**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. 10507**Documento Oficial de Autorización de Numeración
Facturación Electrónica No. 18764081487896 que habilita
desde IMQE 10001 hasta IMQE 15000. Vence 2026-10-15

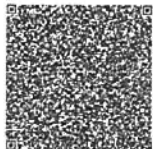
CLIENTE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE			POR CONCEPTO DE FACTURA DE VENTA
NIT	900959051 7			
DIRECCIÓN		CIUDAD	TELÉFONO	
DG 34 5 43		Bogota D.C.	3444484	

FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO	VENDEDOR	FORMA DE PAGO
02/12/2024	02/03/2025	IMQUIRURGICOS SAS	Credito

Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	A-A-U-S GENERADOR DE ASPIRACION ULTRASONICA SERVICIO REALIZADO POR PERSONAL DE SALUD AL PACIENTE OSCAR ORLANDO MARTINEZ SALAMANCA ID 79453352 POR EL DR PAEZ EL DIA 15 DE NOVIEMBRE DEL 2024 HOSPITAL SANTA CLARA CONTRATO N° 02-BS-070-2023	1	Und.	2.090.000	19%	397.100	2.090.000

Recibi.
Maribel F. Zucchi
3-12-24
Biomedica

Total líneas o ítems: 1	SUBTOTAL	2.090.000
Orden C	DESCUENTO	0

Valor en Letras DOS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTConsignar 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: 02/12/2024 15:42:48

CLL 66 50A 14 Bogotá Teléfono 3222173816

EMAIL: facturacionimquirurgicos@gmail.com

IVA	397.100
TOTAL DE LA OPERACIÓN	2.487.100
RETEFUENTE	83.600
RETEIVA	0
RETEICA	20.189
TOTAL MENOS RETENCIONES	2.383.311

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: c53cfadd427cc4677ce9f413f0023b59c65dc08e9be0519f43d4f09bc6f390c320ae04200d33664f50124d20f78d5cde --Fecha y Hora de Expedición : 02/12/2024 3:55:09 p. m.

Valentín Paez
06/12/24



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 A GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
 FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

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

CERTIFICACIÓN:	14	INFORME PARCIAL:	X	Marque con una (X) según corresponda
CONTRATO No.	02-BS-070-2023	FECHA DEL INFORME:	5/12/2024	
1. DATOS BÁSICOS 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:
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				
Consecutivo CDP	Fecha CDP DD/MM/AAAA	Registros Presupuestales	Valor Topo del Contrato (Máximo)**	Valor Inicial contrato:
Disponibilidad Inicial	1643	30/05/2023	Consecutivo CRP	Adiciones/Modificación
	0		31997	Otrosí No. 1
	4048	22/12/2023	0	Otrosí No. 2
	594	12/02/2024	52231	Otrosí No. 3
	2581	25/07/2024	17444	Otrosí No. 4
			35908	Otrosí No. 5
				Otrosí No. 6
	3692	24/10/2024	47284	Otrosí No. 7
	3964	13/11/2024		Otrosí No. 8
				Valor Total:
				\$107.111.300
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	ARRENDAMIENTOS	Código(S) Rubro(S)	Validación Máximo Contrato	Topo del Contrato
			4212020200701	
				Adicionar
				Fecha Terminación actual:
				31/12/2024

Valor Inicial contrato:

\$ 32.986.800,00

Plazo

14/08/2023

Fecha de Terminación:

DD/MM/AAAA

Valor Adiciones

14/11/2023

13/02/2024

Prórroga

N.A

N.A

Prórroga

14/02/2024

31/07/2024

Prórroga

1/08/2024

31/08/2024

Prórroga

1/09/2024

30/09/2024

Prórroga

1/10/2024

31/10/2024

Prórroga

1/11/2024

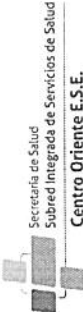
30/11/2024

Prórroga

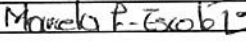
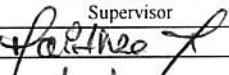
1/12/2024

31/12/2024

 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 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION		CÓDIGO: AP-IA-FT-010 VERSION: 06 FECHA: 2021-04-08													
CERTIFICACION:		14		INFORME PARCIAL: X		Marque con una (X) según corresponda											
CONTRATO No.		02-BS-070-2023		FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA		5/12/2024											
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											
14		IMQUIRURGICOS prestó el arriendo del servicio del equipo GENERADOR DE ASPIRACIÓN ULTRASONICA, el día 15 de agosto de 2024, para el paciente OSCAR ORLANDO MARTINEZ SALAMANCA. Historia Clínica No. 79453352		7ADM02		Cumplimiento de documentación SI: X N/A NO:		SI: X NO:									
						Cumplimiento calidad de la prestación SI: X N/A NO:		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		9/10/2023		11 OCTUBRE		\$ 9.389.100		\$ 9.389.100		\$ 23.597.700		8,77%			
2		IMQE 6744		2/11/2023		15 NOVIEMBRE		\$ 2.487.100		\$ 11.876.200		\$ 21.110.600		11,09%			
3		IMQE 7059		4/12/2023		17 NOVIEMBRE		\$ 2.487.100		\$ 14.363.300		\$ 18.623.500		13,41%			
4		IMQE 7060		4/12/2023		07 DICIEMBRE		\$ 2.487.100		\$ 16.850.400		\$ 16.136.400		15,73%			
5		IMQE 7349		9/01/2024		21 DICIEMBRE		\$ 9.389.100		\$ 26.239.500		\$ 22.871.800		24,50%			
6		IMQE 7350		9/01/2024		31 ENERO 2024		\$ 2.487.100		\$ 28.726.600		\$ 38.384.700		26,82%			
7		IMQE 7551		1/02/2024		12 FEBRERO 2024		\$ 2.487.100		\$ 31.213.700		\$ 35.897.600		29,14%			
8		IMQE 7853		4/03/2024		29 FEBRERO 2024		\$ 2.487.100		\$ 33.700.800		\$ 33.410.500		31,46%			
9		IMQE 7854		4/03/2024		01 MARZO 2024		\$ 2.487.100		\$ 36.187.900		\$ 30.923.400		33,79%			
10		IMQE 7855		4/03/2024		18 MARZO 2024		\$ 2.487.100		\$ 38.675.000		\$ 28.436.300		36,11%			
11		IMQE 8036		1/04/2024		08 AGOSTO 2024		\$ 6.902.000		\$ 45.577.000		\$ 21.534.300		42,55%			
12		IMQE 9346		9/08/2024		28 AGOSTO 2024		\$ 2.487.100		\$ 48.064.100		\$ 39.047.200		44,87%			
13		IMQE 9523		2/09/2024		15 NOVIEMBRE 2024		\$ 6.902.000		\$ 54.966.100		\$ 32.145.200		51,32%			
14		IMQE 10507		2/12/2024				\$ 2.487.100		\$ 57.453.200		\$ 49.658.100		53,64%			
						TOTAL		\$ 57.453.200		\$ 57.453.200		\$ 49.658.100		53,64%			

		SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-010 VERSIÓN: 06 FECHA: 2021-04-08	
CERTIFICACIÓN:	14	INFORME PARCIAL:	X	Marque con una (X) según corresponda	
CONTRATO No.	02-BS-070-2023	FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA	5/12/2024		
COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO					
CERTIFICO					
IMQUIRURGICOS prestó el arriendo del servicio del equipo GENERADOR DE ASPIRACIÓN ULTRASONICA, el día 15 de agosto de 2024, para el paciente OSCAR ORLANDO MARTINEZ SALAMANCA. Historia Clínica No. 79453352					
Lo anterior de acuerdo a hoja de gastos de fecha 15/11/2024 avalada por el Cirujano. Dr. Edwin Alfonso Paéz Monroy y la Instrumentadora Quirúrgica Lina Maria Leonor Mendez Cubides.					
Así mismo, el ingeniero biomédico Líder de Gestión de la Tecnología Biomédica revisó y aprobó la prestación de este servicio, soportado en el formato Lista de chequeo cumplimiento de obligaciones específicas del contrato.					
De otra parte, presenta certificación de paz y salvo aportes de seguridad social expedida por el revisor fiscal.					
EJECUCION DEL CONTRATO					
		VALOR EN LETRAS		VALOR EN NÚMEROS	
Valor ejecutado		CINCUENTA Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS		\$ 57.453.200	
Saldo por ejecutar		CUARENTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIEN PESOS		\$ 49.658.100	
Valor total certificado (Acumulado)		CINCUENTA Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS		\$ 57.453.200	
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 10507		2/12/2024			
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO		\$		2.487.100	
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:		IMQUIRURGICOS prestó el arriendo del servicio del equipo GENERADOR DE ASPIRACIÓN ULTRASONICA, el día 15 de agosto de 2024, para el paciente OSCAR ORLANDO MARTINEZ SALAMANCA. Historia Clínica No. 79453352 Lo anterior de acuerdo a hoja de gastos de fecha 15/11/2024 avalada por el Cirujano. Dr. Edwin Alfonso Paéz Monroy y la Instrumentadora Quirúrgica Lina Maria Leonor Mendez Cubides. Así mismo, el ingeniero biomédico Líder de Gestión de la Tecnología Biomédica revisó y aprobó la prestación de este servicio, soportado en el formato Lista de chequeo cumplimiento de obligaciones específicas del contrato. De otra parte, presenta certificación de paz y salvo aportes de seguridad social expedida por el revisor fiscal.			
ANEXOS IMQE 10507 , HOJA DE GASTO DEL 15/11/2024 , LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES FIRMADA APOYO TECNICO - Líder Gestión de la Tecnología Biomédica - Ing. Biomédica					
FIRMA SUPERVISOR CONTRATO					
					
NOMBRE Y APELLIDOS					
JUDITH MARITZA MARIÑO DUEÑAS					
C.C. No.					
C.C. No. 23810402 de Nobsa					
CARGO/PERFIL					
Profesional Universitario Código 219 Grado 27					
AREA DE UBICACIÓN					
Dirección Administrativa					
Correo Electrónico:					
enlaceadministrativo@subredcentrooriente.gov.co					
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA					
JUDITH MARITZA MARIÑO DUEÑAS					
AREA DE UBICACIÓN					
Dirección Administrativa					
Correo Electrónico:					
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 ESPECÍFICAS 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:	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y ABASTECIMIENTO	SUPERVISOR:	Judith Marihza Mariño Dueñas	FECHA INICIO CONTRATO:	14/08/2023
FACTURA No.	IMQE 10507	APOYO TÉCNICO:	Michel Andrés Pulido Pérez Líder de la Gestión de Tecnología Biomédica	FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN	4/12/2024
CRITERIO	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	CUMPLE		OBSERVACIONES Y/O COMPROMISOS	
		SI	NO		
1	Realizar la entrega del equipo indicado según el paciente asignado por el evento, entregando todos los accesorios y consumibles requeridos por el equipo para el cumplimiento del procedimiento programado.	X		Se cumple con la entrega del equipo el día 15-11-2024, al paciente Oscar Orlando Martínez, según remisión No 135 (GENERADOR DE ASPIRACION ULTRASONICA)	
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 aplica para el servicio prestado	
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 la 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 aplica para el servicio prestado	
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 reemplazar 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 aplica para el servicio prestado	
6	Realizar el acompañamiento técnico en los procedimientos quirúrgicos requeridos por el apoyo técnico o la supervisión del contrato.	X		Se cumple con el objeto del contrato, acompañamiento a personal asistencial en procedimiento resección tumor fosa posterior.	
7	Mantener vigente póliza contra todo riesgo que ampare el equipo biomédico durante el tiempo del arrendamiento, debido a que la E.S.E no es responsable de asegurar los mismos.	X		Se cumple con el objeto del contrato.	
8	En caso de daño de algún equipo sea por mal uso o no, el proveedor deberá reemplazar inmediatamente los repuestos o el equipo por uno de iguales o mejores 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 aplica para el servicio prestado	

 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 ESPECÍFICAS 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:	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y ABASTECIMIENTO	SUPERVISOR:	Judith Marithza Mariño Dueñas	FECHA INICIO CONTRATO:	14/08/2023
FACTURA No.	IMQE 10507	APOYO TÉCNICO:	Michel Andrés Pulido Pérez Líder de la Gestión de Tecnología Biomédica	FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN	4/12/2024
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 servicio prestado	
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 del día 15/11/2024 con nombre de paciente Oscar Orlando Martínez Historia clínica No. 79453352	
11	Contar con equipos de back up de respaldo.	N/A	N/A	No aplica para el servicio prestado	
12	Enviar al correo tecnovigilancia@subredcentrooriente.gov.co, el día anterior o el mismo día del procedimiento, los siguientes documentos del equipo tomado en arriendo por evento: ficha técnica relacionando la serie del equipo, declaración de importación, registro Invima o certificado de no requiere, cronograma de mantenimiento preventivo, último reporte de mantenimiento correctivo y preventivo realizado, informe de calibración y datos del paciente al que se le asignó el equipo.	X		Se recibe la información ficha técnica con especificaciones equipo con Nombre Comercial: Sistema de Aspiración Quirúrgica por Ultrasonido-Marca STRYKER, Modelo SONOPET, Registro Invima: INVIMA 2023EBC-0009053-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.	N/A	N/A	No aplica para el servicio prestado	
ELABORADO POR NOMBRE: MARCELA F. ESCOBAR BAHAMON C.C.: 26433413 CARGO: Ingeniera Biomédica Apoyo Administrativo FIRMA:  SUBPROCESO: GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA		VERIFICADO POR NOMBRE: Michael Andrés Pulido Pérez C.C.: 80145980 CARGO: Líder Ingeniería Biomédica FIRMA:  SUBPROCESO: GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA		RECIBIDO POR NOMBRE: Judith Marithza Mariño Dueñas C.C.: 23810402 CARGO: Profesional Universitario Supervisor FIRMA:  FECHA Y HORA: 05/12/2024	



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 diciembre del presente año

Esta certificación se expide en Bogotá el segundo día (02) del mes de diciembre del dos mil veinte y cuatro (2024).

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

DATOS DEL APORTANTE						DATOS DE LA PLANILLA					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CÓRREO	PLANILLA ASIGNADA	FECHA PAGO ASIGNADA (PARCELADO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIJES/PAJO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
NI	900120029-9	INQUIRIGIOS S.A.S	Calle 68 # 50 A 14	4733327	91427@gmail.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD					UPC
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO						EMPLAZOS
UNICA	B - mora de 200 c			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		2024-11	2024-10	E	81511328	0
											TOTAL A PAGAR
											\$27.470.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD											
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor			Total a Pagar
EP5001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	83011331-0	89.500	0	0	0	0	0	0	0	39.500
EP5002	Salud Total EPS	60013007-4	999.990	0	0	0	0	0	0	0	299.990
EP5005	Sanitas EPS	800251440-6	768.100	0	0	0	0	0	0	0	768.100
EP5008	Compensar EPS	86006942-7	2.410.500	0	0	0	0	0	0	0	2.410.500
EP5010	EPS Suria	900083702-2	20.000	0	0	0	0	0	0	0	20.000
EP5017	Parikumar EPS	810030364-7	632.500	0	0	0	0	0	0	0	632.500
EP5017	Nueva EPS	90015254-2	55.000	0	0	0	0	0	0	0	55.000
											1

TOTALES PENSIÓN

Código ATP	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	Protección (ING + Protección)	80022739-0	2.990.200	0	0	0	0	0	0	0	2.990.200	7
230301	Porvenir	800224803-8	6.450.400	0	0	55.000	55.000	0	0	0	6.550.400	14
231001	Colfondos	800227945-8	839.500	0	0	0	0	0	0	0	839.500	2
25-14	Colfondos	900336004-7	5.610.200	0	0	85.400	85.400	0	0	0	5.781.000	7

TOTALES RESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-4	Vida Colpatria S.A.	857002183-9	2.266.700	No. Autorización	Sistemas	2.266.700	0	0	2.266.700	22.587	22.587	2.266.700	33

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	86005542-7	4.395.700	0	0	4.395.700	33

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 4

DATOS DEL APORTANTE				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
FI	900620009-9	INQUIRURGICOS S.A.S	Calle 68 # 50 A 14	4733327
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	B - menos de 200 c			BOGOTÁ D.C.
				BOGOTÁ D.C.
				SI

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MM/AA)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2024-11	2024-10	E	05/11/2024	81511828
				TOTAL A PAGAR
				\$27.470.400

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LIVA, IRP y Mora	Total a Pagar	
Salud	7	4.596.900	4.596.900	
Pensión	4	16.211.100	16.211.100	
Respons Laborales	1	2.256.700	2.256.700	
CCF	1	4.395.700	4.395.700	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MSN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	13	27.470.400	27.470.400	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	500230039-9	INQUIRIGUICOS S.A.S	Calle 66 # 50 A 14	4738327	alya271@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	B - menos de 200 p					SI
						BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (GUAYMARQU)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					0
					34
					TOTAL A PAGAR
					\$27,370,400

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE				DATOS DE LA PLANILLA			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)
N	900320009-9	INCURRIGIOS S.A.S	Calle 59 # 50 A.14	4735327	sv527@gmail.com	2024-11	2024-10
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES
UNICA	B - menos de 200 c			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	2024-11	2024-10
EXONERADO PAGO PENSIONALES Y SALUD						FECHA PAGO PLANILLA	NÚMERO PLANILLA
						06/11/2024	81519228
						CANTIDAD EMPLEADOS	34
						URC	0
						TOTAL A PAGAR	\$27.470.400

DETALLE POR COTIZANTE

No. Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SALUD		RECURSOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES			
			Calidad	Enfermedad	Accidente	Enfermedad	Accidente	Enfermedad	Accidente	Enfermedad	Accidente	Enfermedad	Calidad	Enfermedad	Accidente	Enfermedad	Calidad	Enfermedad	Accidente	Enfermedad	Accidente	Enfermedad	Calidad	Enfermedad	Accidente	Enfermedad	Calidad	Enfermedad	Accidente	Enfermedad
40	CC	34532816	URRICO RAMIREZ ALBA MARLENY	1	0	0	0	0	0	0	0	0	25-14	25-14	25-14	25-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41	CC	34532816	URRICO RAMIREZ ALBA MARLENY	1	0	0	0	0	0	0	0	0	25-14	25-14	25-14	25-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
42	TI	1073677020	HERNANDEZ MORENO DANNA VALENTINA	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.032.382.590

PAEZ GONZALEZ

APELLIDOS

MAIRA YOHANA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-FEB-1987
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

04-MAR-2005 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00848684-F-1032382590-20160913

0051080176A 1

1954078227

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES** 

225450-T

**MAIRA YOHANA
PAEZ GONZALEZ**
C.C. 1032382590
RES. INSCRIPCION 115 DEL 10/02/2017
CORPORACION UNIVERSITARIA REMINGTON




OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

220426 242283

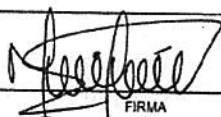
Identificación Pública S.A. 170614/0117

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

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) 6444450 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la Calle 96 No. 9 A - 21 Bogotá D.C.


FIRMA

5.000.000
\$ 231.139.414
\$ 231.139.414

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES



Certificado No:

4E9H7B209507FAH0

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 **MAIRA YOHANA PAEZ GONZALEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1032382590 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 225450-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 9 días del mes de Septiembre 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