CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Escaneado OK

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

900959051

Fecha Actual : jueves, 06 junio 2024

0138 23

COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000527192

Consecutivo :	000000000527192	Estado :	Confirmado
Fecha del Egreso :	5/06/2024 10:52:00 a. m.	Valor :	$ 5.850.901,00
Beneficiario	805029546 SUPLESALUD S.A.S		
Detalle :	Egreso Generado por la Dispersion 00000004032	*Numero Nota:*	00000004032
Valor en Letras	CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS 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	805029546	111006217	$ 0,00	$ 5.850.901,00
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000004032	805029546	240101001	$ 5.850.901,00	$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
SPT4151	$ 5.850.901,00				

OP: 28378

PREPARADO	REVISADO	APROBADO	CONTABILIZADO	FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró. :65757131 MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO

Nombre repor : TSRPComprobanteEgresoCheque

Usuario Id. :52441789

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

Fecha Actual : miercoles, 13 diciembre

1/1

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA

Nº0000000000073476

PROVEEDOR:	SUPLESALUD S.A.S	NIT: 805029546	FECHA:	13/12/2023 11:53 a. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)		ESTADO:	Confirmado	
DIRECCION:	CR 27 C N 72 - 91		MONEDA:	Pesos	
TELEFONO:	7569114		TASA CAMB:		0,00
N° FACTURA:	SPT4151	% ICA: 11,0400 PLAZO: 0	FECHA F.C:	13/12/2023 12:00 a. m.	

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
121QQ031116	CANISTER PARA TERAPIA CON PRESION NEGATIVA EN HERIDAS 1000ML - 1200ML Z-01000	UNIDAD	35,00	$ 360.[illegible]02,00	$ 12.617.605,00	0,00	19,00
121QQ033020	KIT SISTEMA DE DRENAJE PARA HERIDAS PRESION NEGATIVA (ESPUMA DE POLIURETANO, CAMPO FENESTRADO: 2 DRENES PAD, 1 TUBERIA DE SUCCION y	UNIDAD	11,00	$ 1.130.[illegible]0,00	$ 12.435.300,00	0,00	0,00
121QQ033020	KIT SISTEMA DE DRENAJE PARA HERIDAS PRESION NEGATIVA (ESPUMA DE POLIURETANO, CAMPO FENESTRADO: 2 DRENES PAD, 1 TUBERIA DE SUCCION y	UNIDAD	5,00	$ 1.130.[illegible]0,00	$ 5.631.500,00	0,00	0,00

DETALLE

CONTRATO No.02-BS-139-2023-HOSPITAL SANTA CLARA - VICTOR CHAVEZ.

SUBTOTAL:	$ 30.702.405,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 2.397.349,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 359.602,00
RETE ICA:	$ 338.953,00
RETE FUENTE:	$ 767.560,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 31.633.633,00

TOTAL COMPRORANTE:

TREINTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró

Revisó Almacen

Hariana M. Lugo

Revisó Cuentas por Pagar

Adriana M. Lugo L.
10 ENE 20[illegible]
CUENTAS POR PAGAR

PP S 850.901

obl: 32874/24

64010

SUPLESALUD SAS

NIT : 805,029,546 - 6
CRA 27 C 72 91
BOGOTA D.C. - COLOMBIA
7569114 3102249133
fbedoya@suplesalud.com.
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 4659 Tarifa 11.04

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
SPT 4151

Fecha y Hora de Factura

Generación	2023-12-13	09:00:52
Expedición	2023-12-13	09:09:30
Vencimiento	2024-03-13	

Cliente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
NIT	900,959,051 - 7	**Teléfono**	3282828
Dirección	DIAG 34 5 43	**Vendedor**	SUPLESALUD SAS
Ciudad	BOGOTA D.C. - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	recepcionfacturasbienes@subredcentrooriente.	**Remisión**	2775

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0010001006016	CANISTER 1000CC/INV 2020DM-0021385	UN	35.00	360,503.00	12,617,605.00
2	0010020001006	SIMEX ABD FENESTRA ESPU/INV 2018DM-0017838	UN	16.00	1,130,300.00	18,084,800.00

Total Items 2

Total Bruto	30,702,405.00
IVA	2,397,344.95
Total a Pagar	**$ 33,099,749.95**

CONDICION DE PAGO

Credito	C Xcobrar Clientes Nacionales	Efectivo	Cuota 1 F - 005- 4151 Vence el 2024-03-13	33,099,749.95

VALOR EN LETRAS

Treinta Y Tres Millones Noventa Y Nueve Mil Setecientos Cuarenta Y Nueve Pesos M/Te Con 95/100

OBSERVACIONES

SANTA CLARA CONTRATO 02BS-138-2023

LOC FGFAD 39501
V. 23-03-24

Secretaría Distrital de Salud
13 DIC 2023
Alt. ... Santa Clara
RECIBIDO

SupleSalud
Siempre a tu lado
NIT 805.029.546-6

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR

Firma Recibido

GRACIAS POR PREFERIRNOS

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No.** 18764060721125 **aprobado en** 2023-11-27 **hasta el** 2024-05-25, **vigencia** 6 Meses, **prefijo** SPT **desde el número** 4143 **al** 5000

CUFE : 515249e78baf09b15d58f732cf3a60776de463a18042dc6ca78f093085e9d915200fb2ffdda6118fd6a62509a38ac7e7

COPIA

4

Elaborado, impreso y enviado electrónicamente por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION

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

CERTIFICACION:	1	**INFORME PARCIAL:**		**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	02-BS-0138-2023	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	29/12/2023	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	SUPLESALUD S.A.S.	**NIT O C.C**	**805.029.546-6**	
Representante Legal:	PAULINA TAPIAS BOTERO	**Identificación Representante Legal**	C.C: X C.E:	52.414.286
Objeto del Contrato u orden:	SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS PARA LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	**FORMA DE PAGO:**	90 DÍAS	

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL									**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
				Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 145.606.344,00**	**Valor Inicial contrato:**	$ 36.401.586	1 MES	28/11/2023	**27/12/2023**
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	2223	18/07/2023	**Registro Inicial**	44025	16/11/2023					
Disponibilidades Números de Adiciones	3947	18/12/2023	**Registros Presupuestales de Adiciones**	48329	22/12/2023	**Adición 1:**	$ 18.539.096,00	**Prórroga 1:**	01/01/2024	15/01/2024
						Adición 2:		**Prórroga 2:**		
						Adición 3:		**Prórroga 3:**		
						Adición 4:		**Prórroga 4:**		
						Adición 5:		**Prórroga 5:**		
						Valor Total:	**$ 54.940.682,00**	**Fecha Terminación actual:**		15/01/2024
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	**MATERIAL MÉDICOQUIRÚRGICOS**			**Código(S) Rubro(S)**	4245010401 (2023)	**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**				
1	SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS PARA LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		**Oportunidad de entrega**	SI: X N/A NO:	**Cumplimiento de documentación tramitada o**	**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 CRÉDITO O NOTA DEBITO - Ver Fila 39 del Instructivo**	**FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CRÉDITO O NOTA DÉBITO: 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	SPT 4151	13/12/2023	DICIEMBRE 2023.	**$ 33.099.750,00**	$ 33.099.750,00	$ 21.840.932,00	60,25%	adicion $18.539.096
2						$ 21.840.932,00		
3						$ 21.840.932,00		
TOTAL				**$ 33.099.750**	**$ 33.099.750**	**$ 21.840.932**	60,25%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

PARA PODER REALIZAR LA CERTIFICACION DE ESTE CONTRATO SE RECIBIO POR PARTE DEL CONTRATISTA LO CORRESPONDIENTE A FACTURA, ENTRADA AL ALMACEN, SOPORTES DE PAGO AL SGPS Y/O PARAFISCALES .

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	TREINTA Y TRES MILLONES NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA 00/100 PESOS M/CTE	$ 33.099.750,00
Saldo por ejecutar	VEINTIUN MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA MIL NOVECIENTOS TREINTA Y DOS 00/100 PESOS M/CTE	$ 21.840.932,00
Valor total certificado (Acumulado)	TREINTA Y TRES MILLONES NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA 00/100 PESOS M/CTE	$ 33.099.750,00

No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CRÉDITO O NOTA DÉBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CRÉDITO O NOTA DÉBITO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA
SPT 4151	13/12/2023
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 33.099.750,00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	Verificadas las obligaciones contractuales establecidas en el contrato ,como Supervisor manifiesto que el contratista cumplio a satisfacion con la entrega de los bienes solicitados del citado contrato dentro del plazo establecido . Lo entregado y facturado corresponde al pedido consolidado de los meses de Diciembre 2023

ANEXOS : Comprobante de entrada No 73476 , factura SPT 4151 , Certificacion de parafiscales

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	ANYELA YURANY CASALLAS MONTERO
C.C. No.	53.008.734
CARGO/PERFIL	DIRECTORA ADMINISTRATIVA
AREA DE UBICACIÓN	DIRECCION ADMINISTRATIVA
Correo Electronico:	directoradministrativoco@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	JAIRO NELSON TORRES BELTRAN
AREA DE UBICACIÓN	APOYO DIRECCION ADMINISTRATIVA
Correo Electronico:	almacen@subredcentrooriente.gov.co

SupleSalud
Siempre a tu lado
Nit. 805029546 - 6

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003

PAGO DE APORTES EN SEGURIDAD SOCIAL

Yo, PAULINA TAPIAS BOTERO identificada con la cédula de ciudadanía que aparecen al pie de mi firma, y en calidad de Representante Legal de la empresa **SUPLESALUD S.A.S** con NIT No. **805.029.546-6** certifico que **la empresa** se encuentra a Paz y Salvo, con los Pagos de Aportes durante los últimos seis (6) meses al Sistema de Seguridad Social en **SALUD , PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES Y CON EL PAGO DE LOS APORTES PARAFISCALES** , de todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, en la Oficina Principal de Bogota , a las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laborales -ARL-, Caja de Compensación Familiar.

PAULINA TAPIAS BOTERO

Representante Legal

C.C. # 52.414.286 de Bogotá

LA ANTERIOR CERTIFICACIÓN SE FIRMA A LOS ONCE DIAS (11) DE DICIEMBRE DEL 2023