CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CUARENTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

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

900959051

Fecha Actual : jueves, 06 junio 2024

COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000527222

Consecutivo :	000000000527222	Estado :	Confirmado
Fecha del Egreso :	5/06/2024 10:52:00 a. m.	Valor :	$ 5.394.041,00
Beneficiario	900820009 IMQUIRURGICOS SAS		
Detalle :	Egreso Generado por la Dispersion 00000004032	*Numero Nota:*	00000004032
Valor en Letras	CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CUARENTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.		

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.

Numero : Consignar : 06/05/2024 Impuesto X Mil : $ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS Nº482800038051 MANEJO RECURSOS DE SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD RESOLUCION 598 DE 2024	900820009	111006217	$ 0,00	$ 5.394.041,00
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000004032	900820009	240101001	$ 5.394.041,00	$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
IMQE6550	$ 5.394.041,00				

OP: 28408.

PREPARADO	REVISADO	APROBADO	CONTABILIZADO	FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró 65257131 MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO

[illegible] ISRIOCuenBancoEgresoCheque Usuario Id: 523441789

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

900959051

Fecha Actual : martes, 31 octubre 2023

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	470293	**Factura:**	IMQE6550	**Estado:**	Confirmado
Tercero:	Nit 900820009		IMQUIRURGICOS SAS		
Proveedor:	900820009 - IMQUIRURGICOS SAS				
Fecha:	martes 31 de octubre de 2023 01:46 p. m.	**Fecha Vencimiento:**	31/10/2023	**Plazo:**	0 Días
Cuenta:	240101001 - BIENES Y SERVICIOS				
Cuenta NIIF:	240101001 - BIENES Y SERVICIOS				
				Valor:	$ 8.772.418,00

Valor: OCHO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Observaciones: CTO 02 BS 070 2023 REGISTRO SERVICIO ARRENDAMIENTO EQUIPOS BIOMEDICOS POR EVENTO PARA LAS UNIDADES PERIODO OCTUBRE 2023 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS

CONCEPTOS

Concepto			Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
148	ARRENDAMIENTO DE MUEBLES		900820009	589723050	1SCG04	Debito	$ 9.389.100,00
			Cuenta NIIF:	589723050			
		Porcentaje		Valor Base			
49	RETEFUENTE BIENES MUEBLES		900820009	243606001		Credito	$ 315.600,00
			Cuenta NIIF:	243606001			
12	ARRENDAMIENTO DE BIENES MUEBLES	Porcentaje	4,00	Valor Base	7.890.000,00		
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS		900820009	243627002		Credito	$ 76.217,00
			Cuenta NIIF:	243627002			
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS	Porcentaje	9,66	Valor Base	7.890.000,00		
61	RETENCION IVA POR SERVICIOS		900820009	243625002		Credito	$ 224.865,00
			Cuenta NIIF:	243625002			
21	RETENCION IVA REGIMEN COMUN	Porcentaje	15,00	Valor Base	1.499.100,00		

CUOTAS

No. Cuota	Fecha Vencimiento	Valor
1	31/10/2023	$ 8.772.418,00
	Total Cuotas:	$ 8.772.418,00

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]

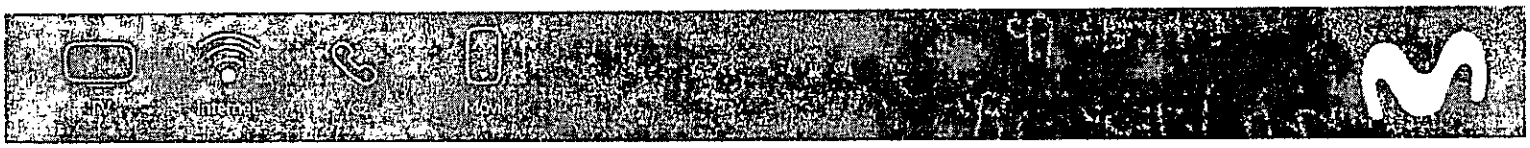
P.P 5394041

dd: 32803/24

17 7 NOV 2023

dd: 54852/23

Valentina



Cuenta : 43613433

Servicios Telecomunicaciones

Número Celular	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total sin IVA	IVA 19%	Valor Total
3164179285	DESCUENTO LDI O	1		-134	-26	-160
3175020405	DESCUENTO LDI O	1		-134	-26	-160
3164179285	SIM POS VALID 256K-LTER8-2/3/4FF - 8957123312213049012	1	2,521	2,521	479	3,000
3175020405	SIM POS VALID 256K-LTER8-2/3/4FF - 8957123312213049004	1	2,521	2,521	479	3,000
Sub Total Servicios Telecomunicaciones						**77,648**

Otros Impuestos

Número Celular	Descripción	Valor Total
3164179285	IMPUESTO AL CONSUMO VOZ 4%	166
3175020405	IMPUESTO AL CONSUMO VOZ 4%	166
Sub Total Otros Impuestos		**332**

IMQUIRURGICOS SAS

Nit 900820009 9

Factura Electrónica De Venta No

IMQE No. 6550

Responsable de IVA, No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes

Actividad Económica ICA 7730 9.66 X 1000

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764053341521 que habilita desde IMQE 6001 hasta IMQE 7000. Vence 2024-08-09

CLIENTE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE			**POR CONCEPTO DE**
NIT	900959051 7			FACTURA DE VENTA
DIRECCIÓN		**CIUDAD**	**TELÉFONO**	
DG 34 5 43		Bogota D.C.	3444484	

FECHA FACTURA	**FECHA VENCIMIENTO**	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
09/10/2023	07/01/2024	IMQUIRURGICOS SAS	Credito

	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	A-N-M	MONITOR DE PARES CRANEALES	1	Und.	5.800.000	19%	1.102.000	5.800.000
2	A-A-U-S	GENERADOR DE ASPIRACION ULTRASONICA CIRUGIA REALIZADA A LA PACIENTE ARIZALYD ARANZALES MAJE ID 40779708 POR EL DR GUTIERREZ/MONROY EL DIA 04 DE OCTUBRE DEL 2023 HOSPITAL SANTA CLARA CONTRATO N° 02-BS-070-2023	1	Und.	2.090.000	19%	397.100	2.090.000

ISABEL CAMMIS 09/10/23

31 OCT 2023

Martha Cardozo C.
Cuentas por Pagar
SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

Total líneas o ítems: 2	
Orden C	

SUBTOTAL	**7.890.000**
DESCUENTO	**0**
IVA	**1.499.100**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**9.389.100**
RETEFUENTE	**315.600**
RETEIVA	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL MENOS RETENCIONES	**9.073.500**

Valor en Letras NUEVE MILLONES SETENTA Y TRES MIL QUINIENTOS PESOS M/C

Consignar a la cuenta ahorros Bancolombia No. 198-376503-24 a nombre de IMQUIRURGICOS SAS NIT 900.820.009-9

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 09/10/2023 07:19:26

Carrera 103 B No. 154 - 61 OF 2809 Teléfono 4738337

EMAIL: facturacionimquirurgicos@gmail.com

LA PRESENTE FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS LEGALES A UN TITULO VALOR DE ACUERDO CON EL ARTICULO 772 DEL CODIGO DE COMERCIO,

EL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO OPORTUNO DE ESTA FACTURA GENERA INTERES DE MORA A LA TASA MAXIMA PERMITIDA LOS CUALES SERAN LIQUIDADOS Y FACTURADOS DESDE EL PRIMER DIA DE MORA Y HASTA SU PAGO TOTAL.

EL CLIENTE Y/O ACEPTANTE, DECLARA HABER RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE LOS ARTICULOS DESCRITOS EN VENTA O EL SERVICIO PRESTADO SEGÚN SEA EL CASO Y SE OBLIGAN A PAGAR EL VALOR FACTURADO EN MONEDA LEGAL.

LA NO RECLAMACION POR ESCRITO ANTE EL CONTENIDO DE ESTA FACTURA DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A SU ENTREGA, DARA A ENTENDER LA FACTURA HA SIDO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA.

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: f7da4adc2e3cd7f021f3d655a9037422750661bf1c5225812d46110a3234bff72552a24ff6f13968b2e318eef260d263 --Fecha y Hora de Expedición : 09/10/2023 7:48:54 a. 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

CÓDIGO: 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-070-2023	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	18/10/2023	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	IMQUIRURGICOS SAS	**NIT O C.C**	900.820.009-9	
Representante Legal:	LUZ ALEIDA ROJAS CORREA	**Identificación Representante Legal**	**C.C:** X **C.E:**	52.341.926
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.		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

									Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
				Valor Tope del Contrato (Maximo)**	$ 131.947.200,00	**Valor Inicial contrato:**	$ 32.986.800,00	**Plazo**	14/08/2023	13/11/2023
Consecutivo CDP		**Fecha CDP DD/MM/AAAA**	**Registros Presupuestales**	**Consecutivo CRP**	**Fecha CRP DD/MM/2018**	**Adiciones/ Modificación**	**Valor Adiciones**	**Prórroga:**	**Fecha Inicial Prorroga: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación Prorroga: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	1643	30/05/2023	**Registro Inicial**	31997	4/08/2023					
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:**		
						Valor Total:	$ 32.986.800,00	**Fecha Terminación actual:**		13/11/2023
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/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 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.**

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: DD/MM/AAAA	PERIODO FACTURADO	VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 43 en Instructivo	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	IMQE 6550	9/10/2023		$ 9.389.100	$ 9.389.100	$ 23.597.700	28,46%	
TOTAL				**$ 9.389.100**	**$ 9.389.100**	**$ 23.597.700**	**28,46%**	

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 05/10/2023 PARA EL PACIENTE ARIZALYD ARANZALES MAJE. 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
Valor ejecutado	NUEVE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CIEN PESOS	**$ 9.389.100,00**
Saldo por ejecutar	VEINTITRES MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS PESOS	**$ 23.597.700,00**
Valor total certificado (Acumulado)	NUEVE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CIEN PESOS	**$ 9.389.100,00**

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA
IMQE 6550	**9/10/2023**
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	**$ 9.389.100,00**
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 05/10/2023 PARA EL PACIENTE ARIZALYD ARANZALES MAJE. 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	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

IMQUIRURGICOS S.A.S

NIT: 900.820.009

CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

(ART 50 LEY 789/02)

Certifico que la empresa de IMQUIRURGICOS S.A.S con NIT 900.820.009, Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto del Sistema de Seguridad Social cuando a ello ha habido lugar, en cuanto a salud, pensiones y riesgos laborales y cuando ha sido del caso con los aportes del Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar, en los últimos seis meses, incluyendo octubre del presente año

Esta certificación se expide en Bogotá a los tres (03) días del mes de octubre del dos mil veinte y tres (2023).

MAIRA PAEZ GONZALEZ
Revisor Fiscal
Cedula de ciudadanía No. 1.032.382.590
Tarjeta profesional No. 225450-T

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	900820009-9	IMQUIRURGICOS S.A.S	Calle 66 # 50 A 14	4738327	alyta27@gmail.com	
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
					32	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-09	E	06/10/2023	71436498	$18.172.600	

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	7	2.857.400	2.863.600
Pensión	4	11.004.800	11.028.000
Riesgos Laborales	1	1.418.500	1.421.500
CCF	1	2.853.600	2.859.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	18.134.300	18.172.600

PAGADA

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	900820009-9	IMQUIRURGICOS S.A.S		Calle 66 # 50 A 14	4738327	alyta27@gmail.com	
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
					32	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-09	E	06/10/2023	71436498	$18.172.500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	321.200	0		0		0	2	700	0	321.900	4
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	575.100	0		0		0	2	1.200	0	576.300	7
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1.390.200	0		0		0	2	2.900	0	1.393.100	14
EPS010	EPS Sura	800088702-2	61.300	0		0		0	2	200	0	61.500	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	321.400	0		0		0	2	700	0	322.100	4
EPS018	Serv. Occ. Salud EPS	805001157-2	112.000	0		0		0	2	300	0	112.300	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	76.200	0		0		0	2	200	0	76.400	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	2.677.500	0	0	0	0	2	5.600	0	2.683.100	8
230301	Porvenir	800224808-5	4.697.300	0	0	25.000	25.000	2	9.800	200	4.757.300	13
231001	Colfondos	800227940-4	299.700	0	0	0	0	2	700	0	300.400	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	3.230.300	0	0	25.000	25.000	2	6.700	200	3.287.200	7

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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	1.418.500				1.418.500	2	3.000	1.421.500			14.185	1.421.500	32

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	2.853.600	2	5.900	2.859.500	32

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	900820009-9	IMQUIRURGICOS S.A.S	Calle 68 # 50 A 14	4738327	alyta27@gmail.com	
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	CANTIDAD UPC
					32	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-09	E	06/10/2023	71436498	$18.172.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE / INFORMACIÓN NOVEDADES

No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Residente	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Corrección
1	CC	1000048715	RODRIGUEZ MOGOLLON LUISA FERNANDA	1	0			S								X								
2	CC	1015476264	HERRERA CALDERON LESLY GISELLE	1	0			S							X	X								
3	CC	1020790933	RODRIGUEZ DUARTE ANGIE LORENA	1	0			S								X								
4	CC	1030626487	BAQUERO MONROY LEIDY VANESSA	1	0			S								X								
5	CC	1031161940	CAMACHO GRISALES NATHALI XIOMARA	1	0			S								X								
6	CC	1032500519	CONTRERAS ACHURY DANIELA	1	0			S							X									
7	CC	35495228	CORREA DE ROJAS LUZ MARINA	1	3			S																
8	CC	52060769	PULIDO LUCAS NANCY ESPERANZA	1	0			S							X	X								
9	CC	79774362	CARO SANCHEZ HENRY YESID	1	0			S								X								
10	CC	79774362	CARO SANCHEZ HENRY YESID	1	0			S												X				
11	CC	22479549	CAMARGO JIMENEZ JOSEFINA ROSA	1	0			S																
12	CC	1083460902	MORAN RUIZ ROSARIO MARGARITA	1	0			S								X								
13	CC	1083460982	MORAN RUIZ ROSARIO MARGARITA	1	0			S									X							
14	CC	1233507895	RODRIGUEZ JIMENEZ KARIN SOFIA	1	0			S							X	X								
15	CC	19361141	PINILLA DAZA LUIS FERNANDO	1	0			S																
16	CC	25875618	DE LA ROSA GUZMAN YASMIN DEL MAR	1	0			S																
17	CC	1024541608	DIAZ MORENO DENY ALEXANDER	1	0			S								X								
18	CC	1000733782	OSORIO MARULANDA PAULA ANDREA	1	0			S	X															
19	CC	52341926	ROJAS CORREA LUZ ALEIDA	1	0			S																
20	CC	5786898	ROJAS GUILLERMO	1	5			S																
21	CC	79212520	PARRA FERRER HERMES	1	0			S								X								
22	CC	79212520	PARRA FERRER HERMES	1	0			S												X				
23	CC	79212520	PARRA FERRER HERMES	1	0			S										X						
24	CC	79590573	PINILLA DAZA IRNNER	1	0			S																
25	CC	35528765	URREGO RAMIREZ AURA MARLENNY	1	0			S							X	X								
26	CC	63339208	RESTREPO PARDO SANDRA PATRICIA	1	0			S																
27	CC	1113779641	OSPINA TORO LUIS ALFONSO	1	0			S								X								
28	CC	1019091240	ROJAS GUTIERREZ YULY PAOLA	1	0			S								X								
29	CC	1019091240	ROJAS GUTIERREZ YULY PAOLA	1	0			S												X				
30	CC	1024568257	AVILA MORENO JOHAN CAMILO	1	0			S								X								
31	CC	1024568257	AVILA MORENO JOHAN CAMILO	1	0			S												X				
32	CC	1000836059	MORALES GOMEZ MANUEL FELIPE	1	0			S																
33	CC	1000254050	QUINTERO HILARION MARIA FERNANDA	1	0			S								X								
34	CC	1003535070	FIERRO JIMENEZ PAULA MAYERLY	1	0			S	X							X								
35	CC	1031643471	PINILLA ROJAS ISABELLA	1	0			S																
36	CC	1233503856	RUEDA RINCON LISETH DANIELA	1	0			S								X								
37	CC	1001114373	ROJAS MARIA PAULA	1	0			S																
38	CC	1023964736	PAIPILLA SANA LUZ ANGELA	1	0			S																

PENSIÓN / SALUD

No.	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC
1	25-14	1.850.000	296.000	0	0	0	0	EPS008	1.850.000	74.000
2	230301	2.687.500	430.000	0	0	0	0	EPS008	2.687.500	107.500
3	230301	2.737.500	438.000	0	0	0	0	EPS005	2.737.500	109.500
4	230201	2.575.000	412.000	0	0	0	0	EPS017	2.575.000	103.000
5	25-14	3.240.000	518.400	0	0	0	0	EPS005	3.240.000	129.600
6	230201	2.762.500	442.000	0	0	0	0	EPS008	2.762.500	110.500
7		0	0	0	0	0	0	[illegible]	1.800.000	72.000
8	230301	1.515.475	242.500	0	0	0	0	EPS009	1.515.475	60.700
9	230001	1.422.512	227.700	0	0	0	0	EPS037	1.422.512	57.000
10	230001	480.000	76.800	0	0	0	0	EPS037	480.000	19.200
11	230201	1.250.000	200.000	0	0	0	0	EPS002	1.250.000	50.000
12	230301	1.916.667	306.700	0	0	0	0	EPS005	1.916.667	76.700
13	230301	333.334	53.400	0	0	0	0	EPS005	333.334	[illegible]
14	230301	2.475.000	396.000	0	0	0	0	EPS008	2.475.000	99.000
15	25-14	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS017	1.800.000	72.000
16	230201	1.250.000	200.000	0	0	0	0	EPS008	1.250.000	50.000
17	230201	1.804.906	288.800	0	0	0	0	EPS002	1.804.906	72.200
18	230301	53.334	8.600	0	0	0	0	EPS005	53.334	2.200
19	25-14	5.000.000	800.000	0	0	25.000	25.000	EPS008	5.000.000	200.000
20		0	0	0	0	0	0	EPS008	1.800.000	72.000
21	230201	1.015.254	162.500	0	0	0	0	EPS010	1.015.254	40.700
22	230201	420.000	67.200	0	0	0	0	EPS010	420.000	16.800
23	230201	93.334	15.000	0	0	0	0	EPS010	93.334	3.800
24	230301	5.000.000	800.000	0	0	25.000	25.000	EPS008	5.000.000	200.000
25	25-14	3.199.553	512.000	0	0	0	0	EPS008	3.199.553	128.000
26	230301	2.800.000	448.000	0	0	0	0	EPS005	2.800.000	112.000
27	230301	2.800.000	448.000	0	0	0	0	EPS018	2.800.000	112.000
28	230301	1.422.274	227.600	0	0	0	0	EPS005	1.422.274	56.900
29	230301	953.334	152.600	0	0	0	0	EPS005	953.334	38.200
30	231001	968.048	154.900	0	0	0	0	EPS002	968.048	38.700
31	231001	906.667	145.100	0	0	0	0	EPS002	906.667	36.300
32	230201	1.250.000	200.000	0	0	0	0	EPS005	1.250.000	50.000
33	230201	1.812.500	290.000	0	0	0	0	EPS008	1.812.500	72.500
34	230301	1.158.334	185.400	0	0	0	0	EPS017	1.158.334	46.400
35	25-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS009	2.000.000	80.000
36	25-14	3.099.042	495.900	0	0	0	0	EPS002	3.099.042	124.000
37	230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	64.000
38	230201	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS017	2.500.000	100.000

RIESGOS LABORALES / CCF / PARAFISCALES

No.	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
1	14-4	1.850.000	4	80.500	CCF24	1.850.000	74.000	0	0	0	0	0
2	14-4	2.687.500	4	117.000	CCF24	2.687.500	107.500	0	0	0	0	0
3	14-4	2.737.500	4	119.100	CCF24	2.737.500	109.500	0	0	0	0	0
4	14-4	2.575.000	4	112.100	CCF24	2.575.000	103.000	0	0	0	0	0
5	14-4	3.240.000	4	141.000	CCF24	3.240.000	129.600	0	0	0	0	0
6	14-4	2.762.500	4	120.200	CCF24	2.762.500	110.500	0	0	0	0	0
7	14-4	1.800.000	1	9.400	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
8	14-4	1.515.475	1	8.000	CCF24	1.515.475	60.700	0	0	0	0	0
9	14-4	1.422.512	1	7.500	CCF24	1.422.512	57.000	0	0	0	0	0
10	14-4	480.000	1	0	CCF24	480.000	19.200	0	0	0	0	0
11	14-4	1.250.000	1	6.600	CCF24	1.250.000	50.000	0	0	0	0	0
12	14-4	1.916.667	4	83.400	CCF24	1.916.667	76.700	0	0	0	0	0
13	14-4	333.334	4	0	CCF24	333.334	[illegible]	0	0	0	0	0
14	14-4	2.475.000	4	107.700	CCF24	2.475.000	99.000	0	0	0	0	0
15	14-4	1.800.000	1	9.400	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
16	14-4	1.250.000	1	6.600	CCF24	1.250.000	50.000	0	0	0	0	0
17	14-4	1.804.906	1	9.500	CCF24	1.804.906	72.200	0	0	0	0	0
18	14-4	53.334	[illegible]	2.400	CCF24	53.334	2.200	0	0	0	0	0
19	14-4	5.000.000	1	26.100	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
20	14-4	1.800.000	1	9.400	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
21	14-4	1.015.254	1	5.300	CCF24	1.015.254	40.700	0	0	0	0	0
22	14-4	420.000	1	0	CCF24	420.000	16.800	0	0	0	0	0
23	14-4	93.334	1	0	CCF24	93.334	0	0	0	0	0	0
24	14-4	5.000.000	1	26.100	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
25	14-4	3.199.553	1	16.800	CCF24	3.199.553	128.000	0	0	0	0	0
26	14-4	2.800.000	1	14.700	CCF24	2.800.000	112.000	0	0	0	0	0
27	14-4	2.800.000	4	121.800	CCF24	2.800.000	112.000	0	0	0	0	0
28	14-4	1.422.274	1	7.500	CCF24	1.422.274	56.900	0	0	0	0	0
29	14-4	953.334	1	0	CCF24	953.334	38.200	0	0	0	0	0
30	14-4	968.048	1	5.100	CCF24	968.046	38.700	0	0	0	0	0
31	14-4	906.667	1	0	CCF24	906.667	36.300	0	0	0	0	0
32	14-4	1.250.000	1	6.600	CCF24	1.250.000	50.000	0	0	0	0	0
33	14-4	1.812.500	4	78.900	CCF24	1.812.500	72.500	0	0	0	0	0
34	14-4	1.158.334	4	50.400	CCF24	1.158.334	46.400	0	0	0	0	0
35	14-4	2.000.000	1	10.500	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
36	14-4	3.099.042	1	16.200	CCF24	3.099.042	124.000	0	0	0	0	0
37	14-4	1.600.000	4	69.600	CCF24	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
38	14-4	2.500.000	1	13.100	CCF24	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0

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

HOJA DE GASTOS

FECHA	NOMBRE PACIENTE	N° HISTORIA CLINICA
05/10/2023	ARIZALYD ARANZALES MAJE	40779708
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO		**EAPB**
RESECCION DE TUMOR EN TORAX POSTERIOR		PGP CAPITAL SALUD EPS
INSTRUMENTADOR QUIRURGICO	**CIRUJANO**	**PROVEEDOR**
NEIFY AILET MORA FORIGUA	MANUEL FRANCISCO VERGARA LAGO	IMQUIRURGICOS S.A.S
N° DE REMISION	**SOPORTE TECNICO**	**N° DE CONSECUTIVO**
121	VANNESSA	CO-50804

REFERENCIA	NOMBRE INSUMO	CANTIDAD	VALOR UNIT	VALOR TOT
A.N.M	MONITOR DE PARES CRANEALES	1	6902000	6,902,000
A.A.U.S	GENERADOR DE ASPIRACION ULTRASONICA	1	2487100	2,487,100

TOTAL COP $9,389,100

OBSERVACIONES: PRECIOS ESTAN INCLUIDOS CON IVA

Pegar Auto Adhesivo

INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO	NEIFY AILET MORA FORIGUA	**FIRMA**	

© www.subredcentrooriente.gov.co2023

NOMBRE DEL CIRUJANO	MANUEL FRANCISCO VERGARA LAGO	**FIRMA**	
SOPORTE TÉCNICO	VANNESSA	**FIRMA**	

© www.subredcentrooriente.gov.co2023

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 ESPECIFICAS CONTRACTUALES

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

PROVEEDOR:	IM QUIRURGICOS SAS	**CONTRATO No.**	02-BS-070-2023	**OBJETO DEL CONTRATO:**	CONTRATAR EL ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS BIOMEDICOS POR EVENTO PARA LAS UNIDADES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
PROCESO:	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	**SUPERVISOR:**	NIDIA PATRICIA TOROHUERTAS	**FECHA INICIO CONTRATO:**	14/08/2023
FACTURA No.	6550	**APOYO TÉCNICO:**	ISABEL CRISTINA ARISMENDI ESPINOSA	**FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN:**	19/10/2023

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 equiupo, con accesorios y demas 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 caracteristicas, 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 presente factura.
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 – GESTION 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:	IM QUIRURGICOS SAS	CONTRATO No.	02-ES-070-2023	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:	14/08/2023
FACTURA No.	6550	APOYO TÉCNICO:	ISABEL CRISTINA ARISMENDI ESPINOSA	FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN:	19/10/2023

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
C.C.	1030562395
CARGO:	Apoyo Administrativo
FIRMA:	
SUBPROCESO:	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA

VERIFICADO POR	
NOMBRE:	Isabel Cristina Arismendi Espinosa
C.C.	52492473
CARGO:	Líder Gestion de la Tecnologia Biomedica
FIRMA:	ISABEL CRISTINA
SUBPROCESO:	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA

RECIBIDO POR	
NOMBRE:	Nidia Toro Huertas
C.C.	52161193
CARGO:	Supervisor Profesional Universitario
FIRMA:	
FECHA Y HORA:	19/10/2023