

COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 00000000628951

Handwritten notes: 0095/23 and a signature.

Consecutivo : 00000000628951
Fecha del Egreso : 19/12/2025 9:01:50 a. m.
Beneficiario 900580962 DISFARMA GC SAS
Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000005212
Valor en Letras CINCO MILLONES TRESCIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Estado : Confirmado
Valor : \$ 5.312.385,00

Numero Nota: 00000005212

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.
Numero : Consignar : 12/19/2025 Impuesto X Mil : \$ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

Table with 5 columns: CONCEPTO, TERCERO, CUENTA, DEBITO, CREDITO. Rows include BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS and DISPERSION DE FONDOS.

FACTURAS AFECTADAS

Table with 6 columns: Factura, Valor, Factura, Valor, Factura, Valor. Lists affected invoices and their values.

TESORERIA

Handwritten signature for Tesoreria.

DIRECCIÓN FINANCIERA

Handwritten signature for Dirección Financiera.

GERENTE

Handwritten signature for Gerente.

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

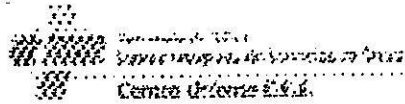
Elaboró. :65757131 MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO

Usuario Id. :19407382

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

Fecha Actual: lunes, 18 diciembre 2023

1/1



**COMPROBANTE ENTRADA**  
**Nº000000000073567**

PROVEEDOR: DISPARMA CC SAS NIT: 903509962 FECHA: 18/12/2023 02:30 p.m.  
 CIUDAD: GEDM (SANTANDER) ESTADO: Continuada  
 DIRECCION: OG 22 N 31 - BG 89 CENTRO LOGISTICO SAN JORGE KM 7 MONEDA: Pesos  
 TELEFONO: 5915787 TASA CAM: 0.00  
 Nº FACTURA: ZD388842 % ICA: 4.140 PLAZO: 0 FECHA FAC: 11/12/2023 12:00 a.m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR U	SUBTOTAL	%DTG	%IVA
122MS112997	acetazolAMIDA 250 MG TABLETA	TABLETA	180,00	\$ 404,00	\$ 72.720,00	0,00	0,00
122MA072007	BISACODILO 5 MG TABLETA	TABLETA	4000,00	\$ 31,00	\$ 124.000,00	0,00	0,00
122MA072011	CALCITRIOL 0.5 MCG CAPSULA	CAPSULA	1.580,00	\$ 126,00	\$ 199.240,00	0,00	0,00
122MA072082	MRSALAZINA 500 MG TABLETA	TABLETA	270,00	\$ 371,00	\$ 100.170,00	0,00	0,00
122MU032373	NEVIRAPINA 200 MG TABLETA	TABLETA	100,00	\$ 224,00	\$ 22.400,00	0,00	0,00
122MA072010	CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULA	CAPSULA	1.260,00	\$ 111,00	\$ 139.860,00	0,00	0,00
122MG062279	ESPIRONOLACTONA 100 MG TABLETA	TABLETA	80,00	\$ 238,00	\$ 19.040,00	0,00	0,00
122MA072086	METOCLOPRAMIDA 10 MG TABLETA-	TABLETA	900,00	\$ 56,00	\$ 50.400,00	0,00	0,00
122MP022930	METRONIDAZOL 500 MG OVULO-	UNIDAD	800,00	\$ 244,00	\$ 195.200,00	0,00	0,00

DETALLE	SUBTOTAL:	VALOR
CONTRATO No.02-BS-095-2023 - HOSPITAL SAN BLAS - VICTOR CHAVEZ	SUBTOTAL:	\$ 995.670,00
	DESCUENTO:	\$ 0,00
	IMPUESTO:	\$ 0,00
	FLETES:	\$ 0,00
	IMP FLETES:	\$ 0,00
	RETE IVA:	\$ 0,00
	RETE ICA:	\$ 5.713,00
	RETE FUENTE:	\$ 0,00
	OTRAS RETE:	\$ 0,00
	OTRAS DEDUC:	\$ 0,00
	IMP DISTRI:	\$ 0,00
	AJUSTE RED:	\$ 0,00
	AJUSTE AL TOTAL:	\$ 0,00
<b>TOTAL COMPR:</b>	<b>TOTAL COMPR:</b>	<b>\$ 995.670,00</b>

**TOTAL COMPRORANTE:**  
 OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CIENTO CINCUENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTES  
 M/Cts.

*[Handwritten signature]*  
 Revisó Almacén

*Adriana M. Lugo*

**CUENTAS POR PAGAR**  
 Revisado Inspector

**Adriana M. Lugo L.**  
 18 DE 2023  
 CUENTAS POR PAGAR

57  
 19 21-11-24

0654061/8  
 dol: 30584/2  
 e307



DISFARMA GC SAS  
 NIT. 900.580.962-2 RÉGIMEN COMUN  
 PARQUE INDUSTRIAL SAN JORGE  
 KM 7+400 ANILLO VIAL - BODEGA 92  
 VIA PALENQUE - FLORIDABLANCA (S.S.)  
 Tel. 691 57 67 - E-mail: pedidos@disfarma.com.co

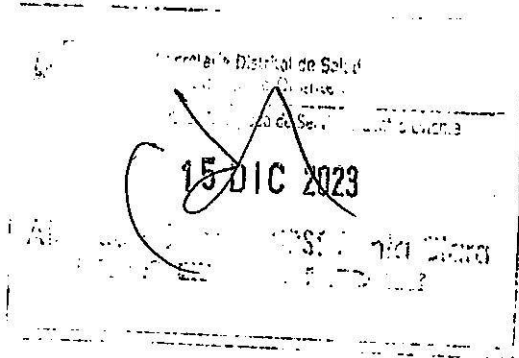
**FACTURA  
 ELECTRÓNICA  
 DE VENTA  
 ZD-386842**

AUTORRETENEDOR DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA - RESOLUCIÓN 002569 DEL 23 DE MARZO DE 2023  
 AUTORRETENEDOR ICA PARA GIRON - SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

SEÑOR(ES): SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E /  
 NIT: 900959051-7 CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.  
 DIRECCION: DIAGONAL 34 # 5 - 43  
 TELEFONO: 3444484-3102040836 CIUD. DESP.: BOGOTÁ, D.C. (BOGOTÁ)  
 DESPACHAR A: Almacén San Blas Dirección: Transversal 5 Este # 19 - 50 sur (ingresar por la  
 puerta de Urgencias)

FECHA FACTURA 11 12 2023  
 FECHA VENCIMIENTO 10 3 2024  
 VENDEDOR LINDA VIVIANA BARBOSA  
 CONDICION DE PAGO VENTA A CREDITO

CODIGO	ARTICULO	IVA	CANTIDAD	PRECIO NETO	VALOR TOTAL
107328	ACETAZOLAMIDA 250MG TAB - COLMED	0	180	404.00	72,720.00
316409	BISACODILO 5MG TAB - BUSSIE	0	4,000	31.00	124,000.00
105523	CALCITRIOL 0.25MCG CAP - COLMED	0	1,260	111.00	139,860.00
105524	CALCITRIOL 0.5MCG CAP - COLMED	0	1,380	128.00	176,640.00
109432	ESPIRONOLACTONA 100MG TAB (ESPIROLAN) - LABINCO	0	60	258.00	15,480.00
101999	MESALAZINA 500MG TAB LIB RET - HUMAX	0	270	371.00	100,170.00
105545	METOCLOPRAMIDA 10MG TAB - LAPROFF	0	900	56.00	50,400.00
102525	METRONIDAZOL 500MG OVUL VAG - COLMED	0	800	244.00	195,200.00
119577	NEVIRAPINA 200MG TAB - LEGRAND S.A	0	100	224.00	22,400.00



**NO SE ACEPTAN RECLAMOS DESPUES DE 72 HORAS DE RECIBIDA LA MERCANCIA**

La presente FACTURA DE VENTA se asimila en todos sus efectos a la LETRA DE CAMBIO (Art. 774 Numeral 6 del código de comercio).  
 Favor consignar a nombre de DISFARMA GC SAS en las siguientes Cuentas de Ahorro  
 BANCO DE BOGOTA No. 157-55108-6 | BANCOLOMBIA No. 020-000380-35 | BANCO BBVA No. 509-00319-0

Observaciones:  
 02-BS-0095-2023 SAN BLASS

SUBTOTAL	896,870.00
DESCUENTO	0.00
IVA	0.00
RETENCION	0
RETEIVA	0
TOTAL	896,870.00

Resolución de Facturación DIAN No. 18764060751706 (2023/11/28) Rango del ZD- 382320 al ZD- 500000 Vigencia 2023/11/28 - 2025/11/28

Firma Autorizada

Firma y Sello Cliente

MLCESPEDES (FM08 ) 2023-12-11 14:08:49

Página 1 de 1

**DATOS DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA**

Código Único de Factura Electrónica: ba235b5aad87107d097357785elfe4b89c3b1168e913493fe5ed85c9bc3246f3df3be485479d22fbb95b3f7d3a5bfb3  
 Numero Documento: ZD-386842  
 Valor Documento: 896,870.00  
 Facturador: DISFARMA GC SAS  
 Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E



CERTIFICACION N°	56	INFORME PARCIAL	N/A	Marque con una (X) según corresponda
CONTRATO N°	02-BS-0095-2023	FECHA DEL INFORME (DD/MM/AAAA)	11/01/2024	

DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN				
Contralista	DISFARMA GC S.A.S		NIT/O.C.C.	NTT: 900.580.962-2
Representante	JOSÉ EUGENIO GÓMEZ CASTELLANOS		Identificación Representante Legal	C.C: X C.E:
Objeto del Contrato u Orden	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN SEGURA, OPORTUNA, EFICIENTE Y DE CALIDAD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			FORMA DE PAGO: CUIVA
				90 DIAS

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL									
		Valor Total del Contrato (Máximo)	Valor Inicial		Plazo	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación		
		\$ 593.847.340,00	\$ 148.461.960,00			DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA		
Consecutivo CDE	Fecha CDE (DD/MM/AAAA)	Registros Presupuestales	Consecutivo CRP	Fecha CRP (DD/MM/AAAA)	Adiciones/Modificaciones	Valor Adicional	Prórroga	Fecha Inicial Prórroga (DD/MM/AAAA)	Fecha Terminación Prórroga (DD/MM/AAAA)
2027	10/07/2023	Registro Inicial	35628	11/09/2023					
3313	31/10/2023	Partes Transparencia de Adiciones	40035	31/10/2023	Adición 1:	\$ 60.000.000,00	Prórroga 1:	13/11/2023	6/12/2023
3730	30/11/2023		Adición 2:	\$ 105.000.000,00	Prórroga 2:	7/12/2023	30/01/2024		
			Adición 3:		Prórroga 3:				
			Adición 4:		Prórroga 4:				
			Adición 5:		Prórroga 5:				
			Adición 6:		Prórroga 6:				
			Adición 7:		Prórroga 7:				
			Adición 8:		Prórroga 8:				
			Adición 9:		Prórroga 9:				
			Adición 10:		Prórroga 10:				
					Valor Total	\$ 313.461.960,00	Fecha Terminación actual	30/01/2024	
Medicamentos		Código(s) Rubro(s)	4245010301		Validación Tipo Máximo del Contrato	Adiciones			

**AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN**

**INFORMACION DE ACTIVIDADES**

No. INFORME CERTIFICACION	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO	CENTRO DE COSTO	ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO			
56	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN SEGURA, OPORTUNA, EFICIENTE Y DE CALIDAD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	N/A	Disponibilidad de entrega	Si: X N/A NO:	Cumplimiento de documentación (facturas o prescripciones)	Si: X NO:
			Generación de impresos y Emisiones	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 JUSTIFICACION DEL CONTRATO QUE SOPORTE LA ADICION Y LAS CONDICIONES DEL MISMO LO PERMITAN.

**INFORMACION DE FACTURAS O CUENTAS**

No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO	FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO	PERIODO FACTURADO	VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO	CUMULADO EJECUTADO	SALDO	EJECUCION	OBSERVACIONES
			Ver 43 en instructivo				

44	ZD-380217	20/11/2023	NOVIEMBRE	\$ 980.000,00	\$ 119.204.909,00	\$ 194.257.051,00	38,03%	
45	ZD-386352	7/12/2023	DICIEMBRE	\$ 3.090.280,00	\$ 122.295.189,00	\$ 191.166.771,00	39,01%	
46	ZD-386360	7/12/2023	DICIEMBRE	\$ 2.239.080,00	\$ 124.534.269,00	\$ 188.927.691,00	39,73%	
47	ZD-386366	7/12/2023	DICIEMBRE	\$ 28.000,00	\$ 124.562.269,00	\$ 188.899.691,00	39,74%	
48	ZD-386367	7/12/2023	DICIEMBRE	\$ 10.553.870,00	\$ 135.116.139,00	\$ 178.345.821,00	43,10%	
	NCD-1020011229	21/12/2023	DICIEMBRE	-\$ 53.200,00	\$ 135.062.939,00	\$ 178.399.021,00	43,09%	SE APLICA NCD-1020011229 DEL 21-12-2023 POR VALOR DE \$53.200 A LA FACTURA ZD-386367 POR ERROR EN LA OFERTA.
49	ZD-386368	7/12/2023	DICIEMBRE	\$ 1.682.000,00	\$ 136.744.939,00	\$ 176.717.021,00	43,62%	
	NCD-1020011230	21/12/2023	DICIEMBRE	-\$ 152.000,00	\$ 136.592.939,00	\$ 176.869.021,00	43,58%	SE APLICA NCD-1020011230 DEL 21-12-2023 POR VALOR DE \$152.000 A LA FACTURA ZD-386368 POR ERROR EN LA OFERTA.
50	ZD-386378	7/12/2023	DICIEMBRE	\$ 1.796.280,00	\$ 138.389.219,00	\$ 175.072.741,00	44,15%	
51	ZD-386379	7/12/2023	DICIEMBRE	\$ 17.084.710,00	\$ 155.473.929,00	\$ 157.988.031,00	49,60%	
52	ZD-386384	7/12/2023	DICIEMBRE	\$ 316.800,00	\$ 155.790.729,00	\$ 157.671.231,00	49,70%	
53	ZD-386392	7/12/2023	DICIEMBRE	\$ 952.000,00	\$ 156.742.729,00	\$ 156.719.231,00	50,00%	
54	ZD-386415	7/12/2023	DICIEMBRE	\$ 1.400.000,00	\$ 158.142.729,00	\$ 155.319.231,00	50,45%	
55	ZD-386428	7/12/2023	DICIEMBRE	\$ 1.095.984,00	\$ 159.238.713,00	\$ 154.223.247,00	50,80%	
56	ZD-386842	11/12/2023	DICIEMBRE	\$ 896.870,00	\$ 160.135.583,00	\$ 153.326.377,00	51,09%	
<b>TOTAL</b>				<b>\$ 160.135.583</b>	<b>\$ 160.135.583</b>	<b>\$ 153.326.377</b>	<b>51,09%</b>	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO:

CERTIFICADO:

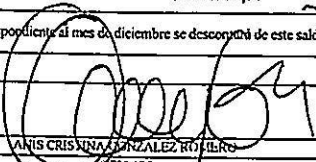
EL PROVEEDOR CUMPLE CON EL OBJETO DEL CONTRATO, NO TIENE PENDIENTES DE ENTREGA Y ANEXA SOPORTE DE PAGO PARAFISCALES

EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NUMEROS
Valor ejecutado	CIENTO SESENTA MILLONES CIENTO TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y TRES 00/100	\$ 160.135.583
Saldo por ejecutar	CIENTO CINCUENTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS VEINTISEIS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE 00/100	\$ 153.326.377
Valor total certificado (Acumulado)	CIENTO SESENTA MILLONES CIENTO TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y TRES 00/100	\$ 160.135.583

NO FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO:	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO: DD/MM/AAAA
ZD-386842	11/12/2023
VALOR A PAGAR LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO:	\$ 896.870,00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCION DEL CONTRATO:	Es importante mencionar que la facturación correspondiente al mes de diciembre se descontará de este saldo, una vez se reciban y certifiquen las facturas por parte del proveedor.

ANEXOS: COMPROBANTE ENTRADA DE ALMACEN, FACTURA ORIGINAL Y SOPORTE PARAFISCAL

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	ANIS CRISMINA GONZALEZ ROMERO
CARGO	720 126
AREA DE UBICACIÓN	DIRECTORA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SUPERVISOR CONTRATO
CORREO ELECTRONICO	SUBRED CENTRO ORIENTE - UMHES SANTA CLARA
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	ab@reclinientermedicamentos@subredcentrooriente.gov.co
AREA DE UBICACIÓN	LAURA AMORTEGIU GARCIA
CORREO ELECTRONICO	SUBRED CENTRO ORIENTE - UMHES SANTA CLARA
	ab@reclinientermedicamentos@subredcentrooriente.gov.co

Girón, 15 de diciembre de 2023.


Señores.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
BOGOTA, D.C. (BOGOTA)

Referencia: CERTIFICACION DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES.

**ARTICULO 50 LEY 789 2002**

Yo **JOSE EUGENIO GOMEZ CASTELLANOS**, identificado con cedula de ciudadanía No. 13.920.613 de Málaga, en mi calidad de Representante Legal de la empresa DISFARMA GC SAS con NIT 900.580.962-2 debidamente registrada en la cámara de comercio de Bucaramanga, manifiesto bajo la gravedad de juramento que la empresa ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de entrega de la presente certificación con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por el contrato de trabajo, por lo que declaro que me encuentro a PAZ Y SALVO con las empresas promotoras de salud EPS, fondo de pensiones AFP, administradoras de riesgos laborales ARL, caja de compensación familiar CCF, instituto colombiano de bienestar familiar ICBF y servicio de aprendizaje SENA.



**JOSE EUGENIO GOMEZ CASTELLANOS**  
NIT 900.580.962-2  
REPRESENTANTE LEGAL



**JOCIO MEDINA PEREZ**  
TP 109438-T  
CONTADOR



**ACELA & GARCIA ASESORES Y CONSULTORES S.A.S.**  
TR 2011  
**DAVID FELIPE ANGARITA VILLAREAL**  
TP 258890-T  
REVISOR FISCAL

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

Fecha Actual : lunes, 06 mayo 2024 Página 1/1

## NOTA DE PAGOS

900959051

Consecutivo : 12744  
Tercero: 900580962 DISFARMA GC SAS  
Proveedor: 900580962  
Fecha de la Nota : 30/04/2024 2:52:31 p. m.

DISFARMA GC SAS

Naturaleza de la Nota :

Estado : Confirmado

Debito

Valor :

\$ 22.307,00

Detalle : CTO. 02 BS 0095 2023 SE APLIACA NOTA CREDITO NCD-1020011839 - PARA APLICAR A LA FACTURA No. ZD 386842 CBI  
73567 - POR FECHA DE VENCIMIENTO Y BAJA ROTACION.  
Son :VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

### DESCRIPCIÓN DE CONCEPTOS

Concepto	Cuenta	Centro	Nombre de la cuenta	Naturaleza	Valor
708 REGISTRO AJUSTE SUMINISTRO DE MEDI	735501001	7ADM10	MEDICAMENTOS	Credito	\$ 22.400,00
	Cuenta NIIF: 735501001		MEDICAMENTOS		
	Porcentaje		Valor Base		
48 AJU. RETE ICA RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS	243627001		RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS	Debito	\$ 93,00
	Cuenta NIIF: 243627001		RETENCION IMPTO ICA POR COMPRAS		
	Porcentaje	4,14	Valor Base		22400,0000
90 ICA POR PAGAR DE COMPRAS					

### DESCRIPCIÓN DE FACTURAS

Factura	Fecha	Vencimiento	Cuenta	Cuenta NIIF	Valor
ZD386842	11/12/2023 12:00:00 a. m.	11/12/2023 12:00:00 a. m.	240101001	240101001	\$ 22.307,00

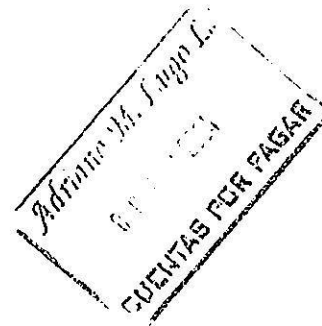
*Adriana M. Lugo*  
CUENTAS POR PAGAR

ELABORO

*[Signature]*  
REVISOR

Usuario Id. :52160932

Nombre reporte : PGRPNota



NO: 2792/24



DISFARMA GC SAS  
 NIT: 900.580.962-2 RÉGIMEN COMUN  
 PARQUE INDUSTRIAL SAN JORGE  
 KM 7+400 ANILLO VIAL - BODEGA 92  
 VIA PALENQUE - FLORIDABLANCA (S.S.)  
 Tel. 691 57 67 - E-mail: pedidos@disfarma.com.co

NOTA  
 CRÉDITO No.  
 NCD-1020011839

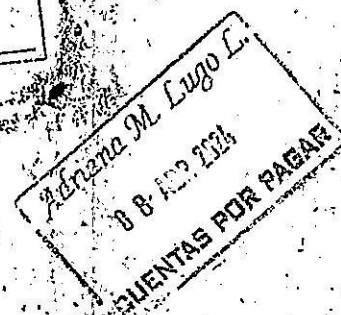
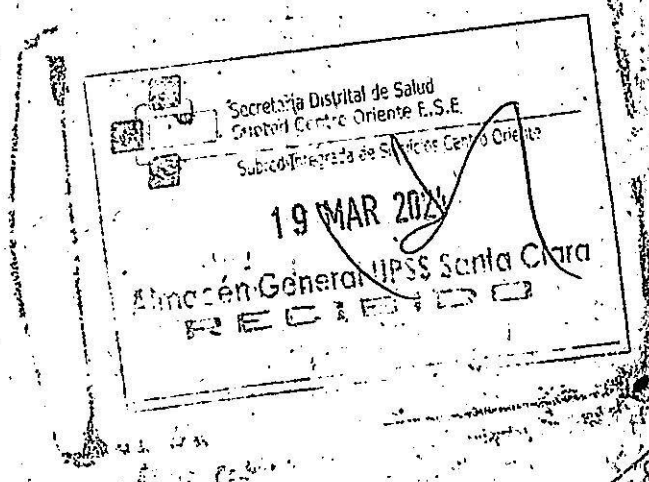
AUTORRETENEDOR DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA - RESOLUCIÓN 002569 DEL 23 DE MARZO DE 2023

AUTORRETENEDOR ICA PARA GIRON - SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

SEÑOR(ES): SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.  
 NIT: 900959051-7 CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.  
 DIRECCION: DIAGONAL 34 # 5 - 43.  
 TELEFONO: 3444484-3102040836

	DIA	MES	AÑO
FECHA EXP.	6	3	2024
FECHA VENCIMIENTO	4	6	2024
VENDEDOR	GERENCIA		

CODIGO	ARTICULO	IVA	CANTIDAD	PRECIO NETO	VALOR TOTAL
119577	NEVIRAPINA 200MG TAB - LEGRAND S.A	0	100	224,00	22,400,00



Observaciones:  
 ZD-386842; DEVOLUCIÓN SEGÚN AVISO #264; MOTIVO: NOVEDAD DEL CLIENTE-BAJA ROTACIÓN;  
 RESPONSABLE: CLIENTE.

SUBTOTAL	-22,400.00
DESCUENTO	0.00
IVA	0.00
RETENCION	0
RETEIVA	0
TOTAL	-22,400.00

Responsable

ARCARDENAS 2024-03-06 14:15:21

Firma y Sello Cliente

Página 1 de 1

DATOS DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA

Código Único de Documento Electrónico: 1b86d76a9913393b16caddc330b96d2886c41edcb3330b0cf177d284de4af010a1126b207d7899c02307aa4302fb2f58  
 Número Documento: NCD-1020011839  
 Valor Documento: 22,400.00  
 Facturador: DISFARMA GC SAS  
 Cliente: 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**

CODIGO: AP-IA-FT-010  
 VERSIÓN: 06  
 FECHA: 2021-04-08

CERTIFICACION:	65	INFORME PARCIAL:	
CONTRATO No.	02-05-226-2020	FECHA DEL INFORME:	03/01/2022

Marque con una (X) según corresponda

**1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN**

Contratista:	<b>MAINCO HEALTH CARE S.A.S.</b>	NIT O C.C.:	805.019.200-8	
Representante Legal:	<b>JANNETH MORENO CASTAÑEDA</b>	Identificación Representante Legal:		
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR EL SUMINISTROS DE DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS HOSPITALARIOS NECESARIOS PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		FORMA DE PAGO:	90 DIAS

**SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL**

Concepto CDP	Fecha CDP DD/MM/AAAA	Registros Presupuestales	Concepto CDP	Fecha CDP DD/MM/AAAA	Adiciones/ Modificación	Valor Adiciones	Prórrogas	Fecha Inicial Prórrogas DD/MM/AAAA	Fecha de Terminación Prórrogas DD/MM/AAAA
Disponibilidad Inicial	2551	06/08/2020	Registro Inicial	26729					
Disponibilidades Números de Adiciones	3813	17/11/2020	Registros Presupuestales de Adiciones	36147	Adición 1:	\$ 60.000.000,00	Prórroga 1:	07/12/2020	31/01/2021
	271	25/01/2021		8069	Adición 2:	\$ 136.000.000,00	Prórroga 2:	01/02/2021	30/04/2021
	2010	15/06/2021		25938	Adición 3:	\$ 13.000.000,00	Prórroga 3:	01/05/2021	30/06/2021
	3471	22/10/2021		41754	Adición 4:	\$ 30.000.000,00	Prórroga 4:	01/07/2021	31/08/2021
	3907	23/11/2021		46573	Adición 5:	\$ 35.000.000,00	Prórroga 5:	01/09/2021	31/10/2021
					Adición 6:	\$ 60.000.000,00	Prórroga 6:	01/11/2021	30/11/2021
					Adición 7:		Prórroga 7:	01/12/2021	20/01/2022
					Adición 8:		Prórroga 8:		
					Adición 9:		Prórroga 9:		
					Adición 10:		Prórroga 10:		
			Valor Total:		\$ 456.345.328,00		Fecha Terminación actual:	20/01/2022	

Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	MATERIAL MEDICO QUIRURGICOS	Código(s) Rubro(s)	421501040101	Validación Tipo Máximo del Contrato	Adicionar
---------------------------------	-----------------------------	--------------------	--------------	-------------------------------------	-----------

**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			
	CONTRATAR EL SUMINISTROS DE DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS HOSPITALARIOS NECESARIOS PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		Opportunidad de entrega	SI: X NA: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI: X NO:
			Respuesta de Imprevistos y Emergencias	SI: X NA: 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 SUBRE, SE PODRAN ADICIONAR HASTA TRES(3) VECES EL VALOR INICIAL, SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA JUSTIFICACION DEL CONTRATO, QUE SOPORTE LA ADICION Y LAS CONDICIONES DEL MISMO LO PERMITAN.

**3. INFORMACION DE FACTURAS O CUENTAS**

No.	No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO - Ver FGA 39 del Decreto 1038/2015	FECHA DE FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO - DD/MM/AAAA	PERIODO FACTURADO	VALOR FACTURA, INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver FGA 39 del Decreto 1038/2015	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCION	OBSERVACIONES
59	FEBG776	13/12/2021	DICIEMBRE DE 2021	\$ 5.336.832,00	\$ 391.522.560,00	\$ 64.822.768,00	85,80%	
60	FLBG822	21/12/2021	DICIEMBRE DE 2021	\$ 13.891.200,00	\$ 405.413.760,00	\$ 50.931.568,00	88,84%	
61	FLBG823	21/12/2021	DICIEMBRE DE 2021	\$ 10.418.400,00	\$ 415.832.160,00	\$ 40.513.168,00	91,12%	
62	FLBG824	21/12/2021	DICIEMBRE DE 2021	\$ 2.778.140,00	\$ 418.610.400,00	\$ 37.734.928,00	91,73%	
63	FEBG825	21/12/2021	DICIEMBRE DE 2021	\$ 4.167.360,00	\$ 422.777.760,00	\$ 33.567.568,00	92,64%	
64	FEBG826	21/12/2021	DICIEMBRE DE 2021	\$ 6.945.600,00	\$ 429.723.360,00	\$ 26.621.968,00	94,17%	
65	FEBG844	24/12/2021	DICIEMBRE DE 2021	\$ 10.006.560,00	\$ 439.729.920,00	\$ 16.615.408,00	96,36%	
				\$ 0,00	\$ 439.729.920,00	\$ 16.615.408,00	96,36%	
				\$ 0,00	\$ 439.729.920,00	\$ 16.615.408,00	96,36%	
	<b>TOTAL</b>			\$ 439.729.920	\$ 439.729.920	\$ 16.615.408	96,36%	

**COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PARA PODER REALIZAR LA CERTIFICACION DE ESTE CONTRATO SE RECIBIO POR PARTE DEL CONTRATISTA LO CORRESPONDIENTE A FACTURA, ENTRADA AL ALMACEN, SOPORTES DE PAGO AL SGPS Y/O PARAFISCALES.

**EJECUCION DEL CONTRATO**

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NUMEROS
Valor ejecutado	CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE	\$ 439.729.920,00
Saldo por ejecutar	DIECISEIS MILLONES SEISCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS M/CTE	\$ 16.615.408,00
Valor total certificado (Acumulado)	CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE	\$ 439.729.920,00

No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	FEBG844	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	24/12/2021
ALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO			\$ 10.006.560,00

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCION DEL CONTRATO: Verificadas las obligaciones contractuales establecidas en el contrato, como Supervisor manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción con la entrega de los bienes, del citado contrato, dentro del plazo establecido, según facturas relacionadas. Que los valores facturados por el CONTRATISTA corresponden a los pactados en el contrato.

ANEXOS: Comprobante de entrada, Factura, Certificación de pago de aportes al Sistema Integral de Seguridad Social	
FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	JOHN JAIRO GUERRERO GONZALEZ
C.C. No.	7.709.407
CARGO/PERFIL	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
AREA DE UBICACION	ALMACENES - SUBREDCO
Correo Electrónico:	almacen@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	JOHN JAIRO GUERRERO GONZALEZ
AREA DE UBICACION	ALMACENES - SUBREDCO
Correo Electrónico:	almacen@subredcentrooriente.gov.co

71 ENE 2022  
 ALMACENES SUBREDCO



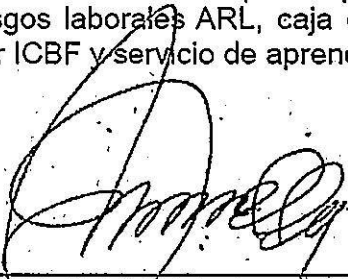
Girón, 18 de marzo de 2024.

Señores,  
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**  
Bogotá D.C.


**Referencia:** CERTIFICACION DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES.

**ARTICULO 50 LEY 789 2002**

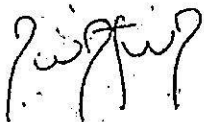
Yo **JOSE EUGENIO GOMEZ CASTELLANOS**, identificado con cedula de ciudadanía No. 13.920.613 de Málaga, en mi calidad de Representante Legal de la empresa DISFARMA GC SAS con NIT 900.580.962-2 debidamente registrada en la cámara de comercio de Bucaramanga, manifiesto bajo la gravedad de juramento que la empresa ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de entrega de la presente certificación con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por el contrato de trabajo, por lo que declaro que me encuentro a PAZ Y SALVO con las empresas promotoras de salud EPS, fondo de pensiones AFP, administradoras de riesgos laborales ARL, caja de compensación familiar CCF, instituto colombiano de bienestar familiar ICBF y servicio de aprendizaje SENA.



**JOSE EUGENIO GOMEZ CASTELLANOS**  
NIT 900.580.962-2  
REPRESENTANTE LEGAL



**ROCIO MEDINA PEREZ**  
TP 109438-T  
CONTADOR



**ACELA & GARCIA ASESORES Y CONSULTORES S.A.S.**  
TR 2011  
**DAVID FELIPE ANGARITA VILLAREAL**  
TP 258890-T  
REVISOR FISCAL

Centro Industrial y Logística San Jorge  
Km 7 + 400 mts. Anillo Vial Patience,  
Diagonal Floridablanca No. 22-31  
Bodegas 89 a.03. Girón - Santandor.  
Línea de atención al cliente: (7) 691 5767  
Mail: servicioalcliente@disfarma.com.co

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

Fecha Actual : martes, 20 febrero 2024

Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Centro Oriente E.S.E.

1/1

**COMPROBANTE ENTRADA**  
**Nº00000000074764**

PROVEEDOR: DISFARMA GC SAS NIT: 900580962 FECHA: 20/02/2024 04:11 p.m.  
 CIUDAD: GIRON (SANTANDER) ESTADO: Confirmado  
 DIRECCION: DG 22 N 31 - BG 89 CENTRO LOGISTICO SAN JORGE KM 7 MONEDA: Pesos  
 TELEFONO: 6915767 TASA CAM: 0.00  
 N° FACTURA: ZD401843 % ICA: 4.1400 PLAZO: 0 FECHA FAC: 02/02/2024 12:00 a.m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DIO	%IVA
122MN012867	PROPOFOL 10 MG/ML (1%) EMULSION INYECTABLE VIAL 20 ML	VIAL	18.00	\$4,500.00	\$81,000.00	0.00	0.00
122MN012867	PROPOFOL 10 MG/ML (1%) EMULSION INYECTABLE VIAL 20 ML	VIAL	382.00	\$4,500.00	\$1,719,000.00	0.00	0.00

DETALLE  
 CONTRATO No.02-BS-0095-2023-HOSPITAL SANTA CLARA-VICTOR CHAVEZ

SUBTOTAL:	\$1,800,000.00
DESCUENTO:	\$0.00
IMPUESTO:	\$0.00
FLETES:	\$0.00
IMP FLETES:	\$0.00
RETE IVA:	\$0.00
RETE ICA:	\$7,452.00
RETE FUENTE:	\$0.00
OTRAS RETE:	\$0.00
OTRAS DEDUC:	\$0.00
IMP DISTRI:	\$0.00
AJUSTE RED:	\$0.00
AJUSTE AL TOTAL:	\$0.00
TOTAL COMPR:	\$1,792,548.00

TOTAL COMPROBANTE:  
 UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/CLC.

*[Handwritten Signature]*  
 Elaboro: \_\_\_\_\_ Reviso Almacen: \_\_\_\_\_

*Adriana M. Lugo L.*  
**CUENTAS POR PAGAR**  
 Revisado Impuestos: \_\_\_\_\_

*Adriana M. Lugo L.*  
 08 MAR 2024  
**CUENTAS POR PAGAR**

4

0654066/25

65021



DISFARMA GC SAS  
NIT. 900.580.962-2 REGIMEN COMUN  
PARQUE INDUSTRIAL SAN JORGE  
KM 7+400 ANILLO VIAL - BODEGA 92  
VIA PALENQUE - FLORIDABLANCA (S.S.)  
Tel. 691 57 67 - E-mail: pedidos@disfarma.com.co

FACTURA  
ELECTRÓNICA  
DE VENTA  
ZD-401843

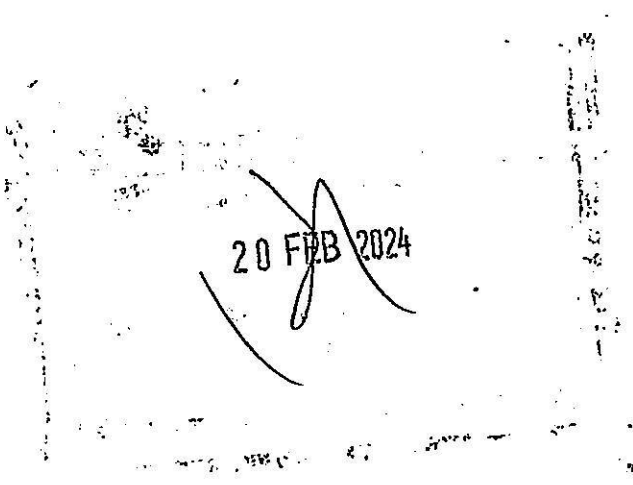
AUTORRETENEDOR DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA - RESOLUCIÓN 002569 DEL 23 DE MARZO DE 2023

AUTORRETENEDOR ICA PARA GIRON - SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES ✓

SEÑOR(ES): SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
NIT: 900959051-7 CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.  
DIRECCION: DIAGONAL 34 # 5 - 43  
TELEFONO: 3444484-3102040836 CIUD. DESP.: BOGOTÁ, D.C. (BOGOTÁ)  
DESPACHAR A: Almacén Santa Clara Santa Clara: Carrera 14B # 1-45 sur

FECHA FACTURA 2 2 2024  
FECHA VENCIMIENTO 2 5 2024  
VENDEDOR LINDA VIVIANA BARBOSA  
CONDICION DE PAGO VENTA A CREDITO

CODIGO	ARTICULO	IVA	CANTIDAD	PRECIO NETO	VALOR TOTAL
316325	PROPOFOL 10MG/ML (1%) C*1 VIAL X 20ML EMUL INY (BLOFOP) - BLASKOV	0	400	4,500.00	1,800,000.00



**NO SE ACEPTAN RECLAMOS DESPUES DE 72 HORAS DE RECIBIDA LA MERCANCIA**

\* La presente FACTURA DE VENTA se asimila en todos sus efectos a la LETRA DE CAMBIO (Art. 774 Numeral 6 del código de comercio).

Favor consignar a nombre de DISFARMA GC SAS en las siguientes Cuentas de Ahorro  
BANCO DE BOGOTA No. 157-55108-6 | BANCOLOMBIA No. 020-000380-35 | BANCO BBVA No. 509-00319-0

Observaciones:  
CONT 02BS2023 SANTA CLARA ✓

SUBTOTAL	1,800,000.00
DESCUENTO	0.00
IVA	0.00
RETENCION	0
RETEIVA	0
TOTAL	1,800,000.00

0095 Resolución de Facturación DIAN No. 18764060751706 (2023/11/28) Rango del ZD- 382320 al ZD- 500000 Vigencia 2023/11/28 - 2025/11/28

Firma Autorizada

Firma y Sello Cliente

DCADENA () 2024-02-02 09:31:19

Página 1 de 1

**DATOS DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA**

Código Unico de Factura Electrónica: 84e30a148dac2760beb995b7818d866e4ba4c9c1fd5dl7f3d193392f98f8fa7f99b2a1bbd2332c11498f70ae92c88627  
Numero Documento: ZD-401843  
Valor Documento: 1,800,000.00  
Facturador: DISFARMA GC SAS  
Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E



CERTIFICACION No. 60		INFORME PARCIAL		N/A		Marque con una (X) según corresponda						
CONTRATO 02-ES-0095-2023		FECHA DEL INFORME DD/MM/AAAA 4/03/2024										
DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN												
Contratista: DISFARMA GC S.A.S				NIT O C.C.		NIT: 980.580.962-2						
Representante Legal: JOSÉ EUGENIO GÓMEZ CASTELLANOS				Identificación Representante Legal		C.C: X		No. 13.920.613				
Objeto del Contrato u orden: CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN SEGURA, OPORTUNA, EFICIENTE Y DE CALIDAD A LOS USUARIOS DE LA SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				FORMA DE PAGO:		90 DIAS						
SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL												
Valor Tipo del Contrato (Máximo)			\$ 593.847.840,00		Valor Inicial Contrato		\$ 148.461.960,00		Fecha de Inicio DD/MM/AAAA 13/09/2023	Fecha de Terminación DD/MM/AAAA 12/11/2023		
Comprobante CDP		Fecha CDP DD/MM/AAAA	Registro Presupuestal		Consecutivo CDP	Fecha CRP DD/MM/AAAA	Adiciones/Prórrogas		Valor Adiciones	Prórrogas	Fecha Inicial Prórroga DD/MM/AAAA	Fecha de Terminación Prórroga DD/MM/AAAA
Disponibilidad Inicial		2027	10/07/2023	Registro Inicial		35628	11/09/2023					
Disponibilidad de Números de Adiciones		3313	31/10/2023	Adición 1:		40085	31/10/2023	\$ 60.000.000,00	Prórroga 1:	13/11/2023	6/12/2023	
		3730	10/11/2023	Adición 2:				\$ 105.000.000,00	Prórroga 2:	7/12/2023	30/01/2024	
				Adición 3:				\$ 75.000.000,00	Prórroga 3:	31/01/2024	6/03/2024	
				Adición 4:					Prórroga 4:			
				Adición 5:					Prórroga 5:			
				Adición 6:					Prórroga 6:			
				Adición 7:					Prórroga 7:			
				Adición 8:					Prórroga 8:			
				Adición 9:					Prórroga 9:			
				Adición 10:					Prórroga 10:			
				Valor Total:				\$ 388.461.960,00	Fecha Terminación actual:		6/03/2024	
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal(es)		MEDICAMENTOS		Código(s) Rubro(s)		4245010301		Validación Tipo Máximo del Contrato		Adicionar		
AVANCE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN												
INFORMACION DE ACTIVIDADES												
No. INFORME CERTIFICACION	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO			CENTRO DE COSTO	ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO							
60	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN SEGURA, OPORTUNA, EFICIENTE Y DE CALIDAD A LOS USUARIOS DE LA SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			N/A	Oportunidad de entrega		SI: X NA: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada		SI: X NO:	NO:	
					Reporte de Impresos y Emergencias		SI: X NA: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación		SI: X NO:	NO:	
DE AGUERDO AL MANUAL DE CONTRATACION RESOLUCIÓN 152 DEL 18 DE MARZO DE 2019, LOS CONTRATOS QUE CELEBRE LA SUBRE SE PODRAN ADICIONAR HASTA TRES (3) VECES EL VALOR INICIAL SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA JUSTIFICACION DEL CONTRATO, QUE SOPORTE LA ADICION Y LAS CONDICIONES DEL MISMO LO PERMITAN.												
INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS												
No.	No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO	Fecha de Factura	Fecha de Cuenta Cobro, Nota Credito o Nota Debito	Periodo Facturado	Valor Factura Incluido IVA o Cuenta de Cobro Certificado	Acumulado Ejecutado	Saldo	Ejecucion	Observaciones			

59	ZD-388034	13/12/2023	DICIEMBRE	\$ 6.038.000,00	\$ 167.608.463,00	\$ 145.853.497,00	43,15%	
60	ZD-401843	2/02/2024	FEBEREO	\$ 1.800.000,00	\$ 169.408.463,00	\$ 219.053.497,00	43,61%	ADICIÓN DE 75 MILLONES
<b>TOTAL</b>				\$ 169.408.463	\$ 169.408.463	\$ 219.053.497	43,61%	
<b>COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>								
<b>CERTIFICADO:</b>								
EL PROVEEDOR CUMPLE CON EL OBJETO DEL CONTRATO, NO TIENE PENDIENTES DE ENTREGA Y ANEXA SOPORTE DE PAGO PARAFISCALES								
<b>EJECUCIÓN DEL CONTRATO:</b>								
<b>CONGRUO</b>				<b>VALOR EN LETRAS</b>			<b>VALOR EN NÚMEROS</b>	
Valor certificado				CIENTO SESENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES 00/100			\$ 169.408.463	
Saldo por ejecutar				DOSCIENTOS DIECINUEVE MILLONES CINCUENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE 00/100			\$ 219.053.497	
Valor total certificado (Acumulado)				CIENTO SESENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES 00/100			\$ 169.408.463	
<b>FECHA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO:</b>				<b>FECHA DE EMISIÓN DE LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO: DD/MM/AAAA</b>				
ZD-401843				2/02/2024				
<b>VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO:</b>				\$ 1.800.000,00				
<b>OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:</b>				Es importante mencionar que la facturación correspondiente al mes de febrero se descontará de este saldo, una vez se reciban y certifiquen las facturas por parte del proveedor, q				
ANEXOS. COMPROBANTE ENTRADA DE ALMACEN, FACTURA ORIGINAL Y SOPORTE PARAFISCAL								
<b>FIRMA SUPERVISOR CONTRATO:</b>								
<b>NOMBRE COMPLETO: NOMBRE Y APELLIDOS:</b>				ALEXIS ORJUELA ANGULO				
<b>C.C. No.:</b>				C.C 74114264				
<b>CARGO/PERFIL:</b>				QUIMICO FARMACEUTICO- SUPERVISOR CONTRATO				
<b>AREA DE UBICACION:</b>				SUBRED CENTRO ORIENTE - UMHES SANTA CLARA				
<b>CORREO ELECTRONICO:</b>				abastecimientomedicamentos@subredcentroorienterow.co				
<b>NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA:</b>				LAURA DEL PILAR ALMORTEGUJ GARCIA				
<b>AREA DE UBICACION:</b>				SUBRED CENTRO ORIENTE - UMHES SANTA CLARA				
<b>CORREO ELECTRONICO:</b>				abastecimientomedicamentos@subredcentroorienterow.co				

Girón, 01 de febrero de 2024.

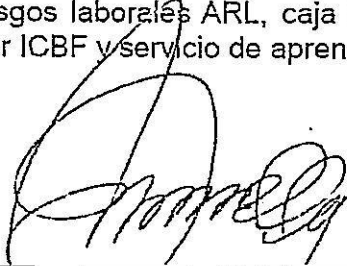
Señores,

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**(900959051S-7)**  
Bogotá D.C.

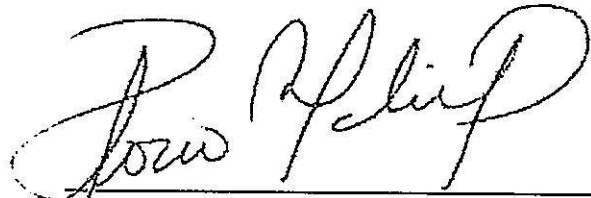
**Referencia: CERTIFICACION DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES.**

**ARTICULO 50 LEY 789 2002**

Yo **JOSE EUGENIO GOMEZ CASTELLANOS**, identificado con cedula de ciudadanía No. 13.920.613 de Málaga, en mi calidad de Representante Legal de la empresa DISFARMA GC SAS con NIT 900.580.962-2 debidamente registrada en la cámara de comercio de Bucaramanga, manifiesto bajo la gravedad de juramento que la empresa ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de entrega de la presente certificación con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por el contrato de trabajo, por lo que declaro que me encuentro a PAZ Y SALVO con las empresas promotoras de salud EPS, fondo de pensiones AFP, administradoras de riesgos laborales ARL, caja de compensación familiar CCF, instituto colombiano de bienestar familiar ICBF y servicio de aprendizaje SENA.



**JOSE EUGENIO GOMEZ CASTELLANOS**  
NIT 900.580.962-2  
REPRESENTANTE LEGAL



**FOCIO MEDINA PEREZ**  
TP 109438-T  
CONTADOR



**ACELA & GARCIA ASESORES Y CONSULTORES S.A.S.**  
TR 2011  
**DAVID FELIPE ANGARITA VILLAREAL**  
TP 258890-T  
REVISOR FISCAL

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

Fecha Actual : miércoles, 21 febrero 20

1/1

Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Centro Oriente E.S.E.

**COMPROBANTE ENTRADA**  
**Nº00000000074766**

PROVEEDOR: DISFARMA GC SAS NIT: 900580962 FECHA: 21/02/2024 07:42 a. m.  
CIUDAD: GIRON (SANTANDER) ESTADO: Confirmado  
DIRECCION: DG 22 N 31 - BG 89 CENTRO LOGISTICO SAN JORGE KM 7 MONEDA: Pesos  
TELEFONO: 6915767 TASA CAM: 0.00  
Nº FACTURA: ZD404005 % ICA: 4.1400 PLAZO: 0 FECHA FAC: 08/02/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
122MH142425	OXITOCINA 10 UI/MIL SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	30.00	\$1,400.00	\$42,000.00	0.00	0.00

DETALLE

CONTRATO No.02-BS-095-2023-HOSPITAL SAN BLAS - VICTOR CHAVEZ.

SUBTOTAL: \$42,000.00 ✓  
DESCUENTO: \$0.00 ✓  
IMPUESTO: \$0.00 ✓  
FLETES: \$0.00 ✓  
IMP FLETES: \$0.00 ✓  
RETE IVA: \$0.00 ✓  
RETE ICA: \$174.00 ✓  
RETE FUENTE: \$0.00 ✓  
OTRAS RETE: \$0.00 ✓  
OTRAS DEDUC: \$0.00 ✓  
IMP DISTRI: \$0.00 ✓  
AJUSTE RED: \$0.00 ✓  
AJUSTE AL TOTAL: \$0.00 ✓  
TOTAL COMPR: \$41,826.00 ✓

TOTAL COMPROBANTE:

CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS VEINTISEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

*[Handwritten signature]*  
Elaboro: \_\_\_\_\_ Revisó Almacen \_\_\_\_\_

*Adriana M. Lugo*  
Cuentas por pagar  
Revisado Impuestos:

*Adriana M. Lugo L.*  
Nº 7024  
CUENTAS POR PAGAR

06 54066/25

65235



DISFARMA GC SAS  
NIT. 900.580.962-2 REGIMEN COMUN  
PARQUE INDUSTRIAL SAN JORGE  
KM 7+400 ANILLO VIAL - BODEGA 92  
VIA PALENQUE - FLORIDABLANCA (S.S.)  
Tel. 691 57 67 - E-mail: pedidos@disfarma.com.co

FACTURA  
ELECTRÓNICA  
DE VENTA  
ZD-404005

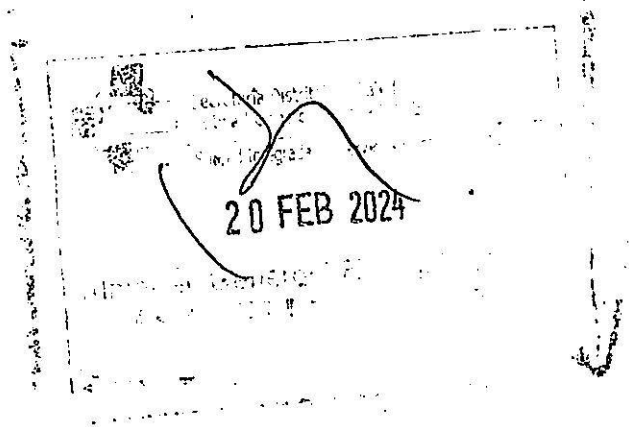
AUTORRETENEDOR DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA - RESOLUCIÓN 002569 DEL 23 DE MARZO DE 2023

AUTORRETENEDOR ICA PARA GIRON - SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

SEÑOR(ES): SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
NIT: 900959051-7 CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.  
DIRECCION: DIAGONAL 34 # 5 - 43  
TELEFONO: 3444484-3102040836 CIUD. DESP.: BOGOTÁ, D.C. (BOGOTÁ)  
DESPACHAR A: Hospital San Blas: Transversal 5 Este # 19 - 50 sur (ingresar por la puerta de Urgencias)

DIA MES AÑO  
FECHA FACTURA 8 2 2024  
FECHA VENCIMIENTO 8 5 2024  
VENDEDOR LINDA VIVIANA BARBOSA  
CONDICION DE PAGO VENTA A CREDITO

CODIGO	ARTICULO	IVA	CANTIDAD	PRECIO NETO	VALOR TOTAL
134739	OXITOCINA 10UI SOL INY - VITALIS	0	30	1,400.00	42,000.00



**NO SE ACEPTAN RECLAMOS DESPUES DE 72 HORAS DE RECIBIDA LA MERCANCIA**

\* La presente FACTURA DE VENTA se asimila en todos sus efectos a la LETRA DE CAMBIO (Art. 774 Numeral 6 del código de comercio).

Favor consignar a nombre de DISFARMA GC SAS en las siguientes Cuentas de Ahorro  
BANCO DE BOGOTA No. 157-55108-6 | BANCOLOMBIA No. 020-000380-35 | BANCO BBVA No. 509-00319-0

**Observaciones:**

CONTRATO 02 BS 0095 2023 SEDE SAN BLAS ✓

SUBTOTAL	42,000.00
DESCUENTO	0.00
IVA	0.00
RETENCION	0
RETEIVA	0
TOTAL	42,000.00

Resolución de Facturación DIAN No. 18764060751706 (2023/11/28) Rango del ZD- 382320 al ZD- 500000 Vigencia 2023/11/28 - 2025/11/28

Firma Autorizada

MYLAVERDE (FM12 ) 2024-02-08 11:42:35

Firma y Sello Cliente

Página 1 de 1

**DATOS DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA**

Código Único de Factura Electrónica: 3c9c05b43540f0a9b591c62a60f2d9a67452003ab78cb61a829317e36ealc9130c2907c9c8c49962bc1a522bf56313e  
Numero Documento: ZD-404005  
Valor Documento: 42,000.00  
Facturador: DISFARMA GC SAS  
Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E



CERTIFICACION No. 61		INFORME PARCIAL		N/A		Marque con una (X) según corresponda			
CONTRATO 01-BS-0095-2023		FECHA DEL INFORME DD/MM/AAAA 4/03/2024							
<b>DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN</b>									
Contralista	DISFARMA GC S.A.S			NIT O C.C.	NIT: 900.580.962-2				
Representante Legal	JOSÉ EUGENIO GÓMEZ CASTELLANOS			Identificación Representante Legal	CC: X	No. 13.920.613			
Objeto del Contrato u Orden	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN SEGURA, OPORTUNA, EFICIENTE Y DE CALIDAD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					FORMA DE PAGO	90 DÍAS		
<b>SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL</b>									
Valor Topo del Contrato (Máximo)	\$ 593.847.840,00		Valor Inicial del contrato	\$ 148.461.960,00		Fecha de Inicio	13/09/2023		
Fecha de Inicio	13/09/2023		Fecha de Terminación	12/11/2023					
Consorcio CDP	Fecha CDP DD/MM/AAAA	Registro Presupuestal	Consorcio CRP	Fecha CRP DD/MM/AAAA	Adición/Modificación	Valor Adicional	Prórroga		
Disponibilidad Inicial	2027	10/07/2023	35628	11/09/2023					
Disponibilidades Números de Adiciones	3313	31/10/2023	40085	31/10/2023	Adición 1:	\$ 60.000.000,00	Prórroga 1:	13/11/2023	6/12/2023
	3730	30/11/2023			Adición 2:	\$ 105.000.000,00	Prórroga 2:	7/12/2023	30/01/2024
					Adición 3:	\$ 75.000.000,00	Prórroga 3:	31/01/2024	6/03/2024
					Adición 4:		Prórroga 4:		
					Adición 5:		Prórroga 5:		
					Adición 6:		Prórroga 6:		
					Adición 7:		Prórroga 7:		
					Adición 8:		Prórroga 8:		
					Adición 9:		Prórroga 9:		
					Adición 10:		Prórroga 10:		
					Valor Total	\$ 398.461.960,00	Fecha Terminación actual	6/03/2024	
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	MEDICAMENTOS		Código(s) Rubro(s)	4245010301		Validación Topo Máximo del Contrato	Adicionar		
<b>AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN</b>									
<b>INFORMACION DE ACTIVIDADES</b>									
No. INFORME CERTIFICACION	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO			CENTRO DE COSTO	ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO				
61	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN SEGURA, OPORTUNA, EFICIENTE Y DE CALIDAD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			N/A	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:	
<b>* 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) VEGES EL VALOR INICIAL, SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA JUSTIFICACION DEL CONTRATO, QUE SOPORTE LA ADICION Y LAS CONDICIONES DEL MISMO LO PERMITAN.</b>									
<b>INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS</b>									
No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO	FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO	PERIODO FACTURADO	VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO, CERTIFICADO	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	EJECUCION	OBSERVACIONES		

59	ZD-388034	13/12/2023	DICIEMBRE	\$ 6.038.000,00	\$ 167.608.463,00	\$ 145.853.497,00	43,15%	
60	ZD-401843	2/02/2024	FEBEREO	\$ 1.800.000,00	\$ 169.408.463,00	\$ 219.053.497,00	43,61%	ADICIÓN DE 75 MILLONES
61	ZD-404005	8/02/2024	FEBEREO	\$ 42.000,00	\$ 169.450.463,00	\$ 219.011.497,00	43,62%	
TOTAL				\$ 169.450.463	\$ 169.450.463	\$ 219.011.497	43,62%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICADO

EL PROVEEDOR CUMPLE CON EL OBJETO DEL CONTRATO, NO TIENE PENDIENTES DE ENTREGA Y ANEXA SOPORTE DE PAGO PARAFISCALES

EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NUMEROS
Valor ejecutado	CIENTO SESENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES 00/100	\$ 169.450.463
Saldo por ejecutar	DOSCIENTOS DIECINUEVE MILLONES ONCE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE 00/100	\$ 219.011.497
Valor total certificado (Acumulado)	CIENTO SESENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES 00/100	\$ 169.450.463

NO. FACTURA/ CUENTA DE COBRO/ NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISIÓN DE LA FACTURA/ CUENTA DE COBRO/ NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO (DD/MM/AAAA)
ZD-404005	8/02/2024
VALOR A PAGAR LA FACTURA/ CUENTA DE COBRO/ NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	\$ 42.000,00

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Es importante mencionar que la facturación correspondiente al mes de febrero se descontará de este saldo, una vez se reciban y certifiquen las facturas por parte del proveedor, q

ANEXOS: COMPROBANTE ENTRADA DE ALMACEN, FACTURA ORIGINAL Y SOPORTE PARAFISCAL

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	ALEXIS ORJUELA ANGULO
C.C.	214264
CARGO/PERFIL	QUIMICO FARMACEUTICO - SUPERVISOR CONTRATO
AREA DE UBICACIÓN	SUBRED CENTRO ORIENTE - UMHES SANTA CLARA
CORREO ELECTRONICO	abastecimientomedicamentos@subredcentroorienterov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	LAURA DEL PILAR MORTEGUI GARCIA
AREA DE UBICACIÓN	SUBRED CENTRO ORIENTE - UMHES SANTA CLARA
CORREO ELECTRONICO	abastecimientomedicamentos@subredcentroorienterov.co

Girón, 01 de febrero de 2024.

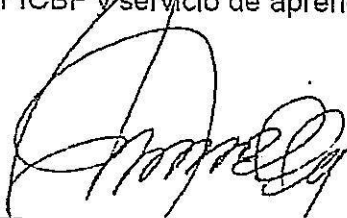
Señores,

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**(900959051S-7)**  
Bogotá D.C.

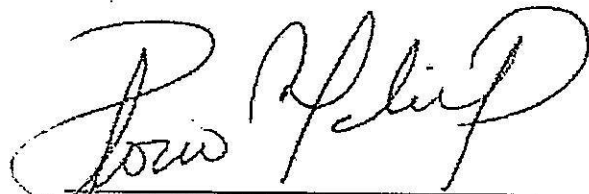
Referencia: CERTIFICACION DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES.

**ARTICULO 50 LEY 789 2002**

Yo **JOSE EUGENIO GOMEZ CASTELLANOS**, identificado con cedula de ciudadanía No. 13.920.613 de Málaga, en mi calidad de Representante Legal de la empresa DISFARMA GC SAS con NIT 900.580.962-2 debidamente registrada en la cámara de comercio de Bucaramanga, manifiesto bajo la gravedad de juramento que la empresa ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de entrega de la presente certificación con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por el contrato de trabajo, por lo que declaro que me encuentro a PAZ Y SALVO con las empresas promotoras de salud EPS, fondo de pensiones AFP, administradoras de riesgos laborales ARL, caja de compensación familiar CCF, instituto colombiano de bienestar familiar ICBF y servicio de aprendizaje SENA.



**JOSE EUGENIO GOMEZ CASTELLANOS**  
NIT 900.580.962-2  
REPRESENTANTE LEGAL



**ROGIO MEDINA PEREZ**  
TP 109438-T  
CONTADOR



**ACELA & GARCIA ASESORES Y CONSULTORES S.A.S.**  
TR 2011  
**DAVID FELIPE ANGARITA VILLAREAL**  
TP 258890-T  
REVISOR FISCAL

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

Fecha Actual : miércoles, 21 febrero 20

1/1

Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Centro Oriente E.S.E.

**COMPROBANTE ENTRADA  
N°00000000074767**

PROVEEDOR: DISFARMA GC SAS NIT: 900580962 FECHA: 21/02/2024 07:50 a. m.  
 CIUDAD: GIRON (SANTANDER) ESTADO: Confirmado  
 DIRECCION: DG 22 N 31 - BG 89 CENTRO LOGISTICO SAN JORGE KM 7 MONEDA: Pesos  
 TELEFONO: 6915767 TASA CAM: 0.00  
 N° FACTURA: ZD464017 % ICA: 4.1400 PLAZO: 0 FECHA FAC: 08/02/2024 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
122MH142425	OXITOCINA 10 UI/ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	370.00	\$1,400.00	\$518,000.00	0.00	0.00

DETALLE	SUBTOTAL
CONTRATO No.02-BS-0095-2023-HOSPITAL LA VICTORIA - VICTOR CHAVEZ.	\$518,000.00
DESCUENTO:	\$0.00
IMPUESTO:	\$0.00
FLETES:	\$0.00
IMP FLETES:	\$0.00
RETE IVA:	\$0.00
RETE ICA:	\$2,145.00
RETE FUENTE:	\$0.00
OTRAS RETE:	\$0.00
OTRAS DEDUC:	\$0.00
IMP DISTRI:	\$0.00
AJUSTE RED:	\$0.00
AJUSTE AL TOTAL:	\$0.00
TOTAL COMPR:	\$515,855.00

TOTAL COMPROBANTE:  
QUINIENTOS QUINCE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

*[Handwritten Signature]*  
Elaboró: \_\_\_\_\_ Revisó Almacen \_\_\_\_\_

*Adriana M. Lugo*  
CUENTAS POR PAGAR  
Revisado Impuestos:

*Adriana M. Lugo L.*  
11 8 MAR 2024  
CUENTAS POR PAGAR

0654090125

65174



DISFARMA GC SAS  
NIT. 900.580.962-2 REGIMEN COMUN  
PARQUE INDUSTRIAL SAN JORGE  
KM 7+400 ANILLO VIAL - BODEGA 92  
VIA PALENQUE - FLORIDABLANCA (S.S.)  
Tel. 691 57 67 - E-mail: pedidos@disfarma.com.co

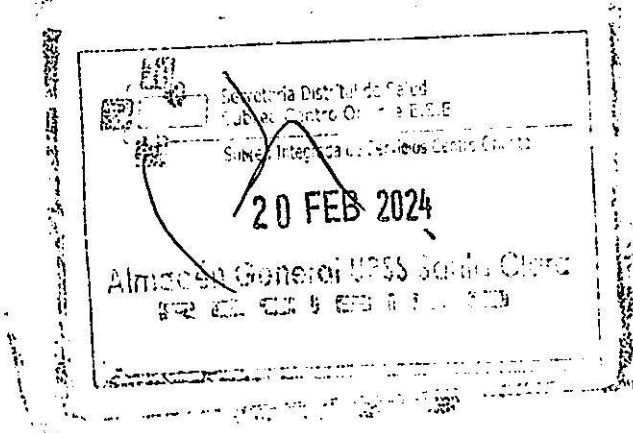
FACTURA  
ELECTRÓNICA  
DE VENTA  
ZD-404017

AUTORRETENEDOR DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA - RESOLUCIÓN 002569 DEL 23 DE MARZO DE 2023

AUTORRETENEDOR ICA PARA GIRON - SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

SEÑOR(ES): SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
NIT: 900959051-7 CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.  
DIRECCION: DIAGONAL 34 # 5 - 43  
TELEFONO: 3444484-3102040836 CIUD. DESP.: BOGOTÁ, D.C. (BOGOTÁ)  
DESPACHAR A: Hospital Victoria: Diagonal 39 sur # 3 – 20 Este  
CÓDIGO ARTICULO  
134739 OXITOCINA 10UI SOL INY - VITALIS

	DIA	MES	AÑO
FECHA FACTURA	8	2	2024
FECHA VENCIMIENTO	8	5	2024
VENDEDOR	LINDA VIVIANA BARBOSA		
CONDICION DE PAGO	VENTA A CREDITO		
IVA	CANTIDAD	PRECIO NETO	VALOR TOTAL
0	370	1,400.00	518,000.00



**NO SE ACEPTAN RECLAMOS DESPUES DE 72 HORAS DE RECIBIDA LA MERCANCIA**

\* La presente FACTURA DE VENTA se asimila en todos sus efectos a la LETRA DE CAMBIO (Art. 774 Numeral 6 del código de comercio).

Favor consignar a nombre de DISFARMA GC SAS en las siguientes Cuentas de Ahorro  
BANCO DE BOGOTA No. 157-55108-6 | BANCOLOMBIA No. 020-000380-35 | BANCO BBVA No. 509-00319-0

**Observaciones:**

CONTRATO 02 BS 0095 2023 SEDE VICTORIA ✓

SUBTOTAL	518,000.00
DESCUENTO	0.00
IVA	0.00
RETENCION	0
RETEIVA	0
TOTAL	518,000.00

Resolución de Facturación DIAN No. 18764060751706 (2023/11/28) Rango del ZD- 382320 al ZD- 500000 Vigencia 2023/11/28 - 2025/11/28

Firma Autorizada

Firma y Sello Cliente

MYLAVERDE (FM12 ) 2024-02-08 11:53:10

Página 1 de 1

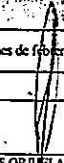
**DATOS DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA**

Código Único de Factura Electrónica:  
Numero Documento:  
Valor Documento:  
Facturador:  
Cliente:

e1ff79e96ecbc2fc6f0e9f1656c86bf1582d1c98cfc3ad4b2d6b70f99b1ed59f8763f563e1362c9198e9b688ed7c372  
ZD-404017  
518,000.00  
DISFARMA GC SAS  
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E



CERTIFICACION No.	62		INFORME PARCIAL	N/A		Marque con una (X) según corresponda				
CONTRATO No.	02-BS-0095-2023		FECHA DEL INFORME DD/MM/AAAA	4/03/2024						
DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN										
Contralista	DISFARMA GC S.A.S				NIT O C.C.	NIT: 980.580.562-2				
Representante (Nombre y Apellido)	JOSÉ EUGENIO GÓMEZ CASTELLANOS				Identificación Representante Legal	C.C: X C.E:		No 13.920.613		
Objeto del Contrato u Orden	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN SEGURA, OPORTUNA, EFICIENTE Y DE CALIDAD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.							FORMA DE PAGO	90 DÍAS	
SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL								Fecha de Inicio DD/MM/AAAA	Fecha de Terminación DD/MM/AAAA	
Valor Total del Contrato (Máximo)	\$ 593.847.840,00		Valor Inicial Contrato	\$ 148.461.960,00		Plazo	13/09/2023		12/11/2023	
Comando CDP	Fecha CDP DD/MM/AAAA	Registro Presupuestal	Comando CDP	Fecha CDP DD/MM/AAAA	Adiciones / Modificaciones	Valor Adicional	Prórroga	Fecha Inicio Prórroga DD/MM/AAAA	Fecha de Terminación Prórroga DD/MM/AAAA	
Disponibilidad Inicial	2027	10/07/2023	35628	11/09/2023						
Disponibilidad de Numeros de Adiciones	3313	31/10/2023	Registro Presupuestal de Adiciones	40085	31/10/2023	Adición 1:	\$ 60.000.000,00	Prórroga 1:	13/11/2023	6/12/2023
	3730	30/11/2023				Adición 2:	\$ 105.000.000,00	Prórroga 2:	7/12/2023	30/01/2024
						Adición 3:	\$ 75.000.000,00	Prórroga 3:	31/01/2024	6/03/2024
						Adición 4:		Prórroga 4:		
						Adición 5:		Prórroga 5:		
						Adición 6:		Prórroga 6:		
						Adición 7:		Prórroga 7:		
						Adición 8:		Prórroga 8:		
						Adición 9:		Prórroga 9:		
						Adición 10:		Prórroga 10:		
						Valor Total		\$ 388.461.960,00	Fecha Terminación actual	6/03/2024
Nombre(s) Rubro(s) Presupuestal	MEDICAMENTOS		Código(s) Rubro(s)	424501031		Validación Tipo Máximo del Contrato	Adicionar			
AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN										
INFORMACION DE ACTIVIDADES										
No. INFORME CERTIFICACION	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO			CENTRO DE COSTO		ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO				
62	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN SEGURA, OPORTUNA, EFICIENTE Y DE CALIDAD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			N/A		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 JUSTIFICACION DEL CONTRATO QUE SOPORTE LA ADICION Y LAS CONDICIONES DEL MISMO LO PERMITAN.										
INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS										
No.	No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO (Vé. Fm. 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 (Vé. Fm. 40 del Instructivo)	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	EJECUCION	OBSERVACIONES		

59	ZD-388034	13/12/2023	DICIEMBRE	\$ 6.038.000,00	\$ 167.608.463,00	\$ 145.853.497,00	43,15%	
60	ZD-401843	2/02/2024	FEBRERO	\$ 1.800.000,00	\$ 169.408.463,00	\$ 219.053.497,00	43,61%	ADICIÓN DE 75 MILLONES
61	ZD-404005	8/02/2024	FEBRERO	\$ 42.000,00	\$ 169.450.463,00	\$ 219.011.497,00	43,62%	
62	ZD-404017	8/02/2024	FEBRERO	\$ 518.000,00	\$ 169.968.463,00	\$ 218.493.497,00	43,75%	
TOTAL				\$ 169.968.463	\$ 169.968.463	\$ 218.493.497	43,75%	
<b>COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>								
<b>CERTIFICADO</b>								
EL PROVEEDOR CUMPLE CON EL OBJETO DEL CONTRATO, NO TIENE PENDIENTES DE ENTREGA Y ANEXA SOPORTE DE PAGO PARAFISCALES								
<b>EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>								
<b>CONCEPTO</b>			<b>VALOR EN LETRAS</b>			<b>VALOR EN NÚMEROS</b>		
Valor certificado			CIENTO SESENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES 00/100			\$ 169.968.463		
Saldo por cobrar			DOSCIENTOS DIECIOCHO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE 00/100			\$ 218.493.497		
Valor total certificado (Acumulado)			CIENTO SESENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES 00/100			\$ 169.968.463		
No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO			FECHA DE EMISIÓN DE LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO: DD/MM/AAAA					
ZD-404017			8/02/2024					
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO			\$ 518.000,00					
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:			Es importante mencionar que la facturación correspondiente al mes de febrero se descontará de este saldo, una vez se reciban y certifiquen las facturas por parte del proveedor, q					
ANEXOS: COMPROBANTE ENTRADA DE ALMACEN, FACTURA ORIGINAL Y SOPORTE PARAFISCAL								
FIRMA SUPERVISOR CONTRATO			 <b>ALEXIS ORIUELA ANGULO</b> C.C. 79.214.264 QUÍMICO FARMACÉUTICO - SUPERVISOR CONTRATO SUBRED CENTRO ORIENTE - UMHES SANTA CLARA #bastedmcentromedicamentos@subredcentrooriente.gov.co LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA SUBRED CENTRO ORIENTE - UMHES SANTA CLARA #bastedmcentromedicamentos@subredcentrooriente.gov.co					
NOMBRE Y APELLIDOS								
C.C. No.								
CARGO PERFIL								
AREA DE UBICACIÓN								
CORREO ELECTRONICO								
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA								
AREA DE UBICACIÓN								
CORREO ELECTRONICO								

Girón, 01 de febrero de 2024.

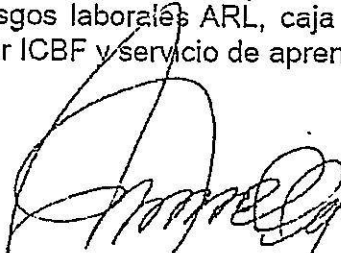
Señores,

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**(900959051S-7)**  
Bogotá D.C.

Referencia: CERTIFICACION DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES.

**ARTICULO 50 LEY 789 2002**

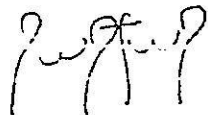
Yo **JOSE EUGENIO GOMEZ CASTELLANOS**, identificado con cedula de ciudadanía No. 13.920.613 de Málaga, en mi calidad de Representante Legal de la empresa DISFARMA GC SAS con NIT 900.580.962-2 debidamente registrada en la cámara de comercio de Bucaramanga, manifiesto bajo la gravedad de juramento que la empresa ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de entrega de la presente certificación con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por el contrato de trabajo, por lo que declaro que me encuentro a PAZ Y SALVO con las empresas promotoras de salud EPS, fondo de pensiones AFP, administradoras de riesgos laborales ARL, caja de compensación familiar CCF, instituto colombiano de bienestar familiar ICBF y servicio de aprendizaje SENA.



**JOSE EUGENIO GOMEZ CASTELLANOS**  
NIT 900.580.962-2  
REPRESENTANTE LEGAL



**EOCIO MEDINA PEREZ**  
TP 109438-T  
CONTADOR



**ACELA & GARCIA ASESORES Y CONSULTORES S.A.S.**  
TR 2011  
**DAVID FELIPE ANGARITA VILLAREAL**  
TP 258890-T  
REVISOR FISCAL



59	ZD-388034	13/12/2023	DICIEMBRE	\$ 6.038.000,00	\$ 167.608.463,00	\$ 145.853.497,00	43,15%	
60	ZD-401843	2/02/2024	FEBRERO	\$ 1.800.000,00	\$ 169.408.463,00	\$ 219.053.497,00	43,61%	ADICIÓN DE 75 MILLONES
61	ZD-404005	8/02/2024	FEBRERO	\$ 42.000,00	\$ 169.450.463,00	\$ 219.011.497,00	43,62%	
62	ZD-404017	8/02/2024	FEBRERO	\$ 518.000,00	\$ 169.968.463,00	\$ 218.493.497,00	43,75%	
63	ZD-404032	8/02/2024	FEBRERO	\$ 2.100.000,00	\$ 172.068.463,00	\$ 216.393.497,00	44,29%	
TOTAL				\$ 172.068.463	\$ 172.068.463	\$ 216.393.497	44,29%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICADO

EL PROVEEDOR CUMPLE CON EL OBJETO DEL CONTRATO, NO TIENE PENDIENTES DE ENTREGA Y ANEXA SOPORTE DE PAGO PARAFISCALES

EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	CIENTO SETENTA Y DOS MILLONES SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES 00/100.	\$ 172.068.463
Saldo por cobrar	DOS CIENTOS DIECISEIS MILLONES TRES CIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE 00/100	\$ 216.393.497
Valor total certificado (Acumulado)	CIENTO SETENTA Y DOS MILLONES SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES 00/100	\$ 172.068.463
FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISIÓN DE LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO: DD/MM/AAAA	
ZD-404032	8/02/2024	
VALOR A PAGAR LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO		\$ 2.100.000,00

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Es importante mencionar que la facturación correspondiente al mes de febrero se descontará de este saldo, una vez se reciban y certifiquen las facturas por parte del proveedor, q

ANEXOS: COMPROBANTE ENTRADA DE ALMACEN, FACTURA ORIGINAL Y SOPORTE PARAFISCAL

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	ALEXIS ORJUELA ANGUILO
C.C. No.	CC7211264
CARGO/PERFIL	QUIMICO FARMACEUTICO SUPERVISOR CONTRATO
AREA DE UBICACIÓN	SUBRED CENTRO ORIENTE - UMIES SANTA CLARA
CORREO ELECTRONICO	abastecimientomedicamentos@subredcentroorientec.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA
AREA DE UBICACIÓN	SUBRED CENTRO ORIENTE - UMIES SANTA CLARA
CORREO ELECTRONICO	abastecimientomedicamentos@subredcentroorientec.gov.co

Girón, 01 de febrero de 2024.

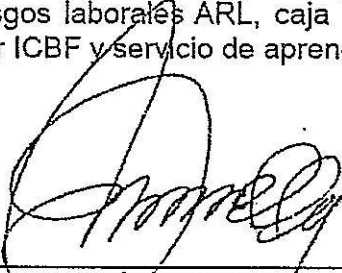
Señores,

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
(900959051S-7)  
Bogotá D.C.

Referencia: CERTIFICACION DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES.

**ARTICULO 50 LEY 789 2002**

Yo **JOSE EUGENIO GOMEZ CASTELLANOS**, identificado con cedula de ciudadanía No. 13.920.613 de Málaga, en mi calidad de Representante Legal de la empresa DISFARMA GC SAS con NIT 900.580.962-2 debidamente registrada en la cámara de comercio de Bucaramanga, manifiesto bajo la gravedad de juramento que la empresa ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de entrega de la presente certificación con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por el contrato de trabajo, por lo que declaro que me encuentro a PAZ Y SALVO con las empresas promotoras de salud EPS, fondo de pensiones AFP, administradoras de riesgos laborales ARL, caja de compensación familiar CCF, instituto colombiano de bienestar familiar ICBF y servicio de aprendizaje SENA.



**JOSE EUGENIO GOMEZ CASTELLANOS**  
NIT 900.580.962-2  
REPRESENTANTE LEGAL



**JOCIO MEDINA PEREZ**  
TP 109438-T  
CONTADOR



**ACELA & GARCIA ASESORES Y CONSULTORES S.A.S.**  
TR 2011  
**DAVID FELIPE ANGARITA VILLAREAL**  
TP 258890-T  
REVISOR FISCAL