CIUDAD Y FECHA:	Quibdó, 19 de Diciembre de 2020
CONTRATO N°:	**24-8-20005-20**
CONTRATISTA:	OXICHOCÓ
OBJETO DEL CONTRATO:	SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL HOSPITALARIO, DOMICILIARIO, EQUIPO EN APOYO TECNOLOGICO (GENERADORES DE OXIGENO) PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ
VALOR DEL CONTRATO: $	$7.500.000,00
PLAZO DE EJECUCIÓN:	Ocho (08) meses y 28 días
FECHA DE ENTREGA:	19 de Diciembre de 2020
DIAS DE ATRASO EN LA ENTREGA:	0
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y CARGO QUE DESEMPEÑA:	SI. SUGEIDY MARTINEZ PALACIOS *Jefe Grupo Prestador de Atenciones en Salud*
VALOR CORRESPONDIENTE A ESTA ENTREGA	$420.000,00
RECEPCION DE LOS BIENES:	Mediante acta de recepción de bienes #_____ de fecha _____, el almacenista efectuó la recepción y verificación de los mismos.

INFORMACION ADICIONAL PARA CONTRATOS DE OBRA, INTERVENTORIA O CONSULTORIA
(Únicamente aplica para contratos de obra y/o interventoría)

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	
PORCENTAJE DE AVANCE PARA EL PRESENTE CORTE Y ACUMULADO TOTAL DE AVANCE:	
EN EL CORTE SE PRESENTARON MAYORES Y MENORES CANTIDADES DE OBRA:	NO___Si___(siendo aprobado el balance de mayores y menores por parte del ordenador del gasto de fecha:_____
EN EL PRESENTE CORTE SE PRESENTARON ÍTEMS NO PREVISTOS:	NO___ SI____(Autorizados mediante modificatorio y adicional N°.____ de fecha:_____

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: esta Unidad Prestadora de Salud Chocó, recibió los servicios de suministro de oxígeno medicinal hospitalario, domiciliario, equipo en apoyo tecnológico (generadores de oxigeno) para los usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la Policía Nacional en el departamento del chocó. Para garantizar el buen funcionamiento del servicio asistencial objeto del contrato N° 24-8-20005-20.

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor Neto
4530	01/12/2020	$420.000,00		$420.000,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos				$420.000,00

FIRMA DEL SUPERVISOR
SI. SUGEIDY MARTINEZ PALACIOS

CODIGO: 2BS-FR-0019	PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS	POLICIA NACIONAL
FECHA: 19-03-2015		
VERSION: 4	INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL	

(APLICA PARA CONTRATOS DE COMPRAVENTA, PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SUMINISTRO E INTERADMINISTRATIVOS)

Quibdó-Chocó 19 de Diciembre de 2020

UPRES DECHO 04

Teniente Coronel
EFREN BLANCO QUINTERO
Comandante Departamento Policia Chocó (E)
Quibdó Chocó

Asunto: Informe de supervision contrato No. 24-8-20005-20 Mes reportado Diciembre de 2020

1. PRÓRROGA No.		2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS
INCIO:	TERMINO:	FECHA:	FECHA:	FECHA:

5. OBJETO	6. CONTRATISTA	7. PLAZO DE EJECUCION	BIENES Y/O SERVICIOS CONTRATADOS			RECIBIDO		PENDIENTE POR RECEPCION		15. OBSERVACIONES
			8. DESCRIPCION	9. CANTIDAD	10. VALOR	11. CANTIDAD	12. VALOR	13. CANTIDAD	14. VALOR	
SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL HOSPITALARIO, DOMICILIARIO, EQUIPO EN APOYO TECNOLOGICO (GENERADORES DE OXIGENO) PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ	OXICHOCÓ	Vigencia: 08 MESES Y 28 DIAS		ABRIL	$ 7.500.000,00	ABRIL	$ 3.040.000,00		$ 4.460.000,00	A LA FECHA NO SE HA PRESENTADO NOVEDAD CON EL CONTRATISTA. SE EVIDENCIA EJECUCIÓN DEL 99% DEL VALOR TOTAL ASIGNADO
		incio: 02/04/2020		JULIO	$ 4.460.000,00	JULIO	$ 1.950.000,00		$ 2.510.000,00	
		termino: 31/12/2020		NOVIEMBRE	$ 2.510.000,00	NOVIEMBRE	$ 2.070.000,00		$ 440.000,00	
				DICIEMBRE	$ 440.000,00	DICIEMBRE	$ 420.000,00		$ 20.000,00	
		Adición:	$ 2.500.000,00							
		Inicio								
		termino								
		VALOR TOTAL	$ 7.500.000,00				$ 7.480.000,00		$ 20.000,00	

16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales?

SI. ____ 17. Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes, descritos en el numeral 23. del presente formato.

NO. ____ 18. En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, diligenciar el numeral 19 del presente formato, para lo cual anexo comunicación oficial No_____ del _____, mediante la cual se informa al ordenador del gasto, el no cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato.

19. RELACIÓN DE OBLIGACIONES INCUMPLIDAS		
20. ÍTEM Y/O NUMERAL	21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	22. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL INCUMPLIMIENTO.

23. DOCUMENTOS TÉCNICOS OBLIGATORIOS ESTABLECIDOS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS. INCLUYENDO LAS AMBIENTALES, DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Y OTROS.		
24. ÍTEM Y/O NUMERAL	25. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	26. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES

Para el caso de prestación de servicios personales o profesionales que afecten la conformidad del servicio: fecha en la cual le fue suministrada la inducción establecida _____ Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI ___ NO ___

Grado y Nombre del Supervisor: SI Sugeidy Palacios Martinez
Cargo: JEFE GRUPO PRESTADOR DE ATENCIONES EN SALUD
Teléfonos: _____
Anexos: (Relacionar)

Firma _____

SUMINISTROS Y DOTACIONES DEL CHOCO

"OXICHOCO"

NIT: 11'806.432-9

Cuenta de Cobro N° 018

POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO CHOCO
SANIDAD
Nit: 800.140.951-1

Debe A:

JHON DEIVI HERNANDEZ GIRALDO
Representante Legal OXICHOCO
C.C. # 11'806.432 DE QUIBDO

La suma de Cuatrocientos Vente Mil Pesos M/cte. ($420.000), Por concepto de prestación de suministro de oxígeno domiciliario, tanto para los afiliados, como para la Unidad Prestadora de Salud del Departamento de Policía Chocó.

Para mayor constancia se firma en Quibdó, el día 01 de Diciembre de 2020.

Atentamente,

JHON DEIVI HERNANDEZ GIRALDO
C.C. 11806.432 DE QUIBDO
Representante Legal OXICHOCO

Car. 6 #29-71 B/Cesar Conto,Teléfo:6719968 (fijo) celulares 314 891 3417 – 311 6292804
Correo: oxichoco@hotmail.com

RELACION PACIENTES UNIDAD PRESTADORA DE SALUD -- DEPARTAMENTO DE POLICIA CHOCO

FECHA DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA DE ELABORACION DE LA	DX cie10	NUMERO DE FACTURA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRE DEL USUARIO	EDAD	SEXO	CODIGO CUPS	VALOR FACTURADO
01/Diciemrbe/20	01/12/2020	EPOC	4530	54,251,315	MAGDY MARIA MOYA GUTIERREZ	65	F	J449	420,000
						TOTAL			420,000

JHON DEIVI HERNANDEZ GIRALDO
C.C. 11806.432 DE QUIBDO
Representante Legal OXICHOCO



SUMINISTROS Y DOTACIONES DEL CHOCÓ «OXICHOCO»

Proveemos Vida

NIT. 11.806.432 - 9 Régimen Común
Prop. Jhon Deivi Hernandez Giraldo
Resolución DIAN No. 18762010939775
de Fecha 2018-10-25 - Autorización del 4001 al 5000

Cra. 6ª No. 29-71 B/ César Conto
Cels.:311 629 2804 - 314 891 3417
Fijo: 6719968 Quibdó - Chocó

FACTURA DE VENTA

CIUDAD	DÍA	MES	AÑO
Quibdó	01	12	2020

Nº. 4530

Señor(a): POLICIA NACIONAL Unidad prestadora de salud Nit: 800951-7

Dirección: Av. Aeropuerto. Tel:

CANT.	DESCRIPCIÓN	VR/ UNIT.	VR/ TOTAL
3	Contenidos de oxigeno de 6,5 m^3 medicinal	140.000	420.000
	PRESENTE: MADY MARIA MOYA C.C 54.251.315		

Firma Autorizada	Firma Recibido	SUBTOTAL	420.000
C.C. 11806432 de Q	MADY MOYA C.C. 35.895.837	IVA	—
		TOTAL $	420.000

Esta Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a la Letra de Cambio según Art. 774 del Código de Comercio.

Sol Angel Buenaño Mena (L.Q. YAY17745). NIT. 41'351.058 - 1 Calle 27 Nº 6 - 43 Cel. 3117989980 Quibdó - Chocó

HOSPITAL

MOYA GUTIERREZ MAGBY MARIA
CC 54251315 Episodio 3230454
Sexo Femenino Fec. nacimiento 01-12-1954

PRESCRIPCIÓN DE OXIGENO DOMICILIARIO HOSPITALARIO
[ ] DOMICILIARIO [X] HOSPITALARIO

ESPECIALIDAD	Medicina Interna	FECHA SOLICITUD (DD/MM/AAAA)	17/07/2

	VIA	DOSIS (Litros / Minuto)	FRECUENCIA (Horas / dia)	Duración del Tratamiento (Meses)
X	Canula Nasal	3L/min	24h/dia	6 meses
	Collar de traqueostomia			
	Máscara			
	Otro Describa			

Se requiere oxigeno de transporte [X] SI [ ] NO

JUSTIFICACIÓN

Paciente con antecedente obesidad, apnea obstructiva del sueño, falla cardiaca, posible EPOC, Cases con hipoxemia, requiere oxigeno domiciliar

DIAGNÓSTICO Enfermedad pulmonar obstructiva Cr **CÓDIGO CIE 10** J44.9

Simón Trujillo
Nombre del médico que ordena

Firma

1053576635
Registro

+ Davy Yadira
135-601-276

Versión 1. Fecha de Aprobación: Octubre 31 de 2019

Página 1 de 1

SUMINISTROS Y DOTACIONES DEL CHOCO

"OXICHOCO"

NIT: 11.806.432-9

CERTIFICACION ENTREGA DE OXIGENO MEDICINAL

JHON DEIVI HERNANDEZ GIRALDO, mayor de edad, domiciliado en esta ciudad, identificado con la cedula de ciudadanía número 11 806 432 de Quibdó, actuando como representante legal de **SUMINISTROS Y DOTACIONES DEL CHOCO "OXICHOCO"** con Nit **11.806.432-9.** Certifico que se realizó la entrega al paciente lo que se relaciona a continuación:

ENTIDAD DEL AFILIADO: Policia nacional unidad prestadora de salud

NOMBRE DEL PACIENTE		DOCUMENTO
Maiby Moya Gutierrez		CC 54'251.315
Dirección: B/. las Americas Quibdo. Choco		Edad: 65 Años Sexo F
Diagnostico: EPOC		
COD.	CANT	SERVICIO PRESTADO
	3	Contenidos de oxigeno Domiciliario de 6.5m3

Se firma el día 01 del mes de Diciembre del año 2020

Entrego:

Jhon Deivi Hernandez G.

JHON DEIVI HERNANDEZ GIRALDO
C.C. #11.806.432 de Quibdó
Representante Legal "OXICHOCO"

Recibió el servicio a satisfacción,

MAIBY MOYA

C.C. # 35.895.831

TEL: _____

PARENTESTO Hija

Car. 6 #29-71 B/Cesar Conto, teléf. Fijo 671 99 68; Celular 311 6292906 - 318 895 417
Correo: oxichoco@hotmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **11.806.432**

HERNANDEZ GIRALDO

APELLIDOS

JHON DEIVI

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-ENE-1978**

QUIBDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA

A- G.S. RH

M SEXO

06-MAY-1996 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A 1700100-00182104-M 0011806432-20090930 0016698750A 1 1850103728

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Banco de Occidente

Certificamos que JHON DEIVI con documento CEDULA DE CIUDADANIA 11806432, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) JHON DEIVI HERNANDEZ GIRALDO con documento CC 11806432, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	4364260197	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	DICIEMBRE/2020	Periodo Cotización Salud	DICIEMBRE/2020
Fecha Pago	2020/12/04	Número de Autorización	22160669

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS005 - SANITAS S.A.
Días	30	Tarifa	12,500 %

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
Planilla Pagada

Banco de Bogotá

NIT 860.002.964-4

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que HERNANDEZ GIRALDO JHON DEIVI identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 11806432 está vinculado con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

	Cuenta Corriente No	*-*-*-*-*-* * * * * * * * * * * * * * * //
X	Cuenta de Ahorros No.	979019262 abierta desde el 26/05/16
	Créditos hasta por valor de	$0.00

CONCEPTO: CLIENTE VINCULADO CON CUENTA ACTIVA

Se expide en QUIBDO el día 23 del mes de NOVIEMBRE del año 2020 con destino a JHON DEIVI HERNANDEZ GIRALDO

Firma Autorizada

979 Oficina Alameda Reyes Quibdo

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14374725439

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 1 8 0 6 4 3 2 — 6. DV: 9

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Quibdó — 1 8

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 1 3

26. Número de Identificación: 1 1 8 0 6 4 3 2

27. Fecha expedición: 1 9 9 6 0 5 0 6

Lugar de expedición — 28. País: COLOMBIA — 1 6 9

29. Departamento: Chocó — 2 7

30. Ciudad/Municipio: Quibdó — 0 0 1

31. Primer apellido: HERNANDEZ

32. Segundo apellido: GIRALDO

33. Primer nombre: JHON

34. Otros nombres: DEIVI

35. Razón social:

36. Nombre comercial: SUMINISTROS Y DOTACIONES DEL CHOCO OXICHOCO

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Chocó — 2 7

40. Ciudad/Municipio: Quibdó — 0 0 1

41. Dirección principal: CR 3 28 80

42. Correo electrónico: oxichoco@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 6 7 1 3 6 8 0

45. Teléfono 2: 3 1 4 6 9 1 3 4 1 7

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
48. Código	47. Fecha inicio actividad	49. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	50. Código 2	51. Código	52. Número establecimientos
3 5 2 0	2 0 0 1 0 4 1 6	4 7 7 3	2 0 1 1 0 2 2 2	4 7 4 1	4 7 6 1	1 3 1 4	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	1	1		7	1	4	2	2	4	2															

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

11- Ventas régimen común

07- Retención en la fuente a título de rent

14- Informante de exogena

22- Obligado a cumplir deberes formales a

42- Obligado a llevar contabilidad

Obligacion aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripcion en el registro Único Tributario -RUT-, tendra vigencia indefinida y en consecuencia no se exigira su renovacion

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 6 0 6 2 1

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y sin consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 26/07/2017 04:23 hora