

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

900959051

Fecha Actual : lunes, 30 diciembre 2024

Página 1/1

COMPROBANTE DE EGRESO

Número : 000000000566596

Consecutivo : 000000000566596 Estado : Confirmado
Fecha del Egreso : 30/12/2024 7:08:20 p. m. Valor : \$ 1.315.644,00
Beneficiario 828002423 DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN
SALUD SAS
Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000004562 Numero Nota: PROVEEDORES
Valor en Letras UN MILLON TRESCIENTOS QUINCE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS
M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.
Numero : Consignar : 12/30/2024 Impuesto X Mil : \$ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS N° 008400747591	828002423	111006001	\$ 0,00	\$ 1.315.644,00
DISPERSION DE FONDOS	828002423	240101001	\$ 1.315.644,00	\$ 0,00
Egreso Generado por la Dispersion 00000004562				

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
FEBT131269	\$ 1.315.644,00				

TESORERÍA

DIRECCIÓN FINANCIERA

AGENTE INTERVENTOR

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró. :19407382 RAFAEL VERGARA LUNA

Usuario Id. :19407382

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque

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

53750
30 Dic 2024

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

Fecha Actual : viernes, 06 septiembre

1/1



COMPROBANTE ENTRADA N°00000000078624

PROVEEDOR: DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD SAS **NIT:** 828002423 **FECHA:** 06/09/2024 11:57 a. m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) **ESTADO:** Confirmado
DIRECCION: CR 12 N 12 - 32 **MONEDA:** Pesos
TELEFONO: 8659940 **TASA CAM:** 0,00
N° FACTURA: FEBT131269 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 0 **FECHA FAC:** 02/09/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
121QQ031665	SET DE CRAWFORD PAR DACRIOCISTOSTOMIA	UNIDAD	5,00	\$ 226.667,00	\$ 1.133.335,00	0,00	19,00

DETALLE

CONTRATO N0 105 2024

SANTA CLARA DIGITO GLORIA

SUBTOTAL: \$ 1.133.335,00

DESCUENTO: \$ 0,00

IMPUESTO: \$ 215.334,00

FLETES: \$ 0,00

IMP FLETES: \$ 0,00

RETE IVA: \$ 0,00

RETE ICA: \$ 4.692,00

RETE FUENTE: \$ 28.333,00

OTRAS RETE: \$ 0,00

OTRAS DEDUC: \$ 0,00

IMP DISTRI: \$ 0,00

AJUSTE RED: \$ 0,00

AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00

TOTAL COMPR: \$ 1.315.644,00

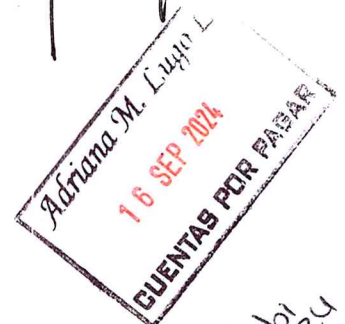
TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON TRESCIENTOS QUINCE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró:

Revisó Almacen

Revisó Impuestos:



Recibi
07-10-24
12:36
WQ21

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

17-10-24

db: 47642/24

680636



DISCOLMETS
CALIDAD Y SERVICIO PENSANDO EN SU SALUD

NIT: 828.002.423-5

**DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE
MEDICAMENTOS SAS**

CALLE 15 No.33 - 02 - BOGOTA D.C.

Tels 7023267

Distribución: FACTURA BOGOTA



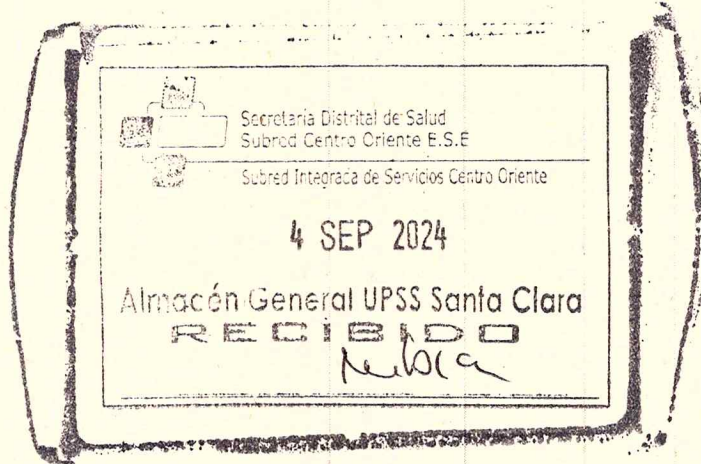
Página: 1 de 1
CREDITO
FACTURA ELECTRONICA
DE VENTA No.
FEBT131269
F.EXP: 02-09-2024

Cliente SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - SANT NIT 900959051-7
Razon Social SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Dirección CARRERA 14 B # 1-45 SUR **Ciudad:** DISTRITO CAPITAL - BOGOTA
Teléfono: - - **Forma Pago:** CREDITO **Días:** 90 **Medio Pago:** Inst. No Determinado
0 **Favor cancelar antes de:** 01-12-2024

CUFE: 303785d6781957a221db6d28c5dd13d54fce69a728b3af73bdd0b0d05f7e6d193e273a88ecf0f98ffa4fe05f8c26d1d2



Ref.	PRODUCTO Descripción	Labo.	Lote.	Venc.	Cant.	Iva	Pr. Bruto	%Dct	Total
***	SET DE INTUBACION DE VIA LAGRIMAL ADULTO REF: 1-105 UNIDAD R.S INVIMA:20170M-0015996 CUM:0-0 ATC:	PANAMERIC AN	212	30/11/2028	5	19	226.667,00	0	1.133.335,00



No somos Responsables de Iva - Somos Agentes de Retención de IVA - Somos Grandes Contribuyentes - No
somos Autorretenedores de Renta - Somos Grandes Contribuyentes de los impuestos distritales en Bogota DC
según Resol. No DDI-023769 de 2021

Resolución de facturación

HABILITACION 18764060065291 Desde 17/11/2023 Hasta 17/11/2024 Del No. 108098 Al No.200000 Prefijo :FEBT

Obs: OC 105-2024/ SEDE SANTA CLARA/ SE LEGALIZA RVB240803227

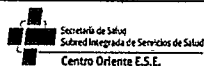
Codigo: 22 Vendedor: DIANA CLEMENCIA ARISTIZABAL GONZALEZ

SUBTOTAL	1.133.335
Descuento	0
Iva	215.334
Total Factura	1.348.669
Retelva	0
ReteFte	0
Retelca	0

Mercancía Excluida: 0	BASE IVA 1.133.335	TOTAL NETO	1.348.669
-----------------------	--------------------	-------------------	-----------

Son: UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

SOLO ACEPTAMOS RECLAMOS HASTA TRES DIAS DESPUES DE RECIBIDA LA MERCANCIA. FAVOR GIRAR CON CHEQUE CRUZADO A NOMBRE DE DISCOLMEDICA SAS EXIJA RECIBO DE CAJA. ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS LEGALES A UN TITULO VALOR NEGOCIABLE DE ACUERDO A LA LEY 1231 DE JULIO 17 2008 - ARTICULO 772 A 774 Y 777 Y 779 DEL CODIGO DE COMERCIO. NOS RESERVAMOS LA PROPIEDAD DE LA MERCANCIA MIENTRAS NO SEA CANCELADA TOTALMENTE. EL NO PAGO DE ESTA FACTURA AUTORIZA A DISCOLMEDICA SAS A LLEVAR LA INFORMACION A LAS CENTRALES DE RIESGO.		BANCOLOMBIA cta cte 45431348898 AV VILLAS cta cte 411170962 AGRARIO cta cte 339050002304 BBVA cta cte 483009478 DAVIVIENDA cta cte 077769999861 POPULAR cta cte 110390134195 OCCIDENTE cta cte 383003126	Fecha y Hora Elaboracion: 02/09/2024 11:03 Fecha y Hora Expedición: 02/09/2024 11:29 RECIBI CONFORME Nombre: Identificación: Cargo: Fecha de Recibido:
Elaboró: JUAN CAMILO SEGURA ROJAS	Revisó: JUAN CAMILO SEGURA ROJAS	Docto PP: 0.00	



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

CERTIFICACIÓN No.	I	INFORME PARCIAL:		Marque con una (X) según corresponda
CONTRATO No.	OC 105 2024	FECHA DEL INFORME: DD/MM/AAAA	16/09/2024	

1. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD S.A.S.	NIT O C.C	828.002.423-5
Representante Legal:	ADDY FERNANDO CORTÉS CUBILLOS	Identificación Representante Legal	C.C: X C.E:
Objeto del Contrato u orden:	COMPRA DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS PARA LAS UNIDADES QUE SON NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE 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 (Máximo)**	N/A	Valor Inicial contrato:	\$ 1.348.669,00	09/08/2024	08/09/2024	
Consecutivo CDP		Fecha CDP DD/MM/AAAA	Registros Presupuestales	Consecutivo CRP	Fecha CRP DD/MM/AAAA	Adiciones/ Modificación	Valor Adiciones	Prórrogas	Fecha Inicial Prórrogas DD/MM/AAAA	Fecha de Terminación Prórrogas: DD/MM/AAAA
Disponibilidad Inicial	2759	31/07/2024	Registro Inicial	40158	09/08/2024					
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:		
						Adición 7:		Prórroga 7:		
						Adición 8:		Prórroga 8:		
						Adición 9:		Prórroga 9:		
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO			Código(S) Rubro(S)	4245010401	Valor Total:	\$ 1.348.669,00	Fecha Terminación actual:	08/09/2024	
						Validación Tope Máximo	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	COMPRA DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS PARA LAS UNIDADES QUE SON NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	N/A	Oportunidad de entrega	SI: X N/A NO:	Cumplimiento de documentación	SI: X NO:
			Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A	Cumplimiento calidad de la prestación	SI: X NO:

** DE ACUERDO AL MANUAL DE CONTRATACIÓN RESOLUCIÓN 152 DEL 18 DE MARZO DE 2019, LOS CONTRATOS QUE CELEBRE LA SUBRED, SE PODRÁN 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	131269	02/09/2024	SEPTIEMBRE DE 2024	\$ 1.348.669,00	\$ 1.348.669,00	\$ 0,00	100,00%	
						\$ 0,00		
						\$ 0,00		
						\$ 0,00		
						\$ 0,00		
						\$ 0,00		
						\$ 0,00		
						\$ 0,00		
						\$ 0,00		
TOTAL				\$ 1.348.669	\$ 1.348.669	\$ 0	100,00%	
COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO								
CERTIFICO								
QUE: PARA REALIZAR LA CERTIFICACION DE ESTE CONTRATO SE RECIBIÓ POR PARTE DEL CONTRATISTA LO CORRESPONDIENTE A FACTURA, COMPROBANTE DE ENTRADA DE ALMACÉN, SOPORTES DE PAGO AL SGPS Y/O PARAFISCALES								
EJECUCION DEL CONTRATO								
CONCEPTO			VALOR EN LETRAS				VALOR EN NÚMEROS	
Valor ejecutado			UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE				\$ 1.348.669,00	
Saldo por ejecutar			PESOS M/CTE				\$ -	
Valor total certificado (Acumulado)			UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE				\$ 1.348.669,00	
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				
131269				02/09/2024				
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO				\$ 1.348.669,00				
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:				Verificadas las obligaciones contractuales establecidas en la Orden de Compra OC 105 2024, como Supervisor manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción con la entrega de los bienes, de la citada orden, dentro del plazo establecido, según la factura relacionada en esta certificación.				
ANEXOS: Se adjunta Comprobante de Entrada No. 78624, Factura No. 131269, Certificado de Parafiscales, Certificado Junta de Contadores y Tarjeta Contador								
FIRMA SUPERVISOR CONTRATO								
NOMBRE Y APELLIDOS				FABIO ERNESTO FERNANDEZ GIL				
C.C. No.				74.358.922				
CARGO/PERFIL				PROFESIONAL UNIVERSITARIO				
AREA DE UBICACIÓN				OFICINA SUPERVISIÓN CONTRATOS-DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA				
Correo Electronico:				supervisormqx4@subredcentrooriente.gov.co				
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA				FABIO ERNESTO FERNANDEZ GIL				
AREA DE UBICACIÓN				OFICINA SUPERVISIÓN CONTRATOS-DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA				
Correo Electronico:				supervisormqx4@subredcentrooriente.gov.co				

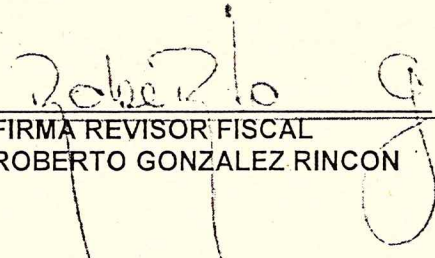
CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES (ART. 50 LEY 789/02 – ART. 65 LEY 1819/16)

CERTIFICACIÓN

El suscrito **ROBERTO GONZALEZ RINCON**, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.292.295 Expedida en Bogotá D.C., en mi calidad de **REVISOR FISCAL** de la empresa **DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD S.A.S. - DISCOLMETS S.A.S** Con **NIT.828.002.423-5** bajo la gravedad de juramento manifiesto, que la sociedad ha cumplido con el pago de los aportes a la seguridad social de sus empleados a los sistemas de salud, Riesgos Laborales, Pensiones y Aportes Parafiscales a las cajas de Compensación Familiar, Sena y el ICBF; Durante los últimos Seis (6) Meses según lo dispuesto en el Artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Y en conformidad Artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, se estableció la exoneración de pago de Aportes a la seguridad social en salud y aportes parafiscales a favor del SENA y el ICBF, de los trabajadores que devengan menos de Diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Dada en Bogotá D.C., A los dos (02) día del mes de septiembre de 2024.


FIRMA REVISOR FISCAL
ROBERTO GONZALEZ RINCON

Página 1 de 1

Centro Logístico Bogotá
Calle 15 N° 33-02
Cel. 317 336 4165
bogota@discolmedica.com.co

Sede Administrativa
Cra 12 N° 12-32 Cel. 316 023 6133
calidad@discolmedica.com.co
contabilidad@discolmedica.com.co

Centro Logístico Neiva
Calle 12 N° 16-73
Cel. 315 347 5643
neiva@discolmedica.com.co

Centro Logístico Pitalito
Calle 3 N° 1b - C8
Cel. 318 206 6840
pitalito@discolmedica.com.co

Centro Logístico Villavieja
Cra 33 N° 22-39-41
Cel. 317 501 0912
villavieja@discolmedica.com.co

Centro Logístico Tunja
Cra 11 Cll 25-57
Cel. 318 752 4883
tunja@discolmedica.com.co

Centro Logístico Cali
Cra 43a N° 5a-20
Cel. 316 521 1952
cali@discolmedica.com.co

Centro Logístico Pereira
Av. 30 de agosto N° 46 - 75
Cel. 318 347 4409
pereira@discolmedica.com.co



www.discolmets.com.co

Ministerio de Hacienda
y Crédito Público

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES

90191-T

ROBERTO
GONZALEZ RINCON
C.C. 79282285

RES. INSCRIPCION 212 DEL 12/12/2002
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

282446 JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL 99804



Ministerio de Hacienda S.A. 16542-0111

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644.4450 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97-46 Of.301 en Bogotá D.C.



FIRMA

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:



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 **ROBERTO GONZALEZ RINCON** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 79292295 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 90191-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 8 días del mes de Julio de 2024 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.292.295

GONZALEZ RINCON

APELLIDO

ROBERTO

NOMBRES

Roberto g



BOICE DUREDO

FECHA DE NACIMIENTO 09-ABR-1964

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

O+

M

ESTATURA

GR. RH

SEDO

14-DEC-1971 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
DIRECTOR GENERAL
CARLOS ALBERTO MARTINEZ



A-1500750-032-47419-43-0072292295-201000071

0022186177A 1

1369672304