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

Fecha Actual : lunes, 20 enero 2025

COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000569336

Consecutivo :	000000000569336	Estado :	Confirmado
Fecha del Egreso :	17/01/2025 2:59:26 p. m.	Valor :	$ 6.971.238,00
Beneficiario	900820009 IMQUIRURGICOS SAS		
Detalle :	Egreso Generado por la Dispersion 00000004582	*Numero Nota:*	00000004582
Valor en Letras	SEIS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.		

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco	BANCO DAVIVIENDA S.A.				
Numero :		Consignar :	01/17/2025	Impuesto X Mil :	$ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS Nº 008400747591	900820009	111006001	$ 0,00	$ 6.971.238,00
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000004582	900820009	240101001	$ 6.971.238,00	$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
IMQE6744	$ 2.323.746,00	IMQE7059	$ 2.323.746,00	IMQE7060	$ 2.323.746,00

op: 2662/25

TESORERIA	DIRECCIÓN FINANCIERA	AGENTE INTERVENTOR	FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró. :52441789 SANDRA PATRICIA NIÑO GARAVITO

Usuario Id. :19407382

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque

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

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

900959051

Fecha Actual : lunes, 04 diciembre 2023

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	475926	**Factura:**	IMQE6744	**Estado:**	Confirmado
Tercero:	Nit 900820009		IMQUIRURGICOS SAS		
Proveedor:	900820009 - IMQUIRURGICOS SAS				
Fecha:	jueves 30 de noviembre de 2023 09:55 a. m.	**Fecha Vencimiento:**	30/11/2023	**Plazo:**	0 Días
Cuenta:	240101001 - BIENES Y SERVICIOS				
Cuenta NIIF:	240101001 - BIENES Y SERVICIOS				
				Valor:	$ 2.323.746,00

Valor: DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTITRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

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

CONCEPTOS

Concepto		Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
148	ARRENDAMIENTO DE MUEBLES	900820009	589723050	1SCG04	Debito	$ 2.487.100,00
		Cuenta NIIF:	589723050			
	Porcentaje		Valor Base			
49	RETEFUENTE BIENES MUEBLES	900820009	243606001		Crecito	$ 83.600,00
		Cuenta NIIF:	243606001			
12	ARRENDAMIENTO DE BIENES MUEBLES Porcentaje	4,00	Valor Base	2.090.000,00		
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS	900820009	243627002		Crecito	$ 20.189,00
		Cuenta NIIF:	243627002			
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS Porcentaje	9,66	Valor Base	2.090.000,00		
61	RETENCION IVA POR SERVICIOS	900820009	243625002		Crecito	$ 59.565,00
		Cuenta NIIF:	243625002			
21	RETENCION IVA REGIMEN COMUN Porcentaje	15,00	Valor Base	397.100,00		

CUOTAS

No. Cuota	Fecha Vencimiento	Valor
1	30/11/2023	$ 2.323.746,00
	Total Cuotas:	$ 2.323.746,00

Martha Cardozo C.
Cuentas por Pagar
SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

ELABORO

REVISO

dbl 7432/25

Nombre reporte : PGRPCxP

Usuario: 38233377

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

dbl: 57375/23
Valentina

IMQUIRURGICOS SAS

Nit 900820009 9

Factura Electrónica De Venta No

IMQE No. 6744

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**
02/11/2023	31/01/2024	IMQUIRURGICOS SAS	Credito

	Código	**Descripción**	**Cantidad**	**U Medida**	**Valor Unitario**	**IVA**	**Valor IVA**	**Total**
1	A-A-U-S	GENERADOR DE ASPIRACION ULTRASONICA CIRUGIA REALIZADA A LA PACIENTE MARTHA YOLANDA GARZON ID 52424933 POR EL DR GUTIERREZ EL DIA 11 DE OCTUBRE DEL 2023 HOSPITAL SANTA CLARA CONTRATO N° 02-BS-070-2023	1	Und.	2.090.000	19%	397.100	2.090.000

Martha Cardozo C.
Cuentas por Pagar
SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

Adriana Mureco
Ing. Biomedico
10-NOV-23

28 NOV 2023
Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
02 NOV 2023
Almacén General Hpss Santa Clara
RECIBIDO

Total líneas o ítems: 1

Orden C

SUBTOTAL	**2.090.000**
DESCUENTO	**0**
IVA	**397.100**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**2.487.100**
RETEFUENTE	**83.600**
RETEIVA	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL MENOS RETENCIONES	**2.403.500**

Valor en Letras DOS MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL QUINIENTOS PESOS

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: 02/11/2023 07:44:05

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: 8f273f5ae71dfee76f50f140d7e5b2ceedba11aedf7e37c3b0d80f28d7e5ac6383677f0d56821432c2f52d6bfc8395c1 --Fecha y Hora de Expedición : 02/11/2023 7:53:05 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:	2	**INFORME PARCIAL:**	X	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	02-BS-070-2023	**FECHA DEL INFORME: DD/MM/AAAA**	24/11/2023	

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.	**FORMA DE PAGO:**	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

				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**	**Prórrogas**	**Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	1643	30/05/2023	**Registro Inicial**	31997	04/08/2023					
	0			0		**Adición 1:**	$0	**Prórroga 1:**	14/11/2023	13/02/2024
Disponibilidades Números de Adiciones	0		**Registros Presupuestales de Adiciones**	0		**Adición 2:**		**Prórroga 2:**		
	0			0		**Adición 3:**		**Prórroga 3:**		
	0			0		**Adición 4:**		**Prórroga 4:**		
	0			0		**Adición 5:**		**Prórroga 5:**		
						Valor Total:	**$ 32.986.800,00**	**Fecha Terminación actual:**		**13/02/2024**
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	ARRENDAMIENTOS			**Código(S) Rubro(S)**	42120202000701	**Validación Tope Máximo del Contrato**	**Adicionar**			

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

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:	**2**	**INFORME PARCIAL:**	**X**	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	**02-BS-070-2023**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	**24/11/2023**	

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME/CERTIF.	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO	CENTRO DE COSTO	ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO				
2	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.**

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	09/10/2023		$ 9.389.100	$ 9.389.100	$ 23.597.700	28,46%	
2	IMQE 6744	02/11/2023		$ 2.487.100	$ 11.876.200	$ 21.110.600	36,00%	
TOTAL				**$ 11.876.200**	**$ 11.876.200**	**$ 21.110.600**	**36,00%**	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

QUE EL PROVEEDOR PRESTÓ EL SERVICIO DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPO BIOMEDICO GENERADOR DE ASPIRACIÓN ULTRASONICA , EL CUAL SE ENCUENTRA AVALADO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA MEDIANTE LA HOJA DE GASTO DE FECHA 11/10/2023 PARA EL PACIENTE MARTHA YOLANDA GARZÓN - CIRUJANO DR.Oscar Gutierrez. 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	ONCE MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS	$ 11.876.200,00
Saldo por ejecutar	VEINTIUN MILLONES CIENTO DIEZ MIL SEISCIENTOS PESOS	$ 21.110.600,00

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:	**2**	**INFORME PARCIAL:**	**X**	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	**02-BS-070-2023**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	**24/11/2023**	
Valor total certificado (Acumulado)	**ONCE MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS**			**$ 11.876.200,00**
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 6744		**02/11/2023**		
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO		**$ 2.487.100,00**		
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	QUE EL PROVEEDOR PRESTÓ EL SERVICIO DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPO BIOMEDICO GENERADOR DE ASPIRACIÓN ULTRASONICA , EL CUAL SE ENCUENTRA AVALADO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA MEDIANTE LA HOJA DE GASTO DE FECHA 11/10/2023 PARA EL PACIENTE MARTHA YOLANDA GARZÓN - CIRUJANO DR.Oscar Gutierrez. DE OTRA PARTE, PRESENTA CERTIFICACION DE PAZ Y SALVO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL EXPEDIDA POR EL REVISOR FISCAL.			
ANEXOS:FACTURA, HOJA DE GASTO 11/10/2023, LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO OBLIGACIOPNES FIRMADA APOYO TECNICO - Lider Tecnologia - Ing Biomedica				
FIRMA SUPERVISOR CONTRATO				
NOMBRE Y APELLIDOS	**JUDITH MARITHZA MARIÑO DUEÑAS**			
C.C. No.	C.C. No. 23810402 de Nobsa			
CARGO/PERFIL	Profesional Universitario Codigo 219 Grado 27			
AREA DE UBICACIÓN	Dirección Administrativa			
Correo Electronico:	enlaceadministrativo@subredcentrooriente.gov.co			
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	**JUDITH MARITHZA MARIÑO DUEÑAS**			
AREA DE UBICACIÓN	Dirección Administrativa			
Correo Electronico:	enlaceadministrativo@subredcentrooriente.gov.co			

QUIRURGICOS 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 noviembre del presente año

Esta certificación se expide en Bogotá el primer día (01) del mes de noviembre 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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				32	0
2023-10	2023-09	E	06/10/2023	71436498	TOTAL A PAGAR	
					$18.172.600	

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	9
230301	Porvenir	800224808-8	4.697.300	0	0	25.000	25.000	2	9.800	200	4.757.300	13
231001	Colfondos	800227940-0	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			14.165	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 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: 32 / UPC: 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	$18.172.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	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	CC	1000048715	RODRIGUEZ MOGOLLON LUISA FERNANDA	1	0			S								X								25-14	1.850.000	296.000	0	0	0	0	EPS008	1.850.000	74.000	14-4	1.850.000	4	80.500	CCF24	1.850.000	74.000	0	0	0	0	0
2	CC	1015476264	HERRERA CALDERON LESLY GISELLE	1	0			S							X	X								230301	2.687.500	430.000	0	0	0	0	EPS008	2.687.500	107.500	14-4	2.687.500	4	117.000	CCF24	2.687.500	107.500	0	0	0	0	0
3	CC	1020790933	RODRIGUEZ DUARTE ANGIE LORENA	1	0			S								X								230301	2.737.500	438.000	0	0	0	0	EPS005	2.737.500	109.500	14-4	2.737.500	4	119.100	CCF24	2.737.500	109.500	0	0	0	0	0
4	CC	1030626487	BAQUERO MONROY LEIDY VANESSA	1	0			S								X								230201	2.575.000	412.000	0	0	0	0	EPS017	2.575.000	103.000	14-4	2.575.000	4	112.100	CCF24	2.575.000	103.000	0	0	0	0	0
5	CC	1031161040	CAMACHO GRISALES NATHALI XIOMARA	1	0			S								X								25-14	3.240.000	518.400	0	0	0	0	EPS005	3.240.000	129.600	14-4	3.240.000	4	141.000	CCF24	3.240.000	129.600	0	0	0	0	0
6	CC	1032500519	CONTRERAS ACHURY DANIELA	1	0			S							X	X								230201	2.762.500	442.000	0	0	0	0	EPS008	2.762.500	110.500	14-4	2.762.500	4	120.200	CCF24	2.762.500	110.500	0	0	0	0	0
7	CC	35495228	CORREA DE ROJAS LUZ MARINA	1	0			S																		0	0	0	0	0	0	EPS008	1.800.000	72.000	14-4	1.800.000	1	9.400	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
8	CC	52060769	PULIDO LUCAS NANCY ESPERANZA	1	0			S								X								230301	1.515.475	242.500	0	0	0	0	EPS008	1.515.475	60.700	14-4	1.515.475	1	8.000	CCF24	1.515.475	60.700	0	0	0	0	0
9	CC	79774362	CARO SANCHEZ HENRY YESID	1	0			S								X								230301	1.422.512	227.700	0	0	0	0	EPS037	1.422.5121	57.000	14-4	1.422.5121	1	7.500	CCF24	1.422.512	57.000	0	0	0	0	0
10	CC	79774362	CARO SANCHEZ HENRY YESID	1	0			S									X								230301	480.000	76.800	0	0	0	0	EPS037	480.000	19.200	14-4	480.000	1	0	CCF24	480.000	19.200	0	0	0	0	0
11	CC	22479549	CAMARGO JIMENEZ JOSEFINA ROSA	1	0			S																	230201	1.250.000	200.000	0	0	0	0	EPS002	1.250.000	50.000	14-4	1.250.000	1	6.600	CCF24	1.250.000	50.000	0	0	0	0	0
12	CC	1083460982	MORAN RUIZ ROSARIO MARGARITA	1	0			S								X								230301	1.916.667	306.700	0	0	0	0	EPS005	1.916.667	76.700	14-4	1.916.667	4	83.400	CCF24	1.916.667	76.700	0	0	0	0	0
13	CC	1083460982	MORAN RUIZ ROSARIO MARGARITA	1	0			S									X		X						230301	333.334	53.400	0	0	0	0	EPS005	333.334	0	14-4	333.334	4	0	CCF24	333.334	0	0	0	0	0	0
14	CC	1233507895	RODRIGUEZ JIMENEZ KARIN SOFIA	1	0			S							X	X									230301	2.475.000	396.000	0	0	0	0	EPS008	2.475.000	99.000	14-4	2.475.000	4	107.700	CCF24	2.475.000	99.000	0	0	0	0	0
15	CC	19361141	PINILLA DAZA LUIS FERNANDO	1	0			S																	25-14	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS017	1.800.000	72.000	14-4	1.800.000	1	9.400	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
16	CC	25875618	DE LA ROSA GUZMAN YASMIN DEL MAR	1	0			S																	230201	1.250.000	200.000	0	0	0	0	EPS008	1.250.000	50.000	14-4	1.250.000	1	6.600	CCF24	1.250.000	50.000	0	0	0	0	0
17	CC	1024541606	DIAZ MORENO DENY ALEXANDER	1	0			S								X									230201	1.804.906	288.800	0	0	0	0	EPS002	1.804.906	72.200	14-4	1.804.906	1	9.500	CCF24	1.804.906	72.200	0	0	0	0	0
18	CC	1000733762	OSORIO MARULANDA PAULA ANDREA	1	0			S																	230301	53.334	8.600	0	0	0	0	EPS005	53.334	2.200	14-4	53.334	4	2.400	CCF24	53.334	2.200	0	0	0	0	0
19	CC	52341926	ROJAS CORREA LUZ ALEIDA	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	25.000	25.000	EPS008	5.000.000	200.000	14-4	5.000.000	1	26.100	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
20	CC	5786898	ROJAS GUILLERMO	1	5			S																		0	0	0	0	0	0	EPS008	1.800.000	72.000	14-4	1.800.000	1	9.400	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
21	CC	79212520	PARRA FERRER HERMES	1	0			S								X									230201	1.015.254	162.500	0	0	0	0	EPS010	1.015.254	40.700	14-4	1.015.254	1	5.300	CCF24	1.015.254	40.700	0	0	0	0	0
22	CC	79212520	PARRA FERRER HERMES	1	0			S														X			230201	420.000	67.200	0	0	0	0	EPS010	420.000	16.800	14-4	420.000	1	0	CCF24	420.000	16.800	0	0	0	0	0
23	CC	79212520	PARRA FERRER HERMES	1	0			S										X							230201	93.334	15.000	0	0	0	0	EPS010	93.334	3.800	14-4	93.334	1	0	CCF24	93.334	0	0	0	0	0	0
24	CC	79590573	PINILLA DAZA IRNNER	1	0			S																	230301	5.000.000	800.000	0	0	25.000	25.000	EPS008	5.000.000	200.000	14-4	5.000.000	1	26.100	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
25	CC	35528765	URREGO RAMIREZ AURA MARLENNY	1	0			S								X	X								25-14	3.199.553	512.000	0	0	0	0	EPS008	3.199.553	128.000	14-4	3.199.553	1	16.800	CCF24	3.199.553	128.000	0	0	0	0	0
26	CC	63339208	RESTREPO PARDO SANDRA PATRICIA	1	0			S																	230301	2.800.000	448.000	0	0	0	0	EPS005	2.800.000	112.000	14-4	2.800.000	1	14.700	CCF24	2.800.000	112.000	0	0	0	0	0
27	CC	1113778641	OSPINA TORO LUIS ALFONSO	1	0			S								X									230301	2.800.000	448.000	0	0	0	0	EPS018	2.800.000	112.000	14-4	2.800.000	4	121.800	CCF24	2.800.000	112.000	0	0	0	0	0
28	CC	1019091240	ROJAS GUTIERREZ YULY PAOLA	1	0			S								X									230301	1.422.274	227.600	0	0	0	0	EPS005	1.422.274	56.900	14-4	1.422.274	1	7.500	CCF24	1.422.274	56.900	0	0	0	0	0
29	CC	1019091240	ROJAS GUTIERREZ YULY PAOLA	1	0			S														X			230301	953.334	152.600	0	0	0	0	EPS005	953.334	38.200	14-4	953.334	1	0	CCF24	953.334	38.200	0	0	0	0	0
30	CC	1024568257	AVILA MORENO JOHAN CAMILO	1	0			S								X									231001	966.046	154.600	0	0	0	0	EPS002	966.046	38.700	14-4	966.046	1	5.100	CCF24	966.046	38.700	0	0	0	0	0
31	CC	1024568257	AVILA MORENO JOHAN CAMILO	1	0			S														X			231001	906.667	145.100	0	0	0	0	EPS002	906.667	36.300	14-4	906.667	1	0	CCF24	906.667	36.300	0	0	0	0	0
32	CC	1000836059	MORALES GOMEZ MANUEL FELIPE	1	0			S																	230201	1.250.000	200.000	0	0	0	0	EPS005	1.250.000	50.000	14-4	1.250.000	1	6.600	CCF24	1.250.000	50.000	0	0	0	0	0
33	CC	1000254050	QUINTERO HILARION MARIA FERNANDA	1	0			S								X									230201	1.812.500	290.000	0	0	0	0	EPS008	1.812.500	72.500	14-4	1.812.500	4	78.900	CCF24	1.812.500	72.500	0	0	0	0	0
34	CC	1003535070	FIERRO JIMENEZ PAULA MAYERLY	1	0			S	X							X									230301	1.158.334	185.400	0	0	0	0	EPS017	1.158.334	46.400	14-4	1.158.334	4	50.400	CCF24	1.158.334	46.400	0	0	0	0	0
35	CC	1031643471	PINILLA ROJAS ISABELLA	1	0			S																	25-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	80.000	14-4	2.000.000	1	10.500	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
36	CC	1233503856	RUEDA RINCON LISETH DANIELA	1	0			S								X									25-14	3.099.042	495.900	0	0	0	0	EPS002	3.099.042	124.000	14-4	3.099.042	1	16.200	CCF24	3.099.042	124.000	0	0	0	0	0
37	CC	1001114373	ROJAS MARIA PAULA	1	0			S																	230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	64.000	14-4	1.600.000	4	69.600	CCF24	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
38	CC	1023964736	PAIPILLA SANA LUZ ANGELA	1	0			S																	230201	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS017	2.500.000	100.000	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	Nº HISTORIA CLINICA
11/10/2023	MARTA YOLANDA GARZON	52424933
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO		**EAPB**
CRANEOTOMIA PARA RESECCION TUMOR		PGP CAPITAL SALUD EPS
INSTRUMENTADOR QUIRURGICO	**CIRUJANO**	**PROVEEDOR**
VALENTINA VELANDIA PATIÃƒÂ'O	OSCAR FERNANDO GUTIÉRREZ RINCÓN	IMQUIRURGICOS S.A.S
Nº DE REMISION	**SOPORTE TECNICO**	**Nº DE CONSECUTIVO**
122	LUISA RODRIGUEZ	CO-50836

REFERENCIA	NOMBRE INSUMO	CANTIDAD	VALOR UNIT	VALOR TOT
A.A.U.S	GENERADOR DE ASPIRACION ULTRASONICA	1	2487100	2,487,100

TOTAL COP $2,487,100

OBSERVACIONES: N/A

Pegar Auto Adhesivo

INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO	VALENTINA VELANDIA PATIÃƒÂ'O	**FIRMA**	
NOMBRE DEL CIRUJANO	OSCAR FERNANDO GUTIÉRREZ RINCÓN	**FIRMA**	

© www.subredcentrooriente.gov.co2

QUIRURGICOS S.A.S

PACIENTE: Martha Yolanda Garzón

ESPECIALISTA: Dr. Gutierrez

DOCUMENTO: 52424933

INSTITUCION: H. Santa Clara

PROCEDIMIENTO: Craneotomia + Resección Tumor.

FECHA: 11/10/2023

REFERENCIA	DESCRIPCION	CANTIDAD
A.A.US	Generador de aspiración ultrasonica	1(UNO)

FIRMA ESPECIALISTA

Valentina

INSTRUMENTADORA

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 EPECÍFICAS 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 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:**	Judith Marithza Mariño Dueñas		**FECHA INICIO CONTRATO:**	14/08/2023
FACTURA No.	6744	**APOYO TÉCNICO:**	GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA		**FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN:**	16/11/2023,

CRITERIO	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	CUMPLE			OBSERVACIONES Y/O COMPROMISOS
		SI	N/A	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 equipo el dia 11/10/2023 descrito en la hoja de gastos de la misma fecha, firmada por los profesionales Valentina instrumentadora y Oscar Fernando cirujano con accesorios y demas accesorios 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.		X		No se presenta para el periodo de Octubre del año 2023.
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 para el mes de Octubre.
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 para el mes de Octubre, este equipo fue utilizado durante una cirugia a paciente Martha Yolanda Garzon.
6	Realizar el acompañamiento técnico en los procedimientos quirúrgicos requeridos por el apoyo técnico o la supervisión del contrato.	X			No se requirio durante el mes de Octubre, 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			Polizas CO WRT 12238155 Responsabilidad civil extra contractual seguros del estado. CO1 WRT 12238324 Cumplimiento - Cumplimiento del contrato seguros del estado.
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 características, 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.		X		No se presento para el mes de Octubre.
9	El tiempo de respuesta ante un llamado debe ser menor a 24 horas y contar con disponibilidad fines de semana.		X		Esta obligacion no aplica ya que el equipo fue entregado e instalado solo por la necesidad del evento cirugia realizda al paciente.
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 gastos de fecha 11/10/2023 firmada por los profesionales asitenciales instrumentadora, cirujano a la presente factura.

FACTURA No. 6744

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 EPECÍFICAS 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 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:	Judith Marithza Mariño Dueñas		FECHA INICIO CONTRATO:	14/08/2023
FACTURA No:	6744	APOYO TÉCNICO:	GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA		FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN:	16/11/2023

11	Contar con equipos de back up de respaldo.		X		No se presenta para el mes de Octubre 2023.
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 información via correo electronico los dias 3/10/2023- 5/10/2023- con documentacion adjunta (hoja de gastos, remision, Reporte se servicio tecnico JC-VI-2022-V1, permiso comercializacion invima 2022EBC-0008118-R1
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.		X		No Aplica para el mes de Octubre del año 2023.

ELABORADO POR	
NOMBRE:	Marcela Fernanda Escobar Bahamon
C.C.	26,433,413
CARGO:	Apoyo Administrativo
FIRMA:	Marcela F. Escobar B
SUBPROCESO:	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA

VERIFICADO POR	
NOMBRE:	Adriana Marcela Verano Vargas
C.C.	1026555096
CARGO:	Ingeniera Biomedica
FIRMA:	Adriana Verano.
SUBPROCESO	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA

RECIBIDO POR	
NOMBRE:	Judith Marithza Mariño Dueñas
C.C.	23810402
CARGO:	Supervisor
FIRMA:	
FECHA Y HORA:	24/11/2023

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

900959051

Fecha Actual : martes, 02 enero 2024

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	481549	**Factura:**	IMQE7059	**Estado:**	Confirmado
Tercero:	Nit 900820009		IMQUIRURGICOS SAS		
Proveedor:	900820009 - IMQUIRURGICOS SAS				
Fecha:	domingo 31 de diciembre de 2023 11:51 a. m.	**Fecha Vencimiento:**	31/12/2023	**Plazo:**	0 Días
Cuenta:	240101001 - BIENES Y SERVICIOS				
Cuenta NIIF:	240101001 - BIENES Y SERVICIOS				
				Valor:	$ 2.323.746,00

Valor: DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTITRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Observaciones: CTO 02 BS 070 2023 REGISTRO SERVICIO ARRENDAMIENTO EQUIPOS BIOMEDICOS POR EVENTO PARA LAS UNIDADES PERIODO 15 NOV 2023 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS

CONCEPTOS

Concepto			Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
148	ARRENDAMIENTO DE MUEBLES		900820009	589723050	1SCG04	Debito	$ 2.487.100,00
				Cuenta NIIF: 589723050			
		Porcentaje		Valor Base			
49	RETEFUENTE BIENES MUEBLES		900820009	243606001		Credito	$ 83.600,00
				Cuenta NIIF: 243606001			
12	ARRENDAMIENTO DE BIENES MUEBLES	Porcentaje 4,00		Valor Base 2.090.000,00			
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS		900820009	243627002		Credito	$ 20.189,00
				Cuenta NIIF: 243627002			
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS	Porcentaje 9,66		Valor Base 2.090.000,00			
61	RETENCION IVA POR SERVICIOS		900820009	243625002		Credito	$ 59.565,00
				Cuenta NIIF: 243625002			
21	RETENCION IVA REGIMEN COMUN	Porcentaje 15,00		Valor Base 397.100,00			

CUOTAS

No. Cuota	Fecha Vencimiento	Valor
1	02/01/2024	$ 2.323.746,00
	Total Cuotas:	$ 2.323.746,00

Martha Cardozo C.
Cuentas por Pagar
SUBRED CENTRO ORIENTE ES

ELABORO

Andrea Diaz

REVISO

obl 7433/25

obl 461635/2023

Nombre reporte : PGRPCxP

Usuario: 38233377

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

IMQUIRURGICOS SAS

Nit 900820009 9

Factura Electrónica De Venta No

IMQE No. 7059

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. 18764060488730 que habilita desde IMQE 7001 hasta IMQE 10000. Vence 2024-11-23 vigencia 12 meses desde el 23 de noviembre de 2023.

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**
04/12/2023	03/03/2024	IMQUIRURGICOS SAS	Credito

	Código	**Descripción**	**Cantidad**	**U Medida**	**Valor Unitario**	**IVA**	**Valor IVA**	**Total**
1	A-A-U-S	GENERADOR DE ASPIRACION ULTRASONICA CIRUGIA REALIZADA A LA PACIENTE MARIA MERCEDES MARTINEZ ID 51876765 POR EL DR GUTIERREZ EL DIA 15 DE NOVIEMBRE DEL 2023 HOSPITAL SANTA CLARA CONTRATO N° 02-BS-070-2023	1	Und.	2.090.000	19%	397.100	2.090.000

Recibí. ADRIANA VELANO
Ing. Biomedica
05 - DIC - 2023

Total líneas o ítems: 1	
Orden C	

Valor en Letras DOS MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL QUINIENTOS PESOS

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

SUBTOTAL	**2.090.000**
DESCUENTO	**0**
IVA	**397.100**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**2.487.100**
RETEFUENTE	**83.600**
RETEIVA	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL MENOS RETENCIONES	**2.403.500**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 04/12/2023 11:10:24

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: 2cb92062a95e64f1da611189d3256ffe3336a9d304bed38b16d02c2c5c568b708fee7493ea506f537ad21e0c4225d160 --Fecha y Hora de Expedición : 04/12/2023 11:33:45 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:	3	**INFORME PARCIAL:**	X	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	02-BS-070-2023	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	14/12/2023	

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.	**FORMA DE PAGO:**	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**	**Prórrogas**	**Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	1643	30/05/2023	**Registro Inicial**	31997	04/08/2023					
Disponibilidades Números de Adiciones	0		**Registros Presupuestales de Adiciones**	0		**Adición 1:**	$0	**Prórroga 1:**	14/11/2023	13/02/2024
	0			0		**Adición 2:**		**Prórroga 2:**		
	0			0		**Adición 3:**		**Prórroga 3:**		
	0			0		**Adición 4:**		**Prórroga 4:**		
	0			0		**Adición 5:**		**Prórroga 5:**		
						Valor Total:	**$ 32.986.800,00**	**Fecha Terminación actual:**		**13/02/2024**
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

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:	**3**	**INFORME PARCIAL:**	**X**	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	**02-BS-070-2023**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	**14/12/2023**	

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME/CERTIF.	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO	CENTRO DE COSTO	ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO				
3	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.**

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	09/10/2023		$ 9.389.100	$ 9.389.100	$ 23.597.700	28,46%	
2	IMQE 6744	02/11/2023		$ 2.487.100	$ 11.876.200	$ 21.110.600	36,00%	
3	IMQE 7059	04/12/2023		$ 2.487.100	$ 14.363.300	$ 18.623.500	43,54%	
TOTAL				**$ 14.363.300**	**$ 14.363.300**	**$ 18.623.500**	**43,54%**	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

QUE EL PROVEEDOR PRESTÓ EL SERVICIO DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPO BIOMEDICO GENERADOR DE ASPIRACIÓN ULTRASONICA , EL CUAL SE ENCUENTRA AVALADO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA MEDIANTE LA HOJA DE GASTO DE FECHA 15/11/2023 PARA EL PACIENTE MARIA MERCEDES MARTINEZ RODRIGUEZ - CIRUJANO DR.Oscar Gutierrez, y LINA MARIA LEONOR MENDEZ CUBIDES - Instrumentador Quirurgico. 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	CATORCE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS PESOS	$ 14.363.300,00
Saldo por ejecutar	DIECIOCHO MILLONES SEISCIENTOS VEINTITRES MIL QUINIENTOS PESOS	$ 18.623.500,00

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:	3	**INFORME PARCIAL:**	X	Marque con una (X) según corresponda
CONTRATO No.	**02-BS-070-2023**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	14/12/2023	

Valor total certificado (Acumulado)	CATORCE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS PESOS	$ 14.363.300,00

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 7059	**04/12/2023**
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	**$ 2.487.100,00**
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	QUE EL PROVEEDOR PRESTÓ EL SERVICIO DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPO BIOMEDICO GENERADOR DE ASPIRACIÓN ULTRASONICA , EL CUAL SE ENCUENTRA AVALADO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA MEDIANTE LA HOJA DE GASTO DE FECHA 15/11/2023 PARA EL PACIENTE MARIA MERCEDES MARTINEZ RODRIGUEZ - CIRUJANO DR.Oscar Gutierrez, y LINA MARIA LEONOR MENDEZ CUBIDES - Instrumentador Quirurgico. DE OTRA PARTE, PRESENTA CERTIFICACION DE PAZ Y SALVO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL EXPEDIDA POR EL REVISOR FISCAL.

ANEXOS:FACTURA, HOJA DE GASTO 15/11/2023, LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES REVISADA Y CERTIFICADA POR APOYO TECNICO - Lider Tecnologia - Ing Biomedica

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	**JUDITH MARITHZA MARIÑO DUEÑAS**
C.C. No.	C.C. No. 23810402 de Nobsa
CARGO/PERFIL	Profesional Universitario Codigo 219 Grado 27
AREA DE UBICACIÓN	Dirección Administrativa
Correo Electronico:	enlaceadministrativo@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	**JUDITH MARITHZA MARIÑO DUEÑAS**
AREA DE UBICACIÓN	Dirección Administrativa
Correo Electronico:	enlaceadministrativo@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 diciembre del presente año

Esta certificación se expide en Bogotá a los cuatro (04) días del mes de diciembre 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
					33	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-10	E	09/11/2023	72325766	$20.014.300	

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	348.400	0		0		0	6	2.100	0	350.500	5
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	572.200	0		0		0	6	3.500	0	575.700	6
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1.461.300	0		0		0	6	8.700	0	1.470.000	14
EPS010	EPS Sura	800088702-2	67.700	0		0		0	6	500	0	68.200	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	528.600	0		0		0	6	3.200	0	531.800	5
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	65.600	0		0		0	6	400	0	66.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	79.000	0		0		0	6	500	0	79.500	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	2.896.200	0	0	0	0	6	17.300	0	2.913.500	10
230301	Porvenir	800224808-6	4.503.000	0	0	25.000	25.000	6	26.600	400	4.580.200	12
231001	Colfondos	800227940-6	256.000	0	0	0	0	6	1.600	0	257.600	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	4.342.900	0	0	60.000	60.000	6	25.900	800	4.489.600	8

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	1.492.700				1.492.700	6	8.900	1.501.600			14.927	1.501.600	33

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	2.878.200	6	17.200	2.895.400	30
CCF44	Comfamiliar Risaralda	891480000-1	128.600	6	600	129.400	2
CCF57	Comfamiliar Andi	890303208-5	104.600	6	700	105.300	1

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	4736327	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
					33	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-10	E	09/11/2023	72325768	$20.014.300	

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	3.122.800	3.141.700
Pensión	4	12.168.100	12.240.900
Riesgos Laborales	1	1.492.700	1.501.600
CCF	3	3.111.400	3.130.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	16	19.895.000	20.014.300

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

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 EPECÍFICAS 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 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:	Judith Marithza Mariño Dueñas	FECHA INICIO CONTRATO:	14/08/2023
FACTURA No:	7059	APOYO TECNICO:	GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN:	04/12/2023

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		La entrega del equipo se realizo el dia 17/11/2023, Se cumple con la entrega del equipo, con accesorios y demas necesarios para la prestación del servicio descritas en hojas de gastos, remision.
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.	N/A	N/A	No se presenta para el mes de Noviembre
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.	N/A	N/A	No fue requerido en el mes de Noviembre.
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.	N/A	N/A	No fue requerido para el mes de Noviembre.
6	Realizar el acompañamiento técnico en los procedimientos quirúrgicos requeridos por el apoyo técnico o la supervisión del contrato.	N/A	N/A	No se requirio para el mes de Noviembre.
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. Cuenta con poliza No 96004131 de liberty seguros
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 características, 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.	N/A	N/A	No se presenta para el mes de Noviembre
9	El tiempo de respuesta ante un llamado debe ser menor a 24 horas y contar con disponibilidad fines de semana.	N/A	N/A	No aplica para el periodo indicado.
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 de fecha 17/11/2023 a la presente factura firmado por la instrumentadora Angelica Maria Alvarado Lopez- cirujano Oscar Fernanda Gitierrez .
11	Contar con equipos de back up de respaldo.	N/A	N/A	No aplica para el mes de Noviembre de 2023;

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 EPECÍFICAS 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 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:	Judith Marithza Mariño Dueñas	FECHA INICIO CONTRATO:	14/08/2023
FACTURA No.	7059	APOYO TECNICO:	GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN:	04/12/2023

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 al correo apoyobiomedica@subredcentrooriente.gov.co documentacion registro sanitario, ficha tecnica del equipo.
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.	N/A	N/A	No se presenta para el mes de Noviembre de 2023.

ELABORADO POR	
NOMBRE:	Marcela Fernanda Escobar
C.C.	26433413
CARGO:	Apoyo Administrativo
FIRMA:	
SUBPROCESO:	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA

VERIFICADO POR	
NOMBRE:	Adriana Marcela Verano Vargas
C.C.	1026555096
CARGO:	Ingeniera Biomedica
FIRMA:	
SUBPROCESO	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA

RECIBIDO POR	
NOMBRE:	Judith Marithza Mariño Dueñas
C.C.	23810402
CARGO:	Supervisor
FIRMA:	
FECHA Y HORA:	14/12/2023

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

900959051

Fecha Actual : martes, 02 enero 2024

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	481550	**Factura:**	IMQE7060	**Estado:**	Confirmado
Tercero:	Nit 900820009		IMQUIRURGICOS SAS		
Proveedor:	900820009 - IMQUIRURGICOS SAS				
Fecha:	domingo 31 de diciembre de 2023 11:59 a. m.	**Fecha Vencimiento:**	31/12/2023	**Plazo:**	0 Días
Cuenta:	240101001 - BIENES Y SERVICIOS				
Cuenta NIIF:	240101001 - BIENES Y SERVICIOS				
				Valor:	$ 2.323.746,00

Valor: DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTITRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Observaciones: CTO 02 BS 070 2023 REGISTRO SERVICIO ARRENDAMIENTO EQUIPOS BIOMEDICOS POR EVENTO PARA LAS UNIDADES PERIODO 17 NOV 2023 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS

CONCEPTOS

Concepto			Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
148	ARRENDAMIENTO DE MUEBLES		900820009	589723050	1SCG04	Debito	$ 2.487.100,00
			Cuenta NIIF:	589723050			
		Porcentaje		Valor Base			
49	RETEFUENTE BIENES MUEBLES		900820009	243606001		Credito	$ 83.600,00
			Cuenta NIIF:	243606001			
12	ARRENDAMIENTO DE BIENES MUEBLES	Porcentaje 4,00		Valor Base 2.090.000,00			
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS		900820009	243627002		Credito	$ 20.189,00
			Cuenta NIIF:	243627002			
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS	Porcentaje 9,66		Valor Base 2.090.000,00			
61	RETENCION IVA POR SERVICIOS		900820009	243625002		Credito	$ 59.565,00
			Cuenta NIIF:	243625002			
21	RETENCION IVA REGIMEN COMUN	Porcentaje 15,00		Valor Base 397.100,00			

CUOTAS

No. Cuota	Fecha Vencimiento	Valor
1	31/12/2023	$ 2.323.746,00
	Total Cuotas:	$ 2.323.746,00

Martha Cardozo C
Cuentas por Pagar
SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

ELABORO

Andrea Diaz

REVISO

dol 7434/25

Nombre reporte : PGRPCxP

Usuario: 38233377

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

IMQUIRURGICOS SAS

Nit 900820009 9

Responsable de IVA, No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes

Actividad Económica ICA 7730 9.66 X 1000

Factura Electrónica De Venta No

IMQE No. 7060

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764060488730 que habilita desde IMQE 7001 hasta IMQE 10000. Vence 2024-11-23 vigencia 12 meses desde el 23 de noviembre de 2023.

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
04/12/2023	03/03/2024	IMQUIRURGICOS SAS	Credito

	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	A-A-U-S	GENERADOR DE ASPIRACION ULTRASONICA CIRUGIA REALIZADA A LA PACIENTE MATEA BABATIVA ID 41402544 POR EL DR GUTIERREZ EL DIA 17 DE NOVIEMBRE DEL 2023 HOSPITAL SANTA CLARA CONTRATO N° 02-BS-070-2023	1	Und.	2.090.000	19%	397.100	2.090.000

Martha Cardozo C.
Cuentas por Pagar
SUBRED CENTRO ORIENTE ESE
18 DIC 2023

Recibí: ADRIANA MUÑOZ
Ing. Biomédica
05-DIC-2023

Total líneas o ítems: 1	
Orden C	

SUBTOTAL	**2.090.000**
DESCUENTO	**0**
IVA	**397.100**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**2.487.100**
RETEFUENTE	**83.600**
RETEIVA	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL MENOS RETENCIONES	**2.403.500**

Valor en Letras DOS MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL QUINIENTOS PESOS

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: 04/12/2023 11:42:56

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: e70b87d108699bfd8d21d2a2d024bff8328161881104228f64d192f3f7581d215e124562509fd9b5c54f019faf05539d --Fecha y Hora de Expedición : 04/12/2023 11:48:06 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:	4	**INFORME PARCIAL:**	X	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No:	**02-BS-070-2023**	**FECHA DEL INFORME DD/MM/AAAA**	14/12/2023	

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.	**FORMA DE PAGO:**	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

			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**	**Prórrogas**	**Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	1643	30/05/2023	**Registro Inicial**	31997	04/08/2023					
Disponibilidades Números de Adiciones	0		**Registros Presupuestales de Adiciones**	0		**Adición 1:**	$0	**Prórroga 1:**	14/11/2023	13/02/2024
	0			0		**Adición 2:**		**Prórroga 2:**		
	0			0		**Adición 3:**		**Prórroga 3:**		
	0			0		**Adición 4:**		**Prórroga 4:**		
	0			0		**Adición 5:**		**Prórroga 5:**		
						Valor Total:	**$ 32.986.800,00**	**Fecha Terminación actual:**		**13/02/2024**
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

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:	**4**	**INFORME PARCIAL:**	**X**	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	**02-BS-070-2023**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	**14/12/2023**	

No. INFORME/CERTIF.	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO	CENTRO DE COSTO	ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO				
4	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.**

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	09/10/2023		$ 9.389.100	$ 9.389.100	$ 23.597.700	28,46%	
2	IMQE 6744	02/11/2023		$ 2.487.100	$ 11.876.200	$ 21.110.600	36,00%	
3	IMQE 7059	04/12/2023		$ 2.487.100	$ 14.363.300	$ 18.623.500	43,54%	
4	IMQE 7060	04/12/2023		$ 2.487.100	$ 16.850.400	$ 16.136.400	51,08%	
TOTAL				**$ 16.850.400**	**$ 16.850.400**	**$ 16.136.400**	**51,08%**	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

QUE EL PROVEEDOR PRESTÓ EL SERVICIO DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPO BIOMEDICO GENERADOR DE ASPIRACIÓN ULTRASONICA , EL CUAL SE ENCUENTRA AVALADO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA MEDIANTE LA HOJA DE GASTO DE FECHA 17/11/2023 PARA EL PACIENTE MATEA BABATIVA - CIRUJANO DR.Oscar Gutierrez. Y ANGELICA MARIA ALVARADO LOPEZ - Instrumentador Quirurgico. 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		$ 16.850.400,00
Saldo por ejecutar		$ 16.136.400,00
Valor total certificado (Acumulado)		$ 16.850.400,00

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:	4	**INFORME PARCIAL:**	X	Marque con una (X) según corresponda
CONTRATO No.	**02-BS-070-2023**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	14/12/2023	

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 7059	**04/12/2023**
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	**$ 2.487.100,00**
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	QUE EL PROVEEDOR PRESTÓ EL SERVICIO DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPO BIOMEDICO GENERADOR DE ASPIRACIÓN ULTRASONICA , EL CUAL SE ENCUENTRA AVALADO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA MEDIANTE LA HOJA DE GASTO DE FECHA 17/11/2023 PARA EL PACIENTE MATEA BABATIVA - CIRUJANO DR.Oscar Gutierrez. Y ANGELICA MARIA ALVARADO LOPEZ - Instrumentador Quirurgico. DE OTRA PARTE, PRESENTA CERTIFICACION DE PAZ Y SALVO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL EXPEDIDA POR EL REVISOR FISCAL.

ANEXOS:FACTURA, HOJA DE GASTO 17/11/2023, LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO OBLIGACIOPNES FIRMADA APOYO TECNICO - Lider Tecnologia - Ing Biomedica

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	**JUDITH MARITHZA MARIÑO DUEÑAS**
C.C. No.	C.C. No. 23810402 de Nobsa
CARGO/PERFIL	Profesional Universitario Codigo 219 Grado 27
AREA DE UBICACIÓN	Dirección Administrativa
Correo Electronico:	enlaceadministrativo@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	**JUDITH MARITHZA MARIÑO DUEÑAS**
AREA DE UBICACIÓN	Dirección Administrativa
Correo Electronico:	enlaceadministrativo@subredcentrooriente.gov.co

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 EPECÍFICAS 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 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:**	Judith Marithza Mariño Dueñas	**FECHA INICIO CONTRATO:**	14/08/2023
FACTURA No.	7060	**APOYO TÉCNICO:**	GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	**FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN:**	04/12/2023

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		La entrega del equipo se realizo el dia 17/11/2023, Se cumple con la entrega del equipo, con accesorios y demas necesarios para la prestación del servicio descritas en hojas de gastos, remision.
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.	N/A	N/A	No se presenta para el mes de Noviembre
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.	N/A	N/A	No fue requerido en el mes de Noviembre.
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.	N/A	N/A	No fue requerido para el mes de Noviembre.
6	Realizar el acompañamiento técnico en los procedimientos quirúrgicos requeridos por el apoyo técnico o la supervisión del contrato.	N/A	N/A	No se requirio para el mes de Noviembre.
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. Cuenta con poliza No 96004131 de liberty seguros
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 características, 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.	N/A	N/A	No se presenta para el mes de Noviembre
9	El tiempo de respuesta ante un llamado debe ser menor a 24 horas y contar con disponibilidad fines de semana.	N/A	N/A	No aplica para el periodo indicado.
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 de fecha 17/11/2023 a la presente factura firmado por la instrumentadora Angelica Maria Alvarado Lopez- cirujano Oscar Fernanda Gitierrez .
11	Contar con equipos de back up de respaldo.	N/A	N/A	No aplica para el mes de Noviembre de 2023.

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 EPECÍFICAS 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 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:	Judith Marithza Mariño Dueñas	FECHA INICIO CONTRATO:	14/08/2023
FACTURA No.	7060	APOYO TÉCNICO:	GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN:	04/12/2023

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 al correo apoyobiomedica@subredcentrooriente.gov.co documentacion registro sanitario, ficha tecnica del equipo.
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.	N/A	N/A	No se presenta para el mes de Noviembre de 2023.

ELABORADO POR	
NOMBRE:	Marcela Fernanda Escobar
C.C.	26433413
CARGO:	Apoyo Administrativo
FIRMA:	
SUBPROCESO:	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA

VERIFICADO POR	
NOMBRE:	Adriana Marcela Verano Vargas
C.C.	1026555096
CARGO:	Ingeniera Biomedica
FIRMA:	
SUBPROCESO:	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA

RECIBIDO POR	
NOMBRE:	Judith Marithza Mariño Dueñas
C.C.	23810402
CARGO:	Supervisor
FIRMA:	
FECHA Y HORA:	14/12/2023

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
					33	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-10	E	09/11/2023	72325766	$20.014.300	

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	3.122.800	3.141.700
Pensión	4	12.168.100	12.240.900
Riesgos Laborales	1	1.492.700	1.501.600
CCF	3	3.111.400	3.130.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	15	19.895.000	20.014.300

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
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.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
					33	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-10	E	09/11/2023	72325766	$20.014.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	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	CC	1000048715	RODRIGUEZ MOGOLLON LUISA FERNANDA	1	0			S							X	X									25-14	2.100.000	336.000	0	0	0	0	EPS008	2.100.000	84.000	14-4	2.100.000	4	91.400	CCF24	2.100.000	84.000	0	0	0	0	0
2	CC	1015476264	HERRERA CALDERON LESLY GISELLE	1	0			S								X								230301	2.425.000	388.000	0	0	0	0	EPS008	2.425.000	97.000	14-4	2.425.000	4	105.500	CCF24	2.425.000	97.000	0	0	0	0	0
3	CC	1020790933	RODRIGUEZ DUARTE ANGIE LORENA	1	0			S								X								230301	2.362.500	378.000	0	0	0	0	EPS005	2.362.500	94.500	14-4	2.362.500	4	102.800	CCF24	2.362.500	94.500	0	0	0	0	0
4	CC	1030626487	BAQUERO MONROY LEIDY VANESSA	1	0			S								X								230201	2.375.000	380.000	0	0	0	0	EPS017	2.375.000	95.000	14-4	2.375.000	4	103.400	CCF24	2.375.000	95.000	0	0	0	0	0
5	CC	1031161940	CAMACHO GRISALES NATHALI XIOMARA	1	0			S								X								25-14	3.525.000	564.000	0	0	0	0	EPS005	3.525.000	141.000	14-4	3.525.000	4	153.400	CCF24	3.525.000	141.000	0	0	0	0	0
6	CC	1032500519	CONTRERAS ACHURY DANIELA	1	0			S								X								230201	2.437.500	390.000	0	0	0	0	EPS008	2.437.500	97.500	14-4	2.437.500	4	106.100	CCF24	2.437.500	97.500	0	0	0	0	0
7	CC	19361141	PINILLA DAZA LUIS FERNANDO	1	0			S							X									25-14	5.000.000	800.000	0	0	25.000	25.000	EPS017	5.000.000	200.000	14-4	5.000.000	1	26.100	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
8	CC	25875618	DE LA ROSA GUZMAN YASMIN DEL MAR	1	0			S																230201	1.250.000	200.000	0	0	0	0	EPS008	1.250.000	50.000	14-4	1.250.000	1	6.600	CCF24	1.250.000	50.000	0	0	0	0	0
9	CC	35495228	CORREA DE ROJAS LUZ MARINA	1	3			S																	0	0	0	0	0	0	EPS008	1.800.000	72.000	14-4	1.800.000	1	9.400	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
10	CC	63339208	RESTREPO PARDO SANDRA PATRICIA	1	0			S																230301	2.613.334	418.200	0	0	0	0	EPS005	2.613.334	104.600	14-4	2.613.334	1	13.700	CCF57	2.613.334	104.600	0	0	0	0	0
11	CC	63339208	RESTREPO PARDO SANDRA PATRICIA	1	0			S									X							230301	186.667	29.900	0	0	0	0	EPS005	186.667	0	14-4	186.667	1	0	CCF57	186.667	0	0	0	0	0	0
12	CC	79212520	PARRA FERRER HERMES	1	0			S								X								230201	1.692.435	270.800	0	0	0	0	EPS010	1.692.435	67.700	14-4	1.692.435	1	8.900	CCF24	1.692.435	67.700	0	0	0	0	0
13	CC	79590573	PINILLA DAZA IRNNER	1	0			S																230301	5.000.000	800.000	0	0	25.000	25.000	EPS008	5.000.000	200.000	14-4	5.000.000	1	26.100	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
14	CC	1083460982	MORAN RUIZ ROSARIO MARGARITA	1	0			S								X								230301	2.350.000	376.000	0	0	0	0	EPS005	2.350.000	94.000	14-4	2.350.000	4	102.300	CCF24	2.350.000	94.000	0	0	0	0	0
15	CC	1113779641	OSPINA TORO LUIS ALFONSO	1	0			S								X								230301	623.334	99.800	0	0	0	0	EPS018	623.334	25.000	14-4	623.334	4	27.200	CCF44	623.334	25.000	0	0	0	0	0
16	CC	1113779641	OSPINA TORO LUIS ALFONSO	1	0			S												X				230301	1.013.334	162.200	0	0	0	0	EPS018	1.013.334	40.600	14-4	1.013.334	4	0	CCF44	1.013.334	40.600	0	0	0	0	0
17	CC	1113779641	OSPINA TORO LUIS ALFONSO	1	0			S									X							230301	213.334	34.200	0	0	0	0	EPS018	213.334	0	14-4	213.334	4	0	CCF44	213.334	0	0	0	0	0	0
18	CC	1233507895	RODRIGUEZ JIMENEZ KARIN SOFIA	1	0			S								X								230301	2.375.000	380.000	0	0	0	0	EPS008	2.375.000	95.000	14-4	2.375.000	4	103.400	CCF24	2.375.000	95.000	0	0	0	0	0
19	CC	1024568257	AVILA MORENO JOHAN CAMILO	1	0			S																231001	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS002	1.600.000	64.000	14-4	1.600.000	1	8.400	CCF24	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
20	CC	1000836059	MORALES GOMEZ MANUEL FELIPE	1	0			S																230201	1.166.667	186.700	0	0	0	0	EPS005	1.166.667	46.700	14-4	1.166.667	1	6.100	CCF24	1.166.667	46.700	0	0	0	0	0
21	CC	1000836059	MORALES GOMEZ MANUEL FELIPE	1	0			S										X						230201	83.334	13.400	0	0	0	0	EPS005	83.334	3.400	14-4	83.334	1	0	CCF24	83.334	0	0	0	0	0	0
22	CC	1024541606	DIAZ MORENO DEIVY ALEXANDER	1	0			S								X								230201	1.482.442	237.200	0	0	0	0	EPS002	1.482.442	59.300	14-4	1.482.442	1	7.800	CCF24	1.482.442	59.300	0	0	0	0	0
23	CC	1024541606	DIAZ MORENO DEIVY ALEXANDER	1	0			S									X							230201	46.667	7.500	0	0	0	0	EPS002	46.667	0	14-4	46.667	1	0	CCF24	46.667	0	0	0	0	0	0
24	CC	52060769	PULIDO LUCAS NANCY ESPERANZA	1	0			S								X								230301	1.455.875	233.000	0	0	0	0	EPS008	1.455.875	58.300	14-4	1.455.875	1	7.600	CCF24	1.455.875	58.300	0	0	0	0	0
25	CC	52341926	ROJAS CORREA LUZ ALEIDA	1	0			S								X								25-14	7.000.000	1.120.000	0	0	35.000	35.000	EPS008	7.000.000	280.000	14-4	7.000.000	1	36.600	CCF24	7.000.000	280.000	0	0	0	0	0
26	CC	5786898	ROJAS GUILLERMO	1	5			S																	0	0	0	0	0	0	EPS008	1.800.000	72.000	14-4	1.800.000	1	9.400	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
27	CC	1023964736	PAIPILLA SANA LUZ ANGELA	1	0			S								X								230201	2.483.185	397.400	0	0	0	0	EPS017	2.483.185	99.400	14-4	2.483.185	1	13.000	CCF24	2.483.185	99.400	0	0	0	0	0
28	CC	1023964736	PAIPILLA SANA LUZ ANGELA	1	0			S									X							230201	83.334	13.400	0	0	0	0	EPS017	83.334	0	14-4	83.334	1	0	CCF24	83.334	0	0	0	0	0	0
29	CC	35528765	URREGO RAMIREZ AURA MARLENNY	1	0			S								X								25-14	3.111.750	497.900	0	0	0	0	EPS008	3.111.750	124.500	14-4	3.111.750	1	16.300	CCF24	3.111.750	124.500	0	0	0	0	0
30	CC	1000254050	QUINTERO HILARION MARIA FERNANDA	1	0			S							X	X								230201	2.175.000	348.000	0	0	0	0	EPS008	2.175.000	87.000	14-4	2.175.000	4	94.700	CCF24	2.175.000	87.000	0	0	0	0	0
31	CC	79774362	CARO SANCHEZ HENRY YESID	1	0			S								X								230301	1.972.911	315.700	0	0	0	0	EPS037	1.972.911	79.000	14-4	1.972.911	1	10.300	CCF24	1.972.911	79.000	0	0	0	0	0
32	CC	22479549	CAMARGO JIMENEZ JOSEFINA ROSA	1	0			S																230201	1.250.000	200.000	0	0	0	0	EPS002	1.250.000	50.000	14-4	1.250.000	1	6.600	CCF24	1.250.000	50.000	0	0	0	0	0
33	CC	1019091240	ROJAS GUTIERREZ YULY PAOLA	1	0			S																230301	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS005	2.200.000	88.000	14-4	2.200.000	1	11.500	CCF24	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0
34	CC	1003535070	FIERRO JIMENEZ PAULA MAYERLY	1	0			S								X								230301	1.750.000	280.000	0	0	0	0	EPS017	1.750.000	70.000	14-4	1.750.000	4	76.200	CCF24	1.750.000	70.000	0	0	0	0	0
35	CC	1004679186	HENAO RAMIREZ DANIELA	1	0			S	X	X						X								230201	1.573.334	251.800	0	0	0	0	EPS002	1.573.334	63.000	14-4	1.573.334	3	38.400	CCF44	1.573.334	63.000	0	0	0	0	0
36	CC	79471608	MUÑOZ MUÑOZ JOSE ORLANDO	1	0			S	X							X								25-14	1.604.581	256.800	0	0	0	0	EPS017	1.604.581	64.200	14-4	1.604.581	4	69.800	CCF24	1.604.581	64.200	0	0	0	0	0
37	CC	1031643471	PINILLA ROJAS ISABELLA	1	0			S																25-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	80.000	14-4	2.000.000	1	10.500	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
38	CC	1233503856	RUEDA RINCON LISETH DANIELA	1	0			S								X								25-14	2.601.138	416.200	0	0	0	0	EPS002	2.601.138	104.100	14-4	2.601.138	1	13.600	CCF24	2.601.138	104.100	0	0	0	0	0
39	CC	1233503856	RUEDA RINCON LISETH DANIELA	1	0			S										X						25-14	200.000	32.000	0	0	0	0	EPS002	200.000	8.000	14-4	200.000	1	0	CCF24	200.000	0	0	0	0	0	0
40	CC	1001114373	ROJAS MARIA PAULA	1	0			S																230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	64.000	14-4	1.600.000	4	69.600	CCF24	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0

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