 3 de Septiembre de 2019

Comedidamente solicito adelantar el trámite pertinente para el pago de la factura del asunto, para lo cual remito los documentos que relaciono a continuación:

1. Acta de recibo a satisfacción
2. Factura No. BG-27841 del 3 de Septiembre de 2019
3. Certificado de aportes parafiscales
4. Tarjeta profesional Revisor Fiscal
5. Certificado junta central de contadores
6. Cédula revisor fiscal
7. Pago Seguridad social
8. Listado de personal atendido

Cordialmente,

GOMEZ MELGAREJO JUAN CARLOS
SUBDIRECTOR TECNICO

SUBDIRECCION DE GESTION HUMANA

Proyecto: Patricia Gutiérrez Vizcaíno – Profesional Contratista

Reviso: William Cabrejo García – Profesional Especializado

Folios: 13

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
GOBIERNO, SEGURIDAD Y CONVIVENCIA
Unidad Administrativa Especial Cuerpo
Oficial de Bomberos

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN

EL SUPERVISOR / INTERVENTOR DEL CONTRATO No. 344/2019

C E R T I F I C A

Que **SUPLIMED HOSPITALARIO SAS** con *NIT.* No. 811031144-7, ha venido a satisfacción con el objeto del Contrato **No. 344/2019** en el tiempo estipulado en el mismo, donde el contratista se obliga para con la UAE Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá D. C., a "realizar la vacunación para el personal operativo de la UAE Cuerpo Oficial de Bomberos", de acuerdo con los estudios previos realizados y la propuesta presentada.

Que de acuerdo con la certificación anexa suscrita por el Revisor Fiscal de la compañía, la firma contratista se encuentra a paz y salvo con sus obligaciones referentes a Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y SENA.

Por lo anterior, puede procederse a efectuarse el segundo pago, de acuerdo a lo establecido en el Contrato en mención y *de acuerdo a la Factura No. BG 27841 del 3 de Septiembre de 2019.*

El valor autorizado a pagar es la suma de **DIEZ MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE** ($10.373.000.oo) incluido el IVA, correspondiente a la suma de los precios unitarios facturados por el contratista, los cuales son los mismos precios unitarios que contiene la oferta aceptada por la unidad.

Se expide en Bogotá D.C., la presente Certificación para efectos de pago, a los cinco (05) días del mes de Septiembre del año dos mil diecinueve (2019).

Para constancia se firma,

JUAN CARLOS GÓMEZ MELGAREJO
Supervisor

Proyecto: Patricia Gutiérrez Vizcaíno PGV
Profesional Contratista

Reviso: William Cabrejo García
Profesional Especializado

SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

811031144-7

I.V.A REGIMEN COMUN
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
NO SOMOS RETENEDORES DE I.V.A

FACTURA DE VENTA No. BG 27841

2

146

SEÑORES: UAECOB
NIT: 899999061-9 TELEFONO: 3822500
DIRECCION: CLL 20 68 A 06 BOGOTA

FECHA DE EXPEDICION	VENCIMIENTO	PEDIDO
09 03 2019 (MES DIA AÑO)	10 03 2019 (MES DIA AÑO)	000000000
CENTRO DE COSTO	**REMISION**	**COND. DE PAGO**
03	000000000	30 DIAS

VENDEDOR: JORNADAS DE VACUNACION ZONA: 200 TRANSPORTADOR:
DIRECCION ENVIO: DETALLE: UAECOB-MC-011-2019 CONTRATO N° 344

REFERENCIA	DESCRIPCION	%Dcto.	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1150/2019	THIPYM VI (Fiebre Tifoidea) SEDE PRINCIPAL Y CENTRO VACUNACION SUPLIMED Serial: 15 AL 20 DE AGOSTO Lote: P1E152V FV2020-09-30	0,00	24,0	$84.000,00	$2.016.000,00
1200/2019	ANTITETANICA (Toxoide Tetanico) SEDE PRINCIPAL Y CENTRO VACUNACION SUPLIMED Serial: 15 AL 20 DE AGOSTO Lote: 220800119B FV2021-12-30	0,00	61,0	$13.000,00	$793.000,00
1119/2019	TWINRIX (Hepatitis A+B) SEDE PRINCIPAL Y CENTRO VACUNACION SUPLIMED Serial: 15 AL 20 DE AGOSTO Lote: AHABB395AB FV2021-06-30	0,00	62,0	$122.000,00	$7.564.000,00

OBSERVACIONES:
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DE CADENA DE FRIO
ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA PARA TODOS SU EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO SEGUN ART. 774 DEL C. DEL C. - ACTIVIDAD ECONOMICA 4645
AUTORIZACION DE FACTURACION Nro. 18762007153322 del 2018/03/01 VIGENCIA 24 MESES

EMISOR:

SupliMed
NIT. 811.031.144-7
Dir. Cra. 63 No. 100 - 27
Tel. 613 9651

FIRMA, FECHA Y SELLO

DAMOS POR ACEPTADA LA FACTURA EN EL MOMENTO EN QUE UNA PERSONA DE LA EMPRESA FIRME

FIRMA:

NIT O C.C.:

FECHA: MES DIA AÑO

RECIBI CONFORME - FIRMA, FECHA Y SELLO

SUBTOTAL	$10.373.000,00
DESCUENTO	$0,00
SUBTOTAL-DCTO	$10.373.000,00
I.V.A	$0,00
TOTAL	$10.373.000,00
RTE.FTE	$0,00
RTE.IVA	$0,00
RTE.ICA	$0,00
NETO	$10.373.000,00

SON: DIEZ MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

Calle 33 No. 74 E - 116
Medellín - Colombia
Telefax: 414 49 30

Calle 36 No. 54A - 35
Rionegro (Ant.)
Clínica Somer - Consultorio 302
Teléfono: 561 96 45

Carrera 63 No. 100 - 27
Los Andes - Bogotá
Teléfono: 613 96 51

Factura impresa por computador por: Megasistemas S.A.S. - Nit: 800009741-2 RESOLUCION DE FACTURACION No.: . de 2018/03/01RANGO DE FACTURACION : BG016483 - BG200000

SupliMed
PARA UN MAÑANA MÁS SANO

Bogotá, Septiembre 3 de 2019

Señores
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL CUERPO OFICIAL DE BOMBEROS
Atn: Departamento Jurídico y de contratación
Bogotá

CERTIFICO

Que la Compañía **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S**, identificada con nit 811.031.144-7 ha realizado el pago de los aportes de sus Empleados a los Sistemas de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje. Certificamos también que a la fecha de la presentación de nuestra propuesta, hemos realizado el pago de los aportes correspondientes a la nómina de los últimos seis (6) meses contados a partir de la citada fecha, en los cuales se ha causado la obligación de efectuar dichos pagos.

Cualquier información adicional con gusto estaré dispuesto a suministrarla

Atentamente,

VÍCTOR HUGO MONTOYA ZAPATA
Contador Público
Tarjeta No.59937-T

RICARDO LEON ESPINOSA PATIÑO
Revisor Fiscal
Tarjeta No. 7156 - T

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

70.561.582
ESPINOSA PATIÑO

RICARDO LEON



JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

7156-T

RICARDO LEON





19-MAR-1954
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

1.74 O+ M

16-JUN-1975 MEDELLIN

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

F 1 7 F B A B F 4 2 4 A 7 A B 5

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **RICARDO LEON ESPINOSA PATIÑO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 70061592 de MEDELLIN (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 7156-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 15 días del mes de Julio de 2019 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

6
150

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

COLPATRIA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811031144
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SUPLIMED HOSPITALARIO SA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CARRERA 76 N 35 -09	TELÉFONO:	4144930
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7730253868**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2019	SALUD:	AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2019/09/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		490593687

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	13	$ 2.473.000
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	13	$ 3.829.200
800227940	231001	231001-COLFONDOS	4	$ 767.800
800224808	230301	230301-PORVENIR	4	$ 656.900
SUBTOTAL:			34	**$ 7.726.900**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830009783	EPS023	EPS023-CRUZ BLANCA S.A.	1	$ 44.100
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	3	$ 158.400
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1	$ 108.000
900604350	EPS040	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	1	$ 38.000
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	5	$ 227.400
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	17	$ 1.248.400
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 64.000
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	4	$ 251.300
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3	$ 128.700
SUBTOTAL:			36	**$ 2.268.300**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	15	$ 989.100
890900841	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	20	$ 1.230.100
SUBTOTAL:			35	**$ 2.219.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	36	$ 939.500
SUBTOTAL:			36	**$ 939.500**

TOTAL PAGADO:	**$ 13.153.900**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811031144
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SUPLIMED HOSPITALARIO SA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CARRERA 76 N 35 -09	TELÉFONO:	4144930
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7727367755	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2019	SALUD:		AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/08/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			477342325

LIQUIDACIÓN GENERAL

PENSIÓN

ADMINISTRADORA			TOTALES	
NIT	CÓDIGO	NOMBRE	COTIZANTES	TOTAL PAGADO
800229739	230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	13	$ 2.503.100
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	12	$ 3.584.800
800227940	231001	231001-COLFONDOS	4	$ 769.800
800224808	230301	230301-PORVENIR	5	$ 750.600
SUBTOTAL:			34	**$ 7.608.300**

SALUD

ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830009783	EPS023	EPS023-CRUZ BLANCA S.A.	1	$ 44.300
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	3	$ 148.900
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	3	$ 197.600
901097473	EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1	$ 44.000
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	5	$ 227.800
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	14	$ 1.105.200
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	2	$ 85.400
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	4	$ 251.800
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3	$ 199.200
SUBTOTAL:			36	**$ 2.304.200**

CAJA DE COMPENSACIÓN

ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	15	$ 978.900
890900841	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	20	$ 1.180.600
SUBTOTAL:			35	**$ 2.159.500**

RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	36	$ 916.800
SUBTOTAL:			36	**$ 916.800**

TOTAL PAGADO:	**$ 12.988.800**

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales **AUTORIZO** la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. **Se recomienda**: aplicar compresas de agua fria o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 dias, no tocar, no rascar y no realizar masaje. Si presenta algun efecto adverso grave o severo como fiebre alta, inapetencia o inflamacion fuerte, favor comunicarse de inmediato con **Suplimed Hospitalario** a los telefonos 6139651-7027235 al celular 3134339766.

Recibí, carnet de vacunación con el registro de las vacunas aplicadas; nombre, No. De lote, laboratorio productor de la vacunas, Fecha de vencimiento de cada vacuna y firma de la enfermera vacunadora de Suplimed Hospitalario SAS.

SupliMed
PARA UN MAÑANA MÁS SANO

REGISTRO JORNADA DE VACUNACION BOMBEROS SEDE _____

No.	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	RH	EPS	DIRECCION	TELEFONO	ANTITETANICA (DELTA) 1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	REFUERZO	HEPATITIS A (HAVRIX) 1 DOSIS	2 DOSIS	FIEBRE TIFOIDEA (TYPHIM VI)	FIRMA
1	1014187149	Pablo Sirira	06-07-87	B+	Compensar	cl 67 #108-65	3017565888	14 AGO 2019				15 AGO 2019		15 AGO 2019	
2	1022379955	Neidee Udasquez	15-09-92	O+	Sanitas	Dg 2b 79c-39	3178510445	15 AGO 2019				15 AGO 2019		15 AGO 2019	
3	80196550	Luis A Mata Morales	10-06-83	A+	Compensar	cl 24 # 89este Madrid	3208924484	15 AGO 2019				15 AGO 2019		15 AGO 2019	
4	11366308	Diver Suarez S	25-02-83	A+	Famisanar	cr 2 2A-13 Madrid	3102288014	15 AGO 2019				15 AGO 2019		15 AGO 2019	
5	1144033197	Kenny Sanchez	22-2-90	O+	Famisanar	cr 79b 49b-16	3179947170	15 AGO 2019				15 AGO 2019		15 AGO 2019	
6	1022324324	Karen L Balaños	29-5-86	A+	Compensar	Cr 72i bis A 38-20	3107886235	15 AGO 2019				15 AGO 2019		15 AGO 2019	
7	1033795710	Cindy Mejia Mendez	12-9-90	O+	colsanitas	Dg 62sur 20b-30	2648343	15 AGO 2019				15 AGO 2019		15 AGO 2019	
8	80771742	Jhon W Cardenas M	21-4-85	O+	Sanitas	cr 2bis 6d-48	2463947	15 AGO 2019				15 AGO 2019		15 AGO 2019	
9	1085590171	Jhon A paez torres	16-8-87	O+	Famisanar	cra 17este 58-32s	3143043165	15 AGO 2019				15 AGO 2019		15 AGO 2019	
10	1010203561	Leidy tatiana perez	11-7-92	O+	Salud total	cl 77 34 02 sur	3108685583		15 AGO 2019			15 AGO 2019			
11	1023021624	Brayan E Castro	14-6-97	A+	Compensar	tv 3A 77-52sur	3123398930	15 AGO 2019				15 AGO 2019		15 AGO 2019	Brayan C.
12	1057547851	Yerson Camacho	4-7-96	A+	Compensar	cra 62 77-10	3223701804	15 AGO 2019				15 AGO 2019		15 AGO 2019	
13	1030642509	Miguel Sepulveda	3-7-94	O+	Famisanar	cl 48 Abis 72i15	3213921402	15 AGO 2019				15 AGO 2019		15 AGO 2019	
14	11275475	Juan A Lovera	1-11-82	O+	Famisanar	Vereda chuntame	3157649286	15 AGO 2019				15 AGO 2019		15 AGO 2019	
15	1088240781	Juan R. Agudelo	22-7-86	A+	Medimas	cl 36sur 52A-50	3218234379	15 AGO 2019				15 AGO 2019		15 AGO 2019	
16	41963398	leidy Rodriguez	25-6-85	A+	Sura	cl 59sur 65-31	3115081663					15 AGO 2019		15 AGO 2019	
17	1070948256	Jhon Fredy Diaz	25-10-87	O+	Famisanar	cra 2 19-04 Facatativa	3114834944	15 AGO 2019				15 AGO 2019		15 AGO 2019	
18	1073234466	Gerardo toscano	14-5-89	B+	Famisanar	cl 17b 1 48este Mosquera	3118314655	15 AGO 2019				15 AGO 2019		15 AGO 2019	

lote: 220800119A 12-2021

LOTE: AHABB395AB-6-

FECHA DE VENCIMIENTO: 6-2021

lote: P1E15-9-2020

Nancy Rodriguez
CC 25024299
Aux. de Enfermeria

VACUNADORA: _____

REGISTRADORA: Mercedes López
C.C. 52.424.343
~~Aux. de Enfermeria~~

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales **AUTORIZO** la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. **Se recomienda**: aplicar compresas de agua fria o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 dias, no tocar, no rascar y no realizar masaje. Si presenta algun efecto adverso grave o severo como fiebre alta, inapetencia o inflamacion fuerte, favor comunicarse de inmediato con **Suplimed Hospitalario** a los telefonos 6139651-7027235 al celular 3134339766.

Recibí, carnet de vacunación con el registro de las vacunas aplicadas; nombre, No. De lote, laboratorio productor de la vacunas, Fecha de vencimiento de cada vacuna y firma de la enfermera vacunadora de Suplimed Hospitalario SAS.

SupliMed
PARA UN MAÑANA MÁS SANO

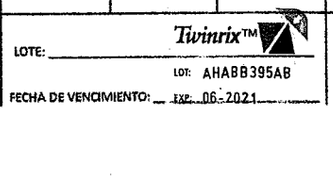
REGISTRO JORNADA DE VACUNACION BOMBEROS SEDE _____

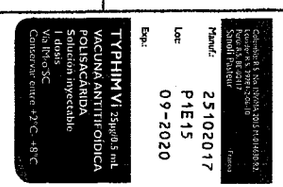
No.	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	GRUPO SANGUINEO	EPS	DIRECCION Y/O BARRIO	TELEFONO	ANTITETANICA (DELTAVAC) 1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	REFUERZO	HEPATITIS A (HAVRIX) 1RA DOSIS	2DA DOSIS	3RA DOSIS	FIEBRE AMARILLA (STAMARIL)	FIRMA
1	52546577	Sandra Mateo	28-6-80	O+	Compensar	Cl 18 sur 35-07	3166925756	15 AGO 2019				15 AGO 2019			15 AGO 2019	
2	80196528	Davison Gonzalez	14-10-83	O+	Sanitas	Cl 152 116-21	3192477964	15 AGO 2019				15 AGO 2019			15 AGO 2019	
3	1101183388	Jairz Roberth Cotrino	11-4-89	O+	Famisanar	Cra 31 38 178	3143468148	15 AGO 2019				15 AGO 2019			15 AGO 2019	
4	79926450	Alexis J Martinez	9-9-82	AB+	Compensar	Cr 87 D 48-03 sur	3103243135	15 AGO 2019				15 AGO 2019			15 AGO 2019	
5	80547315	Fredy Villalobos	5-11-82	O+	Nueva EPS	Cl 7 1E-58 Chia	3003814943	15 AGO 2019				15 AGO 2019			15 AGO 2019	
6	1024481820	Carlos Garcia	24-5-88	O+	Famisanar	Tus 4 5-96	3202573185	15 AGO 2019				15 AGO 2019			15 AGO 2019	
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																

Nancy Rodriguez
CC 25024299
VACUNADORA: Aux. de Enfermería

Mercedes López
C.C. 52.424.343
REGISTRADORA: Aux. de Enfermería







Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales **AUTORIZO** la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. **Se recomienda**: aplicar compresas de agua fria o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 dias, no tocar, no rascar y no realizar masaje. Si presenta algun efecto adverso grave o severo como fiebre alta, inapetencia o inflamacion fuerte, favor comunicarse de inmediato con **Suplimed Hospitalario** a los telefonos 6139651-7027235 al celular 3134339766.

Recibí, carnet de vacunación con el registro de las vacunas aplicadas; nombre, No. De lote, laboratorio productor de la vacunas, Fecha de vencimiento de cada vacuna y firma de la enfermera vacunadora de Suplimed Hospitalario SAS.

REGISTRO JORNADA DE VACUNACION BOMBEROS - SEDE Principal

Nº	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	RH	EPS	DIRECCION	TELEFONO	HEPATITIS A+B				ANTITETANICA				FIRMA
								1RA DOSIS	2DA DOSIS	3RA DOSIS	REFUERZO	1RA DOSIS	2DA DOSIS	3RA DOSIS	REFUERZO	
1	1014179849	Monica Maria Jimenez.	20-5-86	O+	sanitas	cl 68 B Bis # 70 C 17.	3219137333		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
2	80831361	Fabian Andres Castro	01-07-85	O+	sanitas	Diag 26 #80A 02	3142490800		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
3	1048848093	David Andres Villate.	13-6-89	O+	sura	Diag 83 #76-51	3008397056.		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
4	1057990087	Andres Hernandez.	01-8-92	B+	compensar	cl 68 B # 111 C 35	3208589606		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
5	1073166928	jhon Freddy Bayco	11-7-91	O+	Familiar	Kl 1C # Madrid 5-54 SUI	3505770957.		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
6	93341817	oscar Ospina Martinez.	03-9-78	O+	Familiar	cl 128 C Bis #86-19	3132769742		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
7	1057596213	Daniel Acevedo	4-10-94	O+	sanitas	cl 101 # 83-90	3004559851.		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
8	1023880501	Juan david cespedes	06-01-89	A+	Familiar	30 (47 SUI # 9-79	3173595723		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
9	79755835	Daniel Antonio Espejo	01-9-75	A+	Familiar	cl 69 C Bis SUI 3A 19	3124295520		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
10	1033793680	Omar Arturo Galzon	08-12-96	O+	sanitas	Diag 49A # 13K 18 SUI	3502500337		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
11	1076648814	Jenifer Lorena Castro	8-7-87	B+	compensar	Kl 32 # A-198	3204485753		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
12	1030619509	Deisy Paola Beltran	10-12-94	O+	compensar	cl 42d # 32H-89	3105551395.		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
13	52760744	Marfi Lorena Cubides	12-2-84	O+	Familiar	cr 38 H 33-95	3015555930		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
14	1115793483	Edras Beltran	24-8-92	AB+	NCEM	Diag 62 SUI #19d 69	3178578252		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
15	800229995	Cristian Ailey duarte.	28-6-79	B-	sanitas	Kl 71B # 53A 85 SUI	3222505240.		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
16	80903942	Elkin Mauricio Martinez.	9-12-85	O+	compensar	Kl 121 este # 33-02	3105933197.		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
17	1130633750.	Giovanny Bedoya	20-2-89	B+	sura	Cl 87 A # 56-16 SUI	3027730 8		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
18	1013652067	Yudis Anderson Curtis F.	3-9-94	O+	sanitas	cl 144 # 49-50	3133230188.		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
19	1057542451	Dora Bayardo Sandoval	16-12-94	B+	Familiar	TV 65 # 59 SUI 39	3116692166		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
20	1014216665	Edwin Guerrero	24-9-90	O+	Cruzblanca	Kl 77 A # 63F 04	3203093990		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
								LOTE: AHABB395AB				LOTE: 220800119A				
								FECHA DE VENCIMIENTO: 30/06/2021				FECHA DE VENCIMIENTO: 30/12/2021				

Nancy Rodriguez
CC 25024299
Aux. de Enfermeria

VACUNADORA: _____

REGISTRADORA: Leidy Vasquez

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales **AUTORIZO** la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. **Se recomienda**: aplicar compresas de agua fria o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 dias, no tocar, no rascar y no realizar masaje. Si presenta algun efecto adverso grave o severo como fiebre alta, inapetencia o inflamacion fuerte, favor comunicarse de inmediato con **Suplimed Hospitalario** a los telefonos 6139651-7027235 al celular 3134339766.

Recibí, carnet de vacunación con el registro de las vacunas aplicadas; nombre, No. De lote, laboratorio productor de la vacunas, Fecha de vencimiento de cada vacuna y firma de la enfermera vacunadora de Suplimed Hospitalario SAS.

REGISTRO JORNADA DE VACUNACION BOMBEROS - SEDE Principal

Nº	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	RH	EPS	DIRECCION	TELEFONO	HEPATITIS A+B				ANTITETANICA				FIRMA
								1RA DOSIS	2DA DOSIS	3RA DOSIS	REFUERZO	1RA DOSIS	2DA DOSIS	3RA DOSIS	REFUERZO	
1	80201844	WILTER TICO	21-5-82	O+	SUIA	KI 73 # 39 64 SUI	3213324731		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
2	1010232512	DUBAN MATEUS	14-3-93	A+	SALUD TOTAL	CL 58 # 10-68 CHIA	3228134085		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
3	80136785	FIDEL ARMANDO VALERO	27-2-86	A+	FAMISANAR	CL 137A # 153A 57	3013229 8809		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
4	1033742186	BRAYAN CASTIBLANCO	18-2-92	O+	SUIA	TV 5 x # 48L 52 SU	3143911386		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
5	1014306614	CAMILO ANDRES PACHON	23-12-89	B+	COOMEVA	DG 84A 82-98	3183270667		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
6	1069737775	FIDEL ESNEYDER TORRES	26-11-91	O+	COMPENSAR	CL 65 SUR # 82606	3124926129		16 AGO 2019				16 AGO 2019			
7	1033748868	JUAN SEBASTIAN CUERVO R	15-10-92	O+	CAPITAL SALUD	KR 34C # 17B 63	3811526 2617	16 AGO 2019				16 AGO 2019				
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

LOTE: AHABB395AB

FECHA DE VENCIMIENTO: 30/05/2021

LOTE: 220800119A

FECHA DE VENCIMIENTO: 30/12/2021

Nancy Rodriguez
CC 25024299
Aux. de Enfermeria

VACUNADORA: _____

REGISTRADORA: Leidy Vasquez

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades fisicas y mentales **AUTORIZO** la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. **Se recomienda**: aplicar compresas de agua fria o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 dias, no tocar, no rascar y no realizar masaje. Si presenta algun efecto adverso grave o severo como fiebre alta, inapetencia o inflamacion fuerte, favor comunicarse de inmediato con **Suplimed Hospitalario** a los telefonos 6139651-7027235 al celular 3134339766.

Recibí, carnet de vacunación con el registro de las vacunas aplicadas; nombre, No. De lote, laboratorio productor de la vacunas, Fecha de vencimiento de cada vacuna y firma de la enfermera vacunadora de Suplimed Hospitalario SAS.

REGISTRO JORNADA DE VACUNACION BOMBEROS SEDE Principal

No.	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	RH	EPS	TELEFONO	REPETIDO AÑO ANTERIOR				ANTE FIEBRE AMARILLA			FIEBRE AMARILLA	FIRMA
							1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	REFUERZO	1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	REFUERZO 10 AÑOS VI	
1	1016041535	Cristian Camilo Fonseca	16-12-91	O+	Sanitas	3102983325	20 AGO 2019				20 AGO 2019		20	AGO 2019	
2	1030622197	Brayan Adolfo Infante	14-3-93	O+	comp.	3133363846	20 AGO 2019				20 AGO 2019				
3	79871792	Daniel Ballesteros	22-3-76	A+	famisa	3219171081	20 AGO 2019				20 AGO 2019				
4	1016061055	Wilmar Canon	16-11-93	O+	Sanita	3107874466	20 AGO 2019				20 AGO 2019				
5	53072434	Dory Julieth Martinez	24-7-84	B+	comp.	3203212175	20 AGO 2019				20 AGO 2019				
6	1022362642	Luis Alejandro Pulido	16-6-90	O+	sanita	3045255638	20 AGO 2019				20 AGO 2019				
7	80791312	Hugo Rubiano	1-10-83	B+	coomeva	3053035953	20 AGO 2019				20 AGO 2019				
8	1033713673	Sebastian Quiroga	5-4-89	A+	Nueva	3118863549	20 AGO 2019				20 AGO 2019				
9	80063278	Daniel Ramirez	27-10-80	B+	comp.	3112534461	20 AGO 2019				20 AGO 2019				
10	1037323913	Luz Leidy Vilbe Doque	9-7-91	O+	S total	3104028641	20 AGO 2019				20 AGO 2019				
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															

ENFERMERA VACUNADORA Martha A ENFERMERA REGISTRADORA: Martha A LOTE: AHA0395AB 30-6-2021 LOTE: 220801RA-12-2021 LOTE: P1E15-9-2020

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales **AUTORIZO** la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. **Se recomienda**: aplicar compresas de agua fria o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 dias, no tocar, no rascar y no realizar masaje. Si presenta algun efecto adverso grave o severo como fiebre alta, inapetencia o inflamacion fuerte, favor comunicarse de inmediato con **Suplimed Hospitalario** a los telefonos 6139651-7027235 al celular 3134339766.

Recibí, carnet de vacunación con el registro de las vacunas aplicadas; nombre, No. De lote, laboratorio productor de la vacunas, Fecha de vencimiento de cada vacuna y firma de la enfermera vacunadora de Suplimed Hospitalario SAS.

REGISTRO JORNADA DE VACUNACION BOMBEROS SEDE Fenicia B7.

Nº	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	RH	EPS	TELEFONO	HEPATITIS A / TIFOIDEA				ANTITETANICA			FIEBRE TIFOIDEA	FIRMA
							1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	REFUERZO	1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	UNICA VEZ	
1	1018434392	Byron Puentes	31.03.90	O+	Nueva eps		20 AGO	2019			20 AGO	2019			Byron P.
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															

ENFERMERA VACUNADORA Carolina Lopez ENFERMERA REGISTRADORA: Carolina Lopez LOTE: AHABB395AB - 6.2021 LOTE: 220800119A - 12.2021 LOTE: _____