SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
900959051

Fecha Actual : martes, 13 agosto 2024

COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000540389

05/6/2023

Consecutivo : 000000000540389
Fecha del Egreso : 13/08/2024 2:07:45 p. m.
Beneficiario 900923685 MEDICAL GROUP ANMA SAS
Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000004209 *Num*
Valor en Letras NOVENTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL C PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE
Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.
Numero : Consignar : 08/13/2024 Impuest

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS Nº 008400747591	900923685	111006001	
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000004209	900923685	240101001	$ 99.64

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor		
FEIB4003	$ 873.635,00	FEIB4249	$ 25.242.360,00		
FESR60	$ 1.626.975,00	FESR59	$ 1.382.929,00	FEIB4421	$ 19.990.892,00
FEIB4506	$ 2.715.965,00	FEIB4505	$ 995.855,00	FEIB4567	$ 2.194.257,00
FEIB4566	$ 9.332.447,00	FEIB4611	$ 6.267.295,00	FEIB4610	$ 1.774.861,00
FEIB4612	$ 9.336.535,00	FEIB4627	$ 15.660.878,00		

op: 36267
op: 36268
op: 36269

TESORERIA DIRECCIÓN FINANCIERA AGENTE INTERVENTOR FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró: 65757121 MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO
Usuario: 65757121

Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA

Nº0000000000073351

PROVEEDOR:	MEDICAL GROUP ANIMA SAS	NIT:	900923685	FECHA:	04/12/2023 02:19 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			ESTADO:	Confirmado
DIRECCION:	CL 67 N 8 - 72 OF 402			MONEDA:	Pesos
TELEFONO:	3134955761			TASA CAM:	0,00
Nº FACTURA:	FEIB4249	% ICA: 4,1400	PLAZO: 0	FECHA FAC:	04/12/2023 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
121QQ031620	PRESERVATIVOS - CONDONES	UNIDAD	2.000,00	$ 260,00	$ 520.000,00	0,00	0,00
121QQ031620	PRESERVATIVOS - CONDONES	UNIDAD	1.000,00	$ 260,00	$ 260.000,00	0,00	0,00
121QQ031620	PRESERVATIVOS - CONDONES	UNIDAD	7.000,00	$ 260,00	$ 1.820.000,00	0,00	0,00
121QQ031620	PRESERVATIVOS - CONDONES	UNIDAD	10.000,00	$ 260,00	$ 2.600.000,00	0,00	0,00
121QQ031620	PRESERVATIVOS - CONDONES	UNIDAD	56.000,00	$ 260,00	$ 14.560.000,00	0,00	0,00
121QQ031620	PRESERVATIVOS - CONDONES	UNIDAD	24.000,00	$ 260,00	$ 6.240.000,00	0,00	0,00

DETALLE

ORDEN DE COMPRA No 0516-2023-FISICAMENTE EL PEDIDO LLEGO AL ALMACEN PRINCIPAL DEL HOSPITAL SANTA CLARA 3.000 UNIDADES - CANDELARIA-HOSPITAL LA VICTORIA - HOSPITAL MATERNO INFANTIL - VICTOR CHAVEZ.

SUBTOTAL:	$ 26.000.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 107.640,00
RET E FUENTE:	$ 650.000,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 25.242.360,00

TOTAL COMPROBANTE:

VEINTICINCO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró:

Revisó: Almargo L.

Adriana M. Lugo

Aprobó: CUENTAS POR PAGAR

Adriana M. Lugo L.
25 ENE 2024
CUENTAS POR PAGAR

$ 26'000.000

TESORERIA S.C.O

1

ddl: 45526/24

MEDICAL GROUP ANMA SAS

NIT: 900,923,685 - 0
BGTA. CLL 78 64 C 31
BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA
8630960 - 8700789 8603573
facturacion.electronica@mdicalgroup.com
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica Tarifa 0,00

ANMA Medical Group
Lo hacemos con el corazón

Cliente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE		
NIT	900,959,051 - 7	**Teléfono**	3023290575
Dirección	DG 34 5 43	**Vendedor**	MANTILLA LOZANO YUDY
Ciudad	BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA	**Centro Costo**	50
Correo	subcentrooriente@saludcapital.gov.co		

FACTURA ELECTRONICA INST.
BGTA
FEIB 4249

Fecha y Hora de Factura

Generación	2023-12-04	09:16:01
Expedición	2023-12-04	09:16:29
Vencimiento	2024-03-04	

Item	Código	CUM - ATC	Invima	Producto	Unidad	Cantidad	IVA	Valor Unitario	Valor Total
1	0020001000365	19943544	2014DM-0002567-R1	PRESERVATIVO LATEX CX500 DE	UND	100,000.00	0	260.00	26,000,000.00
M18230301		M18230301	F.V : 2028-02-28			36,000.00			
M21230301		M21230301	F.V : 2028-02-28			64,000.00			

Total Items 1

Total Bruto 26,000,000.00

Total a Pagar **$ 26.000.000,00**

CONDICION DE PAGO

Credito | Credito Clientes Institucional | Transferencia Crédito Bancario | Cuota 1 F - 050- 4249 Vence el 2024-03-04 | 26.000.000,00

VALOR EN LETRAS

Veintiseis Millones De Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

ORDEN DE COMPRA 0516-2023

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

TESORERÍA S.C.O

Firma Elaborado por : JONATHAN FABIAN

Firma Recibido

FAVOR CONSIGNAR EN CUENTA CORRIENTE 411178130 AV VILLAS / CUENTA CORRIENTE 339050005836 BANCO AGRARIO - NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES: Una vez haya transcurrido tres(3) días hábiles contados desde la entrega al cliente del producto, el empaque se enuentre en mal estado por mala manipulacion y/o almacenamiento del cliente, producto de cadena de frio o biológicos.

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 mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Resolución y/o Autorización de facturación No. 18764045468921 aprobado en 2023-03-01 hasta el 2024-03-03, vigencia 12 Meses, prefijo FEIB desde el numero 2542 al 5000

CUFE :460c8ec4f53e7cf8ad5710620e54a6ed7366fb024a65b8cbe3a7fd9b8bf25e02d64fc6d3904e8ee35893a335940559c4

ORIGINAL

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 No:	1	**INFORME PARCIAL:**		**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	OC 0516-2023	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	18/01/2024	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	**MEDICAL GROUP ANMA SAS**	**NIT O C.C**	**900.923.685**	
Representante Legal:	RODRIGO DUSSAN ORTIZ	**Identificación Representante Legal**	C.C: X C.E:	No. 17.645.144
Objeto del Contrato u orden:	COMPRA DE DISPOSITIVOS CON FINES ANTICONCEPTIVOS Y PREVENCION DE LA TRASMISION DE ENFERMEDADES TRASMISIBLES POR CONTACTO SEXUAL COMO PARTE DE LA PRESTACION DE SERVICIOS PARA LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	**FORMA DE PAGO**	Noventa (90) Días	

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL									**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
				Valor Tope del Contrato (Maximo)**		**Valor Inicial contrato:**	**$ 26.000.000,00**	UN (1) MES	**24/11/2023**	**23/12/2023**
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	3587	17/11/2023	**Registro Inicial**	44090	24/11/2023					
Disponibilidades Números de Adiciones			**Registros Presupuestales de Adiciones**			**Adición 1:**		**Prórroga 1:**		
						Adición 2:		**Prórroga 2:**		
						Adición 3:		**Prórroga 3:**		
						Adición 4:		**Prórroga 4:**		
						Adición 5:		**Prórroga 5:**		
						Adición 6:		**Prórroga 6:**		
						Valor Total:	**$ 26.000.000,00**	**Fecha Terminación actual:**		23/12/2023
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	**MATERIAL MÉDICOQUIRÚRGICOS**			**Código(S) Rubro(S)**	421501040101	**Validación Tope Máximo del Contrato**	**Continuar con tramite para Contratación Nueva**			
	0				0					

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	COMPRA DE DISPOSITIVOS CON FINES ANTICONCEPTIVOS Y PREVENCION DE LA TRASMISION DE ENFERMEDADES TRASMISIBLES POR CONTACTO SEXUAL COMO PARTE DE LA PRESTACION DE SERVICIOS PARA LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	NA	**Oportunidad de entrega**	**SI: X N/A NO:**	**Cumplimiento de documentación tramitada o presentada**	**SI: X**	**NO:**
			Respuesta de imprevistos y Emergencias	**SI: X N/A NO:**	**Cumplimiento calidad de la prestación**	**SI: X**	**NO:**

** DE ACUERDO AL MANUAL DE CONTRATACION RESOLUCIÓN 152 DEL 18 DE MARZO DE 2019 , LOS CONTRATOS QUE CELEBRE LA SUBRED, SE PODRAN ADICIONAR HASTA TRES(3) VECES EL VALOR INICIAL; SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA JUSTIFICACIÓN DEL CONTRATO, QUE SOPORTE LA ADICIÓN Y LAS CONDICIONES DEL MISMO LO PERMITAN.

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS

No.	No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CRÉDITO O NOTA DÉBITO - 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	4249	4/12/2023	Diciembre del 2023	**$ 26.000.000,00**	$ 26.000.000,00	$ 0,00	100,00%	
				$ 0,00	$ 26.000.000,00	$ 0,00	100,00%	
				$ 0,00	$ 26.000.000,00	$ 0,00	100,00%	
				$ 0,00	$ 26.000.000,00	$ 0,00	100,00%	
				$ 0,00	$ 26.000.000,00	$ 0,00	100,00%	
				$ 0,00	$ 26.000.000,00	$ 0,00	100,00%	
				$ 0,00	$ 26.000.000,00	$ 0,00	100,00%	
TOTAL				**$ 26.000.000**	**$ 26.000.000**	**$ 0**	100,00%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

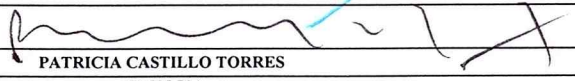
PARA PODER REALIZAR LA CERTIFICACION DE ESTE CONTRATO SE RECIBIO POR PARTE DEL CONTRATISTA LO CORRESPONDIENTE A FACTURA, ENTRADA AL ALMACEN, SOPORTES DE PAGO AL SGPS Y/O PARAFISCALES .

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	**VEINTISEIS MILLONES PESOS M/CTE**	**$ 26.000.000,00**
Saldo por ejecutar	**PESOS M/CTE**	**$ -**
Valor total certificado (Acumulado)	**VEINTISEIS MILLONES PESOS M/VTE**	**$ 26.000.000,00**

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
4249	**4/12/2023**
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	**$ 26.000.000,00**
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	**Verificadas las obligaciones contractuales establecidas en la orden de compra , como Supervisor manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción con la entrega de los bienes, de la orden de compra , dentro del plazo establecido, según facturas relacionadas y la recepcion tecnica. Que los valores facturados por el CONTRATISTA corresponden a los pactados en la orden de compra .**

ANEXOS: Comprobante de entrada, Factura y Certificación de pago de aportes al Sistema Integral de Seguridad Social.

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	**PATRICIA CASTILLO TORRES**
C.C. No.	52.505.704
CARGO/PERFIL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
AREA DE UBICACIÓN	ALMACENES - SUBREDCO
Correo Electronico:	supervisor1subredco@gmail.com
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	PATRICIA CASTILLO TORRES
AREA DE UBICACIÓN	ALMACENES - SUBREDCO
Correo Electronico:	supervisor1subredco@gmail.com



CERTIFICACION JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

El suscrito **WALTER HERNAN RIOS RODRIGUEZ** *identificado con cedula de ciudadanía 7.721.451 expedida en Neiva y portador de la tarjeta profesional 160988-T, obrando en calidad de Revisor Fiscal, de la sociedad* **MEDICAL GROUP ANMA S.A.S,** con **NIT 900.923.685 – 0;** *bajo la gravedad de juramento manifiesto que la empresa ha cumplido hasta la fecha con todos los pagos al sistema de seguridad social en pensión, riesgos profesionales y caja de compensación familiar correspondiente a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a la fecha al día con las empresas promotoras de salud (EPS),los fondos de pensiones, las administradoras de riesgos laborales (ARL) y las cajas de compensación familiar; con respecto al instituto colombiano de bienestar Familiar y el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA: la empresa se encuentra exonerada de la obligación de pago de los aportes al SENA, ICBF y EPS, por los empleados que devenguen menor de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Según lo dispuesto en el Art. 65 de la Ley 1819 de 2016 que incluye el Art. 114-1 ET.*

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

En constancia se firma en Neiva, al 04 día del mes de diciembre de 2023.

Atentamente,

WALTER HERNAN RIOS RODRIGUEZ
C.C. No. 7.721.451 de Neiva T.P. No. 160.988 T

@contadorwalterrios
WalterRios · Asesor Empresarial · TRIBUTARIA
D | Calle 12 No. 5-39 Of. 304
C | 318 602 9447
E | cpwalterrios@hotmail.com
TESORERIA SAC