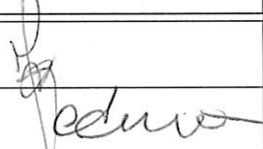
	LISTA DE CHEQUEO A DOCUMENTOS DE FACTURACIÓN DEL SERVICIO PRESTADO POR LOS PROVEEDORES			CÓDIGO: MI-GS-F-54-02	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			VERSIÓN: 2	
	GESTIÓN DE SERVICIOS MISIONALES			PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 08/05/2020	
INFORMACIÓN DEL CONTRATO					
Número de Contrato u Orden de Servicio	061-2024		Fecha del Contrato	27-09-2024	
Nombre del Contratista	MEDCORE SAS		NIT/No. Identificación	900.660.468-9	
Tipo de Contrato	SUMINISTRO				
Necesidad del Servicio	CONTRATAR INSUMOS PARA EL SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS				
Área	Subgerencia de prestación de Servicios de Salud				
Dirección del contratista	Calle 127 No. 71B-72				
Mes de recepción de la cuenta en cuentas por pagar	JULIO 2025				
DATOS DE LA FACTURA					
		SI	NO	NA	OBSERVACIONES
1	Número de Contrato	X			
2	Fecha de la Factura	X			
3	Número de Factura	X			
4	Valor de la Factura	X			
5	Valor de la factura coincide con las actividades realizadas (en los contratos de servicios)	X			
6	Valor de la factura coincidente con el valor de lo que ingresa al almacén (en los contratos de suministros)	X			
7	Código de barras en las facturas electrónicas	X			Código QR
8	Firmadas por el proveedor	X			Factura Electrónica
DOCUMENTOS SOPORTE DE LA FACTURA					
1	Certificación de cumplimiento de contrato y autorización de pago para bienes, servicios y contratos de prestación de servicios.	X			
2	Concepto técnico de ejecución contractual (contratos de servicios)			X	
3	Soporte original de entrada de almacén, firmas legibles	X			
4	Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales (correspondiente al mes de la factura)	X			
5	Soporte de procedimientos realizados en el servicio (contratos de servicios)	X			*REMISION DE ENTRADA *FICHA DE DISPOSITIVOS MEDICOS IMPLANTABLES
Responsable del diligenciamiento de la lista de chequeo (nombre)		MARTHA GIOVANNA QUITIAN CAMACHO		Firma:	
Responsable de la verificación (nombre)	DRA ANDREA SANDOVAL CASTRO	Fecha de la verificación	23-07-2025 30-07-2025	Firma	

Libia C Villamil Rincón
C.C. 23.496.846 de Chiquinquirá

**CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD
SOCIAL Y PARAFISCALES**

PERSONA JURÍDICA

Yo, **LIBIA C VILLAMIL RINCON**, identificado con cédula de ciudadanía No. 23.496846 de Chiquinquirá, y con Tarjeta Profesional No. 46923-T de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Revisor Fiscal de **MEDCORE S.A.S.**, identificada con NIT. 900.660.468-9, luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, certifico que, durante los últimos seis meses, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Bogotá, a los diez (10) días del mes de Julio de 2025


LIBIA C VILLAMIL RINCON
C.C. 23.496846 de Chiquinquirá

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE										DATOS DE LA PLANILLA						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARA FISCAL Y SALUD				PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/SEMANAS)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/SEMANAS)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
NI	900660488-9	MEDCORE SAS	CARRERA 70 G No. 127 - 31	3174290579	contabilidad@medcorestas.co										UPC	EMPLADOS
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO					PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
ÚNICA	C - MIPYME			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.					2025-07	2025-06	E	15/07/2025	87936669	\$10.343.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	598.500	0		0		0	0	0	0	598.500	6
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	420.000	0		0		0	0	0	0	420.000	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	412.000	0		0		0	0	0	0	412.000	2
EPS017	Familiar EPS	830003564-7	158.000	0		0		0	0	0	0	158.000	2

TOTALES PENSION

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)	800280739-0	3.232.100	0	0	40.000	40.000	0	0	0	3.312.100	5
230301	Previent	800224808-8	640.000	0	0	0	0	0	0	0	640.000	2
231001	Colpensiones	800227940-6	265.600	0	0	0	0	0	0	0	265.600	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.306.000	0	0	0	0	0	0	0	2.306.000	5

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										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	642.500				642.500	0	0	642.500			6.425	642.500	13

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.588.500	0	0	1.588.500	13

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900660468-9	MEDCORE SAS	CARRERA 70 G No. 127 - 31	3174290579	contabilidad@medcoresas.co	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	SI
ÚNICA	C - MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPL/EAOS	UIC
					13	0
PERIODO SALUD		PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	15/07/2025	87936669	\$10.343.200	

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
SENA			
0	0	0	0
ICBF			
0	0	0	0
ESAP			
MEN			

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	
Salud	4	1.588.500	1.588.500	
Pension	4	6.523.700	6.523.700	
Riesgos Laborales	1	642.500	642.500	
CCF	1	1.588.500	1.588.500	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	10	10.343.200	10.343.200	

03=38653

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Fecha Actual : lunes, 28 julio 2025
1/1

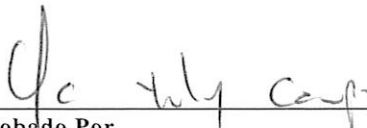
COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000020272

PROVEEDOR: MEDCORE SAS NIT: 900660468 FECHA: 28/07/2025 04:38 p. m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CARRERA 70G N° 127-31 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 8052712 TASA CAM: 0,00
N° FACTURA: FEMD31020 % ICA: 4,1400 PLAZO: 90 FECHA FAC: 21/07/2025 12:00 a. m.
ALMACEN: SC10 SALAS DE CIRUGIA OSTEOSINTESIS SIMON BOLIVAR
CENTRO DE COSTOS HSBC11 - QUIRURGICO ORTOPEDIA USS SIMÓN BOLÍVAR

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MDDVEA2	KIT SISTEMA DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO ADULTO CON MONITOREO COMPUESTO POR CATETER VENTRICULAR DE 35 CM BURETRA DE 70 Y BOLSA DE DRENAJE 700 ML	UNIDAD	1,00	\$ 1.808.464,00	\$ 1.808.464,00	0,00	0,00

DETALLE	SUBTOTAL:	\$ 1.808.464,00
07-2025 CTO 061-2024 FACT FEMD31020	DESCUENTO:	\$ 0,00
SC10 SALAS CIRUGIA SIMON	IMPUESTO:	\$ 0,00
PACIENTE: MANUEL HUMBERTO CANTILLO ESTEVES	FLETES:	\$ 0,00
PREST- 5087	IMP FLETES:	\$ 0,00
	RETE IVA:	\$ 0,00
	RETE ICA:	\$ 7.487,00
	RETE FUENTE:	\$ 45.212,00
	OTRAS RETE:	\$ 0,00
	OTRAS DEDUC:	\$ 0,00
TOTAL COMPROBANTE:	IMP DISTRI:	\$ 0,00
UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.	AJUSTE RED:	\$ 0,00
	AJUSTE AL TOTAL:	\$ 0,00
	TOTAL COMPR:	\$ 1.755.765,00


Elaborado Por


Aprobado Por

MEDCORE SAS

Nit 900660468- 9

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES NI AUTORETENEDORES

IVA Régimen Común - Actividad Económica CIU 4645 Tarifa ICA 4,14 x 1000

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764078355442 que
habilita desde FEMD 28002 hasta FEMD 40000. Vence 2025-08-29

CLIENTE SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE

NIT 900971006 4

DIRECCION CL 66 15 41

TELEFONO 6583030

CIUDAD Bogota D.C.

CONCEPTO

P - QX 222

Página 1 de 1

Nombre del Paciente MANUEL HUMBERTO CANTILLO ESTEVES

Historia Clinica No. 80921357

Fecha de CX 12/07/2025

Cirujano

Contrato / OC BYS-061-2024

FECHA FACTURA

21 de julio de 2025

FECHA VENCIMIENTO

19 de octubre de 2025

FORMA DE PAGO

Credito

ASESOR COMERCIAL

LAURA ALEJANDRA ESCOBAR HER

OBSERVACIONES: REMISION DE ENTRADA:N00000000005087

ITE	REFERENCIA	CANT	UDM	DESCRIPCION	LOTE	VENCE	INVIMA	VR.UND	IVA	VR. TOTAL
1	DVEA2	1	Und.	KIT SISTEMA DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO ADULTO CON MONITOREO COMPUESTO POR CATETER VENTRICULAR DE 35 CM BURETRA DE 70 Y BOLSA DE DRENAJE 700 ML	0976	11/12/2028	2018DM-0018635	1.808.464	0%	1.808.464

FAVOR GIRAR CHEQUE CRUZADO A NOMBRE DE MEDCORE SAS O TRANSFERENCIA A BANCO DE
OCCIDENTE CTA. CTE. No. 524001724 O BANCOLOMBIA CTA. CTE. No. 16837385775

**SON: UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS
SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

CONDICIONES DE ESTA FACTURA

1-LA PRESENTE FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UN TITULO VALOR SEGÚN LEY 1231
DE JULIO 17 DE 2008. 2-EN CASO DE MORA SE CAUSARA EL INTERES AUTORIZADO POR LA LEY. 3-SE HACE
CONSTAR QUE LA FIRMA DE PERSONA DISTINTA AL COMPRADOR IMPLICA QUE DICHA PERSONA ESTA
AUTORIZADA EXPRESAMENTE POR EL COMPRADOR.

SUBTOTAL	1.808.464
DESCUENTO	0
IVA	0
RETEFUENTE	45.212
RETEIVA	0
RETEICA	7.487
TOTAL FACTURA	1.755.765

Firma Responsable

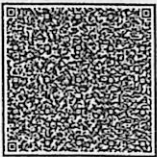
Nit. 900.660.468-9

Recibido y Aceptado por el Cliente

Auxiliar de Facturación

Declaro haber recibido real y materialmente las
mercancías descritas en este título valor

DIRECCION: AVENIDA CALLE 127 No. 71B 72 Teléfono 7466469 Bogotá D.C. E-mail:facturaelectronica@medcoresas.co



ORIGINAL

REPRESENTACION GRAFICA DE LA FACTURA DE VENTA ELECTRONICA

Fecha y Hora de Generación: 21/07/2025 14:45:26

21/07/2025 14:45:26

