SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : viernes, 12 septiembre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
NºAK000000031207

PROVEEDOR: R.P. MEDICAS S.A. **NIT:** 811019499 **FECHA:** 12/09/2025 09:45 a. m.

CIUDAD: BOGOTA (Bogotá, D.C.) **ESTADO:** Confirmado

DIRECCION: TV 6 N 45 - 135 **MONEDA:** Pesos

TELEFONO: 2684904 **ALMACEN:** KE10R14 - ADM GESTION DE ALMACENES USS OCCIDENTE DE KENNEDY

Nº FACTURA: FE123984 **% ICA:** 11,0400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 12/09/2025 12:00 a. m.

☑ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**

DISPONIBILIDAD 55 **COMPROMISO** 11487 **OBLIGACIÓN** 51490

DOCUMENTO 7886

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
DM2793	SISTEMA SEGURO DE MALLA PARA PROLAPSO VAGINAL ANCORIS	UNIDAD	2,00	$ 1.490.000,00	$ 2.980.000,00	0,00	0,00

Registro Sanitario:	2019DM-0001819-R1	Lote:	066516
Clasificacion de riesgo:	NoAplica		

DETALLE

EJECUCION DEL CONTRATO No 7886-2024, FACTURA No FE123984

SUBTOTAL:	$ 2.980.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	**$ 2.980.000,00**
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 32.899,00
RETE FUENTE:	$ 74.500,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 2.872.601,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

4245010401 MATERIAL MEDICO-QUIRURGICOS Obligacion: 51490 2980000,0000

Yohana Villa

YOHANA VILLA PEDROZA
52843341

ELABORADO POR: REVISADO POR: APROBADO POR:

52843341 YOHANA VILLA PEDROZA

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada Imprime: Usuario: 52843341

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

RP médicas®
MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

No. FE1 23984

ORIGINAL

RP MEDICAS S.A
NIT. 811,019,499-7
Tv. 6 # 45-135 Patio Bonito
PBX: (574) 2684904
FAX. (574) 2684905
MEDELLIN-COLOMBIA
servicioalcliente@rpmedicas.co

SEÑORES
SUBRED INTEGRADA DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
TV 74F 40B 54 SUR
NIT: 900959048-4
TEL: 454 68 00
BOGOTA D.C.
Bodega: WB01

No somos Grandes Contribuyentes
RESPONSABLE DE IVA
Actividad principal 4645
Autoretenedor ICA Municip. Medellin
Resol. 202450013185 de 28/02/2024

FORMA DE PAGO	FECHA DE FACTURA	FECHA VTO	VENDEDOR	ORDEN DE COMPRA	REMISION
A 90 DIAS	12/09/2025 07:38:31	11/12/2025	DIANA CAROLINA SANABRIA LARA	AKOC00000010507	49756

CODIGO	DESCRIPCION	CANT.	IVA %	PRECIO UNIDAD	SUMA
KIT-ANC-01	ANCORIS POP REPAIR SYSTEM 066516 21/04/2028 Invima 2019DM-0001819-R1 F Vto 19/07/2029	2.00		1,490,000.00	2,980,000.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
ENTREGÓ BODEGA: Almacen Icenmedi
NOMBRE QUIEN RECIBE: Jahana Vila
CARGO: Auxiliar Admi
C.C. #: 52943341
FECHA: 12/09/25 HORA: 8:30 am

Observaciones:

CARGO AL CONTRATO 7886-2024, /

SUB-TOTAL	2,980,000.00
IVA	0.00
DESCUENTO	0.00
RTE. FTE.	74,500.00
TOTAL	2,905,500.00

Son: DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL QUINIENTOS PESOS COLOMBIANOS

FAVOR CANCELAR CON CHEQUE PRIMER BENEFICIARIO A NOMBRE DE RP MEDICAS S.A. CONSIGNAR A LAS CUENTAS BANCOLOMBIA CTA CORRIENTE NRO. 029033393-01.
ESTA FACTURA DE VENTA CAUSARA INTERESES A LA TASA MAXIMA ESTIPULADA POR LA LEY. RP MEDICAS S.A. NO SE HACE RESPONSABLE POR LAS FALLAS DE FUNCIONAMIENTO QUE SE DERIVEN DE MAL ALMACENAMIENTO Y MANEJO DEL PRODUCTO DESPUES DE LA ENTREGA AL CLIENTE, NO ATENDER DE FORMA ESTRICTA LAS ADVERTENCIAS, CONTRAINDICACIONES Y FORMAS DE USO DE CADA PRODUCTO TANTO POR PARTE DEL PACIENTE COMO DEL PERSONAL MEDICO QUE LO MANIPULE Y POR AQUELLOS RIESGOS DE FALLA O RECHAZO PROPIOS DE LOS DISPOSITIVOS O EQUIPOS MEDICOS.
RP MÉDICAS S.A. CERTIFICA QUE LOS PRODUCTOS INCLUIDOS EN ESTA FACTURA HAN SIDO TRANSPORTADOS CUMPLIENDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE, GARANTIZANDO SU ADECUADA CONSERVACIÓN DURANTE TODO EL PROCESO LOGÍSTICO.
LAS OBLIGACIONES QUE DERIVAN DE LA PRESENTE FACTURA Y DEL NEGOCIO JURÍDICO QUE LA CAUSA SE CUMPLIRÁN EN LA CIUDAD DE MEDELLIN

FACTURACION ELECTRONICA RESOLUCION DIAN No: 18764084077343 De la fecha: 26/11/2024 Con vigencia de 24 meses. Rango de facturación : FE1-20001 A FE1-30000

CUFE: c8bd1b55ed2d534f56d51e49cf06e8a0a9324cd17f41ff88fe3a2ff44518ec032ce5cf9570f069d4644e1b50b0a7ec5f

REVISADO POR

RP MEDICAS S.A.
NIT. 811.019.499-7

RECIBI LA MERCANCIA A SATISFACCIÓN
NOMBRE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD
FECHA DE RECIBIDO

Medellín, 15 de agosto de 2025

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Ciudad

Yo, CARLOS ALBERTO ZULUAGA VALENCIA identificado con cédula de ciudadanía Nº 15.959.427, en calidad de revisor fiscal de la empresa RP MÉDICAS S.A. con Nit 811.019.499-7, hago constar que de acuerdo con la planilla de autoliquidación integrada la compañía ha efectuado el pago de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales durante los últimos seis (6) meses, siendo la última planilla la del mes de agosto del 2025.

El presente certificado se expide en Medellín a los 15 días del mes de agosto del 2025 por solicitud de **RP MÉDICAS S.A.** y es de uso exclusivo de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**

Estando disponible para aclarar cualquier inquietud o ampliar esta información.

Cordialmente,

CARLOS ALBERTO ZULUAGA VALENCIA
Firmado digitalmente por CARLOS ALBERTO ZULUAGA VALENCIA
Fecha: 2025.08.15 15:21:09 -05'00'

CARLOS ALBERTO ZULUAGA VALENCIA
C.C. 15.959.427
TP. 110146-T

En representación de DINÁMICA CONTABLE S.A.S BIC
T.R. 1739

Elaboró: Maribel Rondón
Cargo: Servicio al Cliente
RP Médicas S.A.
Elaboró: Yina Molina
CP-E052-265-2025

Transversal 6 No. 45-135 – Patio Bonito
Teléfono 57-4-2684904
E-mail: gerencia@rpmedicas.co
Medellín – Colombia
Línea de Atención Gratuita Nacional 01 8000 52 49 04

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión:	5	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15/04/2025	
		Código:	18-02-FO-0007	

CERTIFICACION: __X_				INFORME PARCIAL:			Marque con una (X) según corresponda		
CONTRATO No.	7886-2024					FECHA DEL INFORME :	16/09/2025		
FUNCIONES GENERALES Y ADMINISTRATIVAS DE LA SUPERVISIÓN									
1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN							Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:	
Contratista:	R.P. MEDICAS S.A	NIT O C.C	811.019.499	Valor Contrato Inicial:		$60.000.000	26/11/2024	25/12/2024	
Representante Legal:	SANDRA MILENA MADRID DUQUE	Cedula Representante	43.274.135	No. Adición	Fecha Registro Presupuestal	Valor Adición			
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS ACORDE CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO No. 1 y EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E			Adición 1:	20/01/2025	$150.000.000	Prórroga 1:	26/12/2024	20/01/2025
Duración Inicial	UN (01) MES			Adición 2:			Prórroga 2:	21/01/2025	13/03/2025
Disponibilidades Números	N° 2170 del 09 de octubre de 2024	Registros Presupuestales		Adición 3:			Prórroga 3:	14/03/2025	30/04/2025
				Adición 4:			Prórroga 4:	1/05/2025	10/06/2025
				Adición 5:			Prórroga 5:	11/06/2025	31/08/2025
				Adición 6:			Prórroga 6:	1/09/2025	15/01/2026
				Adición 7:			Prórroga 7:		
				Adición 8:			Prórroga 8:		
Rubro presupuestal	MATERIAL MEDICO - QUIRURGICO	CODIGO		Adición 9:			Prórroga 9:		
		4245010401		Valor Total:		$210.000.000	Fecha Terminación actual:		15/01/2026

FECHA ENTREGA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	16/03/2026

FUNCIONES TECNICAS DE LA SUPERVISION

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME/CERTIF.	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO	CENTRO DE COSTO	CUMPLIO		ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO				
			SI	NO					
	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS ACORDE CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO No. 1 y EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E		X		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:
					Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A NO:			

Observaciones:

FUNCION FINANCIERA Y CONTABLE DE LA SUPERVISION

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS

No.	No. FACTURA o CUENTA DE COBRO	FECHA DE FACTURA O CUENTA COBRO	PERIODO FACTURADO	FECHA RADICACION	VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	FE120007	26-11-2024	NOVIEMBRE	27-11-2024	$ 14.450.000	$ 14.450.000	$ 195.550.000	7%	
2	FE120006	26-11-2024	NOVIEMBRE	27-11-2024	$ 28.650.000	$ 43.100.000	$ 166.900.000	21%	
3	FE120002	26-11-2024	NOVIEMBRE	27-11-2024	$ 5.730.000	$ 48.830.000	$ 161.170.000	23%	
4	FE120003	26-11-2024	NOVIEMBRE	27-11-2024	$ 2.120.000	$ 50.950.000	$ 159.050.000	24%	
5	FE120665	16-01-2025	ENERO	17-01-2025	$ 8.280.000	$ 59.230.000	$ 150.770.000	28%	
6	FE121004	06-02-2025	FEBRERO	07-02-2025	$ 50.880.000	$ 110.110.000	$ 99.890.000	52%	
7	FE123735	22-08-2025	AGOSTO	23-08-2025	$ 4.470.000	$ 114.580.000	$ 95.420.000	55%	
8	FE123984	12-09-2025	SEPTIEMBRE	12-09-2025	$ 2.980.000	$ 117.560.000	$ 92.440.000	56%	
	TOTAL				$ 117.560.000	$ 117.560.000	$ 92.440.000	56%	

4. VERIFICACIÓN GARANTÍAS

Existencia de Garantias	SI: X
	NO:

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	CIENTO DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL PESOS	$ 117.560.000
Saldo por ejecutar	NOVENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA MIL PESOS	$ 92.440.000

VALOR TOTAL CERTIFICADO	
No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO
FE123984	12/09/2025
VALOR A PAGAR	DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL PESOS $ 2.980.000
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCION DEL CONTRATO:	Durante la ejecución del contrato no se ha presenta ningún inconveniente con los Servicios prestados por el contratista, Y hay cumplimiento del objeto del contrato
ANEXOS:	

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	DIEGO CAMILO SIERRA RAMIREZ
C.C. No.	79724077
CARGO/PERFIL	Almacenista General
AREA DE UBICACIÓN	Direccion administrativa