	LISTA DE CHEQUEO A DOCUMENTOS DE FACTURACIÓN DEL SERVICIO PRESTADO POR LOS PROVEEDORES	CÓDIGO: MI-GS-F-54-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE SERVICIOS MISIONALES	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 08/05/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATO			
Número de Contrato u Orden de Servicio	044-2025	Fecha del Contrato	5/05/2025
Nombre del Contratista	OPIMED SAS	NIT/No. Identificación	830.062.565-6
Tipo de Contrato	SUMINISTRO		
Necesidad del Servicio	SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS PARA LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS. DE LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGÍA, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		
Área	Subgerencia de prestación de Servicios de Salud- Dirección de Servicios Hospitalarios		
Dirección del contratista	Calle 97 No 61-93		
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			
8	Firmadas por el proveedor	X			
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			COMPROBANTE DE INGRESOS

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	JULIO 2025	Firma	

Bogotá, D.C. 22 de Julio de 2025

SEÑORES

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES

Yo, **GLORIA CECILIA BERNAL DIAZ,** Identificado con la Cédula de Ciudadanía No. **52.195.434** expedida en Bogotá, D.C., en mi condición de Revisora Fiscal de la Empresa **OPIMED SAS** con NIT No.**830062565-6**, en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con el Artículo 1º. De la Ley 828 de 2003, manifiesto bajo la gravedad del juramento que la empresa ha cumplido a la fecha de la entrega de la presente certificación, con los pagos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y con los aportes correspondientes de los últimos seis (6) meses a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO, con las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laboral (ARL), Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

OPIMED S.A.S.
Nit. 830.062.565-6

GLORIA CECILIA BERNAL DIAZ
Revisora Fiscal
C.C. 52.195.434
TP 66769

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Scotiabank COLPATRIA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830062565
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OPIMEDSAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 97 61 93	TELÉFONO:	6226466
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7978780886**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/07/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1621587137

LIQUIDACIÓN GENERAL

Planilla Pago

PENSIÓN

NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE	TOTALES COTIZANTES	TOTALES TOTAL PAGADO
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 768.000
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 213.400
8002248088	230301	230301-PORVENIR	4	$ 1.689.000
		SUBTOTAL:	7	**$ 2.670.400**

SALUD

NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 89.100
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	2	$ 204.400
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 57.200
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 64.000
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 199.600
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	2	$ 120.300
		SUBTOTAL:	8	**$ 734.600**

CAJA DE COMPENSACIÓN

NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	7	$ 535.000
8909008426	CCF03	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	1	$ 199.600
		SUBTOTAL:	8	**$ 734.600**

RIESGOS PROFESIONALES

NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	8	$ 579.500
		SUBTOTAL:	8	**$ 579.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 4.719.100**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 4.719.100**

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000019520

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	04/07/2025 10:27 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE45214	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	03/07/2025 12:00 a. m.
ALMACEN:	**ALGE**	**ALMACEN GENERAL**			

CENTRO DE COSTOS **FBCR14 - ADM GESTION DE ALMACENES USS FRAY BARTOLOMÉ**

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MQ0225	CUCHILLETE COM MANGO DE 15 MM	UNIDAD	18,00	$ 26.950,00	$ 485.100,00	0,00	19,00
MQ0921	CUCHILLETES CON MANGO 2MM	UNIDAD	18,00	$ 51.960,00	$ 935.280,00	0,00	19,00
MQ0923	CUCHILLETES DE 2.75 MM	UNIDAD	12,00	$ 51.960,00	$ 623.520,00	0,00	19,00
MQ0912	CONFORMADOR SEMITRIANGULAR	UNIDAD	5,00	$ 220.500,00	$ 1.102.500,00	0,00	0,00

DETALLE

07-2025 CTO 044-2025 FACT FE45214 ENGATIVA

SUBTOTAL:	$ 3.146.400,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 388.341,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 58.251,00
RETE ICA:	$ 13.026,00
RETE FUENTE:	$ 78.660,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 3.384.804,00

TOTAL COMPROBANTE:

TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45214

IVA REGIMEN COMUN
COD ICA 4773
Tarifa 4.14 / 1000
Cod ICA 4659
Taifa 11.04 / 1000

OPIMED

Señores:
900971006
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
110031 BOGOTA

OPIMED S.A.S 830.062.565-6

DIRECCION: CL 66 15 41		FECHA: 03/07/25 13:08:27	VENCIMIENTO: 01/10/25
NIT: 900971006	RESPONSABLE: Aquintero		TELEFONOS: 4451780 3164277185
VENDEDOR: 001 DANIELA PLAZAS	CONDICIONES DE PAGO: 90		ORDEN DE COMPRA: CS BYS 044-2025

ITEM	DESCRIPCION	LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
AN-72-1501	CUCHILLETE CON MANGO DE 15º E226TIO 24/02/29		18	26,950	92,169	485,100.00
AN-74-1010	CUCHILLETE CON MANGO 2,0MM D906KDW 04/09/28		18	51,960	177,703	935,280.00
GE-34096	CUCHILLETE CON MANGO DE 2.75mm 240607 07/06/29		12	51,960	118,468	623,520.00
GU-023-4000-12	CONFORMADOR SEMITRIANGULAR 0 01/01/00		5	220,500	0	1,102,500.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.
NOMBRE BODEGA: NORTE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carla Castillo
CARGO: Aux Farmacia
FECHA: HORA: 14:10
FIRMA:

Autorización DIAN No 18764089870898 de 2025/03/03 del No.FE44785 al FE50000, vigencia al 2026/03/03 por computador. La Presente Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art. 774 del C.C.)

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE 30 DIAS DE RECIBIDO EL PEDIDO

FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

SON:
TRES MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y UN PESOS CON CERO CVS M/CTE.

CONTRATO BYS 044-2025 PEDIDO HOSPENGATIVA EL 02-07-2025

VALOR	3,146,400.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	388,341.00
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**3,534,741.00**

Por Favor consignar en la cuenta corriente
Banco BANCOLOMBIA Cta. No. 17411103133
Comprobante Universal de respaldo.
ENVIAR CONSIGNACION A CARTERA@OPIMED.COM

CUFE: 7d49110cdb004fef1143ff23a09d2bee50e30d9e02b98abb0ea7485974977fe074b89642d3c8e88ba598369938b9a8ff

Bogotá: Calle 97 No. 61-93 Teléfono: 6226466. Fax: Ext. 102 Cel. 310-8454328

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

Fecha Actual : viernes, 04 julio 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000019518

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565	**FECHA:**	04/07/2025 10:20 a. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CR 33 7 A 78		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3108454328		**TASA CAM:**		0,00
Nº FACTURA:	FE45215	**% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	03/07/2025 12:00 a. m.	
ALMACEN:	**ALGE**	**ALMACEN GENERAL**			

CENTRO DE COSTOS **FBCR14 - ADM GESTION DE ALMACENES USS FRAY BARTOLOMÉ**

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MQ0225	CUCHILLETE COM MANGO DE 15 MM	UNIDAD	12,00	$ 26.950,00	$ 323.400,00	0,00	19,00
MQ0921	CUCHILLETES CON MANGO 2MM	UNIDAD	12,00	$ 51.960,00	$ 623.520,00	0,00	19,00
MQ0923	CUCHILLETES DE 2.75 MM	UNIDAD	6,00	$ 51.960,00	$ 311.760,00	0,00	19,00
MQ0271	FIBRA OPTICA WS 23G REF G 46323	UNIDAD	2,00	$ 522.359,00	$ 1.044.718,00	0,00	19,00
MQ0870	CASSETTE MEGATRON HPS INCLUIDO TUBO REF G60700	UNIDAD	2,00	$ 265.000,00	$ 530.000,00	0,00	19,00

DETALLE

07-2025 CTO 044-2025 FACT FE45215 SIMON B

SUBTOTAL:	$ 2.833.398,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 538.345,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 80.752,00
RETE ICA:	$ 11.730,00
RETE FUENTE:	$ 70.835,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 3.208.426,00

TOTAL COMPROBANTE:

TRES MILLONES DOSCIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS VEINTISEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaborado Por

Aprobado Por

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.] NIT [900971006-4]

FACTURA DE VENTA

No. FE45215

IVA REGIMEN COMUN
COD ICA 4773
Tarifa 4.14 / 1000
Cod ICA 4659
Taifa 11.04 / 1000

[redacted]

OPIMED

Señores:
900971006
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
11001 BOGOTA

OPIMED S.A.S **830.062.565-6**

DIRECCION: CL 66 15 41	**FECHA:** 03/07/25 13:09:16	**VENCIMIENTO** 01/10/25
NIT 900971006	**RESPONSABLE** Aquintero	**TELEFONOS:** 4431790 3164277185
VENDEDOR 000 OFICINA	**CONDICIONES DE PAGO** 90	**ORDEN DE COMPRA** CS BYS 044-2025

ITEM	DESCRIPCION	LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
AN-72-1501	CUCHILLETE CON MANGO DE 15º	E226TIO 24/02/29	12	26,950	61,446	323,400.00
AN-74-1010	CUCHILLETE CON MANGO 2.0MM	D906KDW 04/09/28	12	51,960	118,468	623,520.00
GE-34096	CUCHILLETE CON MANGO DE 2.75mm	240607 07/06/29	6	51,960	59,234	311,760.00
GE-46523	FIBRA OPTICA 25G WS	150552 25/05/29	2	522,359	198,496	1,044,718.00
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A)	106406 30/12/29	2	265,000	100,700	530,000.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
NOMBRE BODEGA: ALGE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carlos Castillo
CARGO: Auxiliar
FECHA: 3-7-25 HORA: 14:10
FIRMA:

Autorización DIAN No 18764089870898 de 2025/03/03 del No.FE44785 al FE50000, vigencia al 2026/03/03 por computador. La Presente Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a una Letra de cambio (Art.774 del C.C.).

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE 30 DIAS DE RECIBIDO EL PEDIDO

FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

SON:
TRES MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO TRM CON SESENTA Y SIETE CVS M/CTE.

CONTRATO BYS 044-2025 PEDIDO HOSP DE SIMON BOLIVAR EL 03-07-2025

VALOR	2,833,398.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	538,345.62
RTFE	26,117.95
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**3,345,625.67**

Por Favor consignar en la cuenta corriente
Banco BANCOLOMBIA Cta. No. 17411103133
Comprobante Universal de recaudo.
ENVIAR CONSIGNACION A CARTERA@OPIMED.COM

CUFE: 0ba26d08ec644b6474b196d2b6737ad636/99362245e[illegible]3ec0e2e55845f3[illegible]70cf6e4dbf0c33807e6eef47fad4b2d638

Bogotá: Calle 97 No. 61-85 Teléfono: 5220466. Fax: Ext. 102 Cel. 310-8454328
Email: cartera@opimed.com

FACTURA DE VENTA

No. FE45268

IVA REGIMEN COMUN
COD ICA 4773
Tarifa 4.14 / 1000
Cod ICA 4659
Taifa 11.04 / 1000

OPIMED

OPIMED S.A.S **830.062.565-6**

Señores:
900971006
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

11001 **BOGOTA**

DIRECCION:	FECHA:	VENCIMIENTO
CL 66 15 41	17/07/25 12:26:54	15/10/25
NIT 900971006	**RESPONSABLE** Lmenolascina	**TELEFONOS:** 4431790 3164277185
VENDEDOR 001 DANIELA PLAZAS	**CONDICIONES DE PAGO** 90	**ORDEN DE COMPRA** CS BYS 044-2025

ITEM	DESCRIPCION LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
K20-4500	MARCADOR PUNTA FINA 123326B 31/05/27	10	21,000	39,900	210,000.00

Autorización DIAN No 18764089870898 de 2025/03/03 del No.FE44785 al FE50000, vigencia al 2026/03/03 por computador. La Presente Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art.774 del C.C.)

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE 30 DIAS DE RECIBIDO EL PEDIDO

FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

VALOR	210,000.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	39,900.00
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**249,900.00**

SON:
DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TRM CON CERO CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 ENTREGADO A ALMACEN GENERAL PARA HOSPITAL SIMON BOLIVAR EL 15-05-2025

Por Favor consignar en la cuenta corriente
Banco BANCOLOMBIA Cta. No. 17411103133
Comprobante Universal de recaudo.
ENVIAR CONSIGNACION A CARTERA@OPIMED.COM

CUFE: 394acb1417c88ea1ab91eded066fb47776b476f8629f2352986894046aaa7d0121037f1e7223feea4462c4864803961a

Bogotá: Calle 97 No. 61-93 Teléfono: 6226466. Fax: Ext. 102 Cel. 310-8454328.
Email: cartera@opimed.com - ventas@opimed.com - www.opimed.com

OB = 38489

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

Fecha Actual : domingo, 27 julio 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020209

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565	**FECHA:**	27/07/2025 02:14 p.m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CR 33 7 A 78		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3108454328		**TASA CAM:**		0.00
Nº FACTURA:	FE45269	**% ICA:** 4.1400 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	17/07/2025 12:00 a.m.	
ALMACEN:	**ALGE**	**ALMACEN GENERAL**			

CENTRO DE COSTOS **FBCR14 - ADM GESTION DE ALMACENES USS FRAY BARTOLOMÉ**

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MQ1406	KIT PARA FACO DE UN SOLO USO	UNIDAD	3.00	$384.000,00	$1.152.000,00	0.00	19.00

DETALLE

07-2025 CTO 044-2025 FACT FE45269
PRE-4956

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON TRESCIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

SUBTOTAL:	$1.152.000,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$218.880,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$32.832,00
RETE ICA:	$4.769,00
RETE FUENTE:	$28.800,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$1.304.479,00

Almacen General
Recibido

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45269

IVA REGIMEN COMUN
COD ICA 4773
Tarifa 4.14 / 1000
Cod ICA 4659
Taifa 11.04 / 1000

OPIMED S.A.S **830.062.565-6**

Señores:
900971006
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
11001 BOGOTA

DIRECCION:	FECHA:	VENCIMIENTO
CL 66 15 41	17/07/25 12:37:45	15/10/25
NIT	**RESPONSABLE**	**TELEFONOS:**
900971006	Lmenolascina	4431790 3164277185
VENDEDOR	**CONDICIONES DE PAGO**	**ORDEN DE COMPRA**
000 OFICINA	90	CS BYS 044-2025

ITEM	DESCRIPCION LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
GE-24353	KIT DE FACO 2.6- 2.75 30° (CAMARA ANT, SLEEVE.. 843901 31/10/27	3	384,000	218,880	1,152,000.00

Autorización DIAN No 18764089870898 de 2025/03/03 del No.FE44785 al FE50000, vigencia al 2026/03/03 por computador. La Presente Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art.774 del C.C.)

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE 30 DIAS DE RECIBIDO EL PEDIDO

FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

SON:
UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL OCHENTA TRM CON CERO CVS M/CTE.

CONTRATO BYS 044-2025 PEDIDO HOSP ENGATIVA EL 03-07-2025

VALOR	1,152,000.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	218,880.00
RTFE	28,800.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**1,342,080.00**

Por Favor consignar en la cuenta corriente
Banco BANCOLOMBIA Cta. No. 17411103133
Comprobante Universal de recaudo.
ENVIAR CONSIGNACION A CARTERA@OPIMED.COM

CUFE: 589cfd92b00b4b567d199c50a52a29e2f1d91223f3f6952356822d205a2797c353933b3624529714e27e3f6320779da2

Bogotá: Calle 97 No. 61-93 Teléfono: 6226466. Fax: Ext. 102 Cel. 310-8454328.
Email: cartera@opimed.com - ventas@opimed.com - www.opimed.com

OPIMEDCE-092624

Bogotá, D.C. 03 de julio de 2025

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
ATTE. HOSPITAL DE ENGATIVA

Nota: Entrega de Insumos

Amparados en el Contrato CS BYS 044-2025 estamos realizando la entrega del siguiente insumo en referencia:

FECHA: 03/07/25 **PEDIDO NUMERO: PED-025710**

CLIENTE: **900971006** **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE...** CIUDAD: BOGOTA

DIRECCION: CL 66 15 41 CONTACTO:

TELEFONO: 4431790 VENDEDOR: OFICINA

ITEM	LOTE / FECHA DE VENC	DESCRIPCION	BODEGA	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL	% DESC.	% IVA
GE-24353	843901 31-10-2027	KIT DE FACO 2.6- 2.75 30° (CAMARA	B01	3	384,000	1,152,000	0.00	19.00

Observaciones:	Elaborado por:	Nombre Solicitante:		
CONTRATO BYS 044-2025 PEDIDO HOSP ENGATIVA EL 03-07-2025	LMENOLASCINA 03/07/25 01:13:32 PM	PAOLA DAZA	VENTA	1,152,000.00
			DESCUENTO	0.00
			IVA	218,880.00
			TOTAL	1,370,880.00

OPIMED SAS

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
NOMBRE BODEGA: ALGE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Cinthia Castillo
CARGO: Lic Enfermería
FECHA: 3-7-25 HORA: 14:10
FIRMA:

Agradeciendo su atención

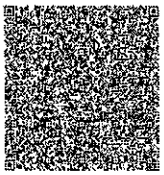
Cordialmente,

LINO MENOLASCINA
ATENCION AL CLIENTE Cel. 3103850103

Firma Quien Entrega.

FACTURA DE VENTA
No. FE45272

IVA REGIMEN COMUN
COD ICA 4773
Tarifa 4.14 / 1000
Cod ICA 4659
Taifa 11.04 / 1000



OPIMED

OPIMED S.A.S **830.062.565-6**

Señores:
900971006
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

11001 **BOGOTA**

DIRECCION:	FECHA:	VENCIMIENTO
CL 66 15 41	17/07/25 16:49:46	15/10/25
NIT	**RESPONSABLE**	**TELEFONOS:**
900971006	Bmoreno	4431790 316427718
VENDEDOR	**CONDICIONES DE PAGO**	**ORDEN DE COMPRA**
001 DANIELA PLAZAS	90	CS BYS 044-2025

ITEM	DESCRIPCION LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
AN-72-2450	CUCHILLETE 3D DE 2.4MM ANG E418TQP 17/04/29	12	57,680	131,510	692,160.00
GE-24354	KIT DE FACO 2.6- 2.95 30° (CAMARA ANT, SLEEVE... 843946 31/10/27	10	384,000	729,600	3,840,000.00
GE-30116	SISTEMA SOLO USO HPS 1/A PARA MEGATRON 105783 30/11/27	6	85,500	97,470	513,000.00
GE-30116	SISTEMA SOLO USO HPS 1/A PARA MEGATRON 105920 30/04/28	4	85,500	64,980	342,000.00
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106406 30/12/29	1	265,000	50,350	265,000.00

Autorización DIAN No 18764089870898 de 2025/03/03 del No.FE44785 al FE50000, vigencia al 2026/03/03 por computador. La Presente Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art.774 del C.C.)

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE 30 DIAS DE RECIBIDO EL PEDIDO

FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

VALOR	5,652,160.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	1,073,910.40
RTFE	96,000.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**6,630,070.40**

SON:
SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA MIL SETENTA TRM CON CUARENTA CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS-044-2025 PEDIDO POR EL HOSPITAL DE ENGATIVA 8-07-25

Por Favor consignar en la cuenta corriente
Banco BANCOLOMBIA Cta. No. 17411103133
Comprobante Universal de recaudo.
ENVIAR CONSIGNACION A CARTERA@OPIMED.COM

CUFE: a3305e2dfc66972e88d3f4ea3d6620b0610b82786d3aa7ae7597045e6f6f5f1beb104b246e9b5260b921ff355ac1892c

Bogotá: Calle 97 No. 61-93 Teléfono: 6226466. Fax: Ext. 102 Cel. 310-8454328.
Email: cartera@opimed.com - ventas@opimed.com - www.opimed.com

OB-38487

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

Fecha Actual : domingo, 27 julio 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020207

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	27/07/2025 02:00 p.m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0.00
Nº FACTURA:	FE45273	**% ICA:** 4.1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	17/07/2025 12:00 a.m.
ALMACEN:	**ALGE**	**ALMACEN GENERAL**			

CENTRO DE COSTOS **FBCR14 - ADM GESTION DE ALMACENES USS FRAY BARTOLOMÉ**

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MQ0870	CASSETTE MEGATRON HPS INCLUIDO TUBO REF G60700	UNIDAD	2.00	$ 265.000,00	$ 530.000,00	0.00	19.00
MQ0225	CUCHILLETE COM MANGO DE 15 MM	UNIDAD	12.00	$ 26.950,00	$ 323.400,00	0.00	19.00
MQ0921	CUCHILLETES CON MANGO 2MM	UNIDAD	12.00	$ 51.960,00	$ 623.520,00	0.00	19.00
MQ1141	SISTEMA TUBO HPS I/A PARA MEGATRON S3 UN SOLO USO REF G30116	UNIDAD	10.00	$ 85.500,00	$ 855.000,00	0.00	19.00
MQ0922	CUCHILLETE 3D DE 2.4MM ANG	UNIDAD	12.00	$ 57.680,00	$ 692.160,00	0.00	19.00

DETALLE

07-2025 CTO 044-2025 FACT FE45273
PRE-5037

SUBTOTAL:	$ 3.024.080,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 574.575,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 86.186,00
RETE ICA:	$ 12.520,00
RETE FUENTE:	$ 75.602,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 3.424.347,00

TOTAL COMPROBANTE:

TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General
Recibido.

Elaborado Por

Aprobado Por

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

Usuario: 52366705

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.] NIT [900971006-4]

FACTURA DE VENTA

No. FE45273

IVA REGIMEN COMUN
COD ICA 4773
Tarifa 4.14 / 1000
Cod ICA 4659
Taifa 11.04 / 1000

OPIMED S.A.S **830.062.565-6**

Señores:
900971006
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
11001 BOGOTA

DIRECCION:	FECHA:	VENCIMIENTO
CL 66 15 41	17/07/25 17:24:48	15/10/25
NIT	**RESPONSABLE**	**TELEFONOS:**
900971006	Bmoreno	4431790 3164277185
VENDEDOR	**CONDICIONES DE PAGO**	**ORDEN DE COMPRA**
001 DANIELA PLAZAS	90	CS BYS 044-2025

ITEM	DESCRIPCION LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
AN-72-1501	CUCHILLETE CON MANGO DE 15° E226TIO 24/02/29	12	26,950	61,446	323,400.00
AN-72-2450	CUCHILLETE 3D DE 2.4MM ANG E418TQP 17/04/29	12	57,680	131,510	692,160.00
AN-74-1010	CUCHILLETE CON MANGO 2.0MM D906KDW 04/09/28	12	51,960	118,468	623,520.00
GE-30116	SISTEMA SOLO USO HPS 1/A PARA MEGATRON 105920 30/04/28	10	85,500	162,450	855,000.00
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106406 30/12/29	2	265,000	100,700	530,000.00

Autorización DIAN No 18764089870898 de 2025/03/03 del No.FE44785 al FE50000, vigencia al 2026/03/03 por computador. La Presente Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art.774 del C.C.)

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE 30 DIAS DE RECIBIDO EL PEDIDO

FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

SON:
TRES MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO TRM CON VEINTE CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSPITAL DE ENGATIVA 10-07-25

VALOR	3,024,080.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	574,575.20
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**3,598,655.20**

Por Favor consignar en la cuenta corriente
Banco BANCOLOMBIA Cta. No. 17411103133
Comprobante Universal de recaudo.
ENVIAR CONSIGNACION A CARTERA@OPIMED.COM

CUFE: 054e64d2285061f4f7453eead65e0e7484e03cd9d2fe1eeb28fd17bc8cb5e5cef6afd79b266f9f40f64db64b19f94c66

Bogotá: Calle 97 No. 61-93 Teléfono: 6226466. Fax: Ext. 102 Cel. 310-8454328.
Email: cartera@opimed.com - ventas@opimed.com - www.opimed.com

OPIMEDCE-092930

Bogotá, 10 de julio de 2025

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
ATTE HOSPITAL DE ENGATIVA

Nota: Entrega de Insumos

Amparados en el Contrato CS BYS 044-2025 Estamos realizando la entrega del siguiente insumo en referencia conforme a su solicitud:

Lot - 1289 1089 Fe - 45273 Des - 025945

FECHA: 10/07/25

PEDIDO NUMERO: PED-025746

CLIENTE: **900971006 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE...** CIUDAD: BOGOTA

DIRECCION: CL 66 15 41 CONTACTO:

TELEFONO: 4431790 VENDEDOR: DANIELA PLAZAS

ITEM	LOTE / FECHA DE VENC	DESCRIPCION	BODEGA	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL	% DESC.	% IVA
GE-60700	106406 30/12/29	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A)	B01	2	265,000	530,000	0.00	19.00
GE-30116	105920 30/04/28	SISTEMA SOLO USO HPS 1/A PARA...	B01	10	85,500	855,000	0.00	19.00
AN-72-2450	E418TQP 17/04/2029	CUCHILLETE 3D DE 2.4MM ANG	B01	12	57,680	692,160	0.00	19.00
AN-72-1501	E226TIO 24/02/29	CUCHILLETE CON MANGO DE 15°	B01	12	26,950	323,400	0.00	19.00
AN-74-1010	D906XDW 04/09/28	CUCHILLETE CON MANGO 2.0MM	B01	12	51,960	623,520	0.00	19.00

Observaciones:	Elaborado por:	Nombre Solicitante:		
CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSP DE ENGATIVA EL 10-07-2025	LMENOLASCINA 10/07/25 06:19:46 PM	PAOLA DAZA	VENTA	3,024,080.00
			DESCUENTO	0.00
			IVA	574,575.20
			TOTAL	3,598,655.20

OPIMED SAS

Cordialmente,

OPIMED
Nit. 830 062 565-6

LINO MENOLASCINA
ATENCION AL CLIENTE
Cel. 3103850103

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

NOMBRE BODEGA: ALGE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carlos Castillo
CARGO: Aux Farmacia
FECHA: 11-7-25 HORA: 8:00
FIRMA:

RECIBIDO CONFORME

OD- 38488

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

Fecha Actual : domingo, 27 julio 2025

COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000020208

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	27/07/2025 02:08 p.m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0.00
N° FACTURA:	FE45274	**% ICA:** 4.1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	18/07/2025 12:00 a.m.
ALMACEN:	**ALGE**	**ALMACEN GENERAL**			

CENTRO DE COSTOS **FBCR14 - ADM GESTION DE ALMACENES USS FRAY BARTOLOMÉ**

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MQ0870	CASSETTE MEGATRON HPS INCLUIDO TUBO REF G60700	UNIDAD	2.00	$ 265.000,00	$ 530.000,00	0.00	19.00
MQ0921	CUCHILLETES CON MANGO 2MM	UNIDAD	12.00	$ 51.690,00	$ 620.280,00	0.00	19.00
MQ0271	FIBRA OPTICA WS 23G REF G 46323	UNIDAD	8.00	$ 522.359,00	$ 4.178.872,00	0.00	19.00

DETALLE

07-2025 CTO 044-2025 FACT FE45274
PRE-5038

SUBTOTAL:	$ 5.329.152,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 1.012.539,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 151.881,00
RETE ICA:	$ 22.063,00
RETE FUENTE:	$ 133.229,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 6.034.518,00

TOTAL COMPROBANTE:

SEIS MILLONES TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS DIECIOCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Recibido Gestión General

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45274

IVA REGIMEN COMUN
COD ICA 4773
Tarifa 4.14 / 1000
Cod ICA 4659
Taifa 11.04 / 1000

OPIMED

OPIMED S.A.S **830.062.565-6**

Señores:
900971006
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

11001 **BOGOTA**

DIRECCION:	FECHA:	VENCIMIENTO
CL 66 15 41	18/07/25 10:11:12	16/10/25
NIT	**RESPONSABLE**	**TELEFONOS:**
900971006	Lmenolascina	4431790 3164277185
VENDEDOR	**CONDICIONES DE PAGO**	**ORDEN DE COMPRA**
000 OFICINA	90	CS BYS 044-2025

ITEM	DESCRIPCION LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
AN-71-2001	CUCHILLETE CON MANGO VITRECTOMIA DE 20 G DB23YYI 21/11/28	12	51,690	117,853	620,280.00
GE-46523	FIBRA OPTICA 25G WS 160552 25/05/29	8	522,359	793,985	4,178,872.00
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106406 30/12/29	1	265,000	50,350	265,000.00
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106406 30/12/29	1	265,000	50,350	265,000.00

edwo

Autorización DIAN No 18764089870898 de 2025/03/03 del No.FE44785 al FE50000, vigencia al 2026/03/03 por computador. La Presente Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art.774 del C.C.)

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE 30 DIAS DE RECIBIDO EL PEDIDO

FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

SON:
SEIS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS DIEZ Y NUEVE TRM CON OCHO CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR SIMON BOLIVAR EL 10-07-2025

VALOR	5,329,152.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	1,012,538.88
RTFE	104,471.80
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**6,237,219.08**

Por Favor consignar en la cuenta corriente
Banco BANCOLOMBIA Cta. No. 17411103133
Comprobante Universal de recaudo.
ENVIAR CONSIGNACION A CARTERA@OPIMED.COM

CUFE: 8bcb67cd01c23c2e90e1467059e5e7780d6c6c6c022c243ab54277a6fcf410890&ad99be1df64d805f2ec71b23766d78

Bogotá: Calle 97 No. 61-93 Teléfono: 6226466. Fax: Ext. 102 Cel. 310-8454328.
Email: cartera@opimed.com - ventas@opimed.com - www.opimed.com

FACTURA DE VENTA

No. FE45285

IVA REGIMEN COMUN
COD ICA 4773
Tarifa 4.14 / 1000
Cod ICA 4659
Taifa 11.04 / 1000

OPIMED

OPIMED S.A.S **830.062.565-6**

Señores:
900971006
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
11001 **BOGOTA**

DIRECCION:	FECHA:	VENCIMIENTO
CL 66 15 41	23/07/25 08:42:26	21/10/25
NIT 900971006	**RESPONSABLE** Lmenolascina	**TELEFONOS:** 4431790 3164277185
VENDEDOR 001 DANIELA PLAZAS	**CONDICIONES DE PAGO** 90	**ORDEN DE COMPRA** CS BYS 044-2025

ITEM	DESCRIPCION LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
GE-34096	CUCHILLETE CON MANGO DE 2.75mm 250404 04/04/30	6	51,960	59,234	311,760.00
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106442 30/12/29	2	265,000	100,700	530,000.00

Autorización DIAN No 18764089870898 de 2025/03/03 del No.FE44785 al FE50000, vigencia al 2026/03/03 por computador. La Presente Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art.774 del C.C.)

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE 30 DIAS DE RECIBIDO EL PEDIDO

FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

SON:
UN MILLON UN MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO TRM CON CUARENTA CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR EL HOSP DE ENGATIVA EL 21-07-25

VALOR	841,760.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	159,934.40
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**1,001,694.40**

Por Favor consignar en la cuenta corriente
Banco BANCOLOMBIA Cta. No. 17411103133
Comprobante Universal de recaudo.
ENVIAR CONSIGNACION A CARTERA@OPIMED.COM

CUFE: bfc41634179ddf53ea6d6e2b3c5061e2b358ad1f088b96e3c79ceabae44b433d1942d077352e69b969ce68d6366b0e67

Bogotá: Calle 97 No. 61-93 Teléfono: 6226466. Fax: Ext. 102 Cel. 310-8454328.
Email: cartera@opimed.com - ventas@opimed.com - www.opimed.com

OP- 38173

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

Fecha Actual : miércoles, 23 julio 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020080

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565	**FECHA:**	23/07/2025 04:49 p. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CR 33 7 A 78		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3108454328		**TASA CAM:**		0,00
Nº FACTURA:	FE45286	**% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	23/07/2025 12:00 a. m.	
ALMACEN:	**ALGE**	**ALMACEN GENERAL**			

CENTRO DE COSTOS **FBCR14 - ADM GESTION DE ALMACENES USS FRAY BARTOLOMÉ**

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MQ0225	CUCHILLETE COM MANGO DE 15 MM	UNIDAD	12,00	$ 26.950,00	$ 323.400,00	0,00	19,00
MQ0921	CUCHILLETES CON MANGO 2MM	UNIDAD	12,00	$ 51.960,00	$ 623.520,00	0,00	19,00
MQ0923	CUCHILLETES DE 2.75 MM	UNIDAD	12,00	$ 51.960,00	$ 623.520,00	0,00.	19,00
MQ1107	PUNTA DE VITRECTOMIA 23G 6000 REF G 46302	UNIDAD	10,00	$ 798.000,00	$ 7.980.000,00	0,00	19,00
MQ0271	FIBRA OPTICA WS 23G REF G 46323	UNIDAD	10,00	$ 522.359,00	$ 5.223.590,00	0,00	19,00
MQ0870	CASSETTE MEGATRON HPS INCLUIDO TUBO REF G60700	UNIDAD	2,00	$ 265.000,00	$ 530.000,00	0,00	19,00
MQ1337	LASER PROBE ILLUMINATE(sonda ocular)	UNIDAD	5,00	$ 665.000,00	$ 3.325.000,00	0,00	19,00

DETALLE

07-2025 CTO 044 2025 FACT FE45286 SIMON B

SUBTOTAL:	$ 18.629.030,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 3.539.516,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 530.927,00
RETE ICA:	$ 77.124,00
RETE FUENTE:	$ 465.726,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 21.094.769,00

TOTAL COMPROBANTE:

VEINTIUN MILLONES NOVENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Recibido Almacén General

Elaborado Por

Aprobado Por

Nombre reporte : dNRPComprobanteEntrada

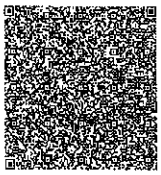
Usuario: 52366705

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.] NIT [900971006-4]

FACTURA DE VENTA

No. FE45286

IVA REGIMEN COMUN
COD ICA 4773
Tarifa 4.14 / 1000
Cod ICA 4659
Taifa 11.04 / 1000



OPIMED S.A.S **830.062.565-6**

Señores:
900971006
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

11001 **BOGOTA**

DIRECCION:	**FECHA:**	**VENCIMIENTO**
CL 66 15 41	23/07/25 08:51:03	21/10/25
NIT	**RESPONSABLE**	**TELEFONOS:**
900971006	Lmenolascina	4431790 3164277185
VENDEDOR	**CONDICIONES DE PAGO**	**ORDEN DE COMPRA**
000 OFICINA	90	CS BYS 044-2025

ITEM	DESCRIPCION LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
AN-72-1501	CUCHILLETE CON MANGO DE 15º F417LBH 16/04/30	12	26,950	61,446	323,400.00
AN-74-1010	CUCHILLETE CON MANGO 2.0MM D906KDS 04/09/28	12	51,960	118,468	623,520.00
GE-34096	CUCHILLETE CON MANGO DE 2.75mm 250404 04/04/30	12	51,960	118,468	623,520.00
GE-46302	PUNTA DE VITRECTOMIA 23G 6000 CORTES X 6 BBE036000 07/03/28	10	798,000	1,516,200	7,980,000.00
GE-46323	FIBRA OPTICA 23G WS 162429 11/05/30	10	522,359	992,482	5,223,590.00
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106442 30/12/29	2	265,000	100,700	530,000.00
OP-A807000	LASER PROBE 23GA FLEXIBLE ALCON ZEISS A5136 14/03/27	5	665,000	631,750	3,325,000.00

Autorización DIAN No 18764089870898 de 2025/03/03 del No.FE44785 al FE50000, vigencia al 2026/03/03 por computador. La Presente Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art.774 del C.C.)

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE 30 DIAS DE RECIBIDO EL PEDIDO

FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

SON:
VEINTIDOS MILLONES CIENTO SESENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO TRM CON SETENTA CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO EL 16-07-2025 POR HOSP SIMON BOLIVAR

VALOR	18,629,030.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	3,539,515.70
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**22,168,545.70**

Por Favor consignar en la cuenta corriente
Banco BANCOLOMBIA Cta. No. 17411103133
Comprobante Universal de recaudo.
ENVIAR CONSIGNACION A CARTERA@OPIMED.COM

CUFE: ef764a501d65c20f76f204ad982c0c7380cf54bf75dbc0249dd399161325454c2ac27c79f0e580b29797b55bf5f324b6

Bogotá: Calle 97 No. 61-93 Teléfono: 6226466. Fax: Ext. 102 Cel. 310-8454328.
Email: cartera@opimed.com - ventas@opimed.com - www.opimed.com

FACTURA DE VENTA

No. FE45287

IVA REGIMEN COMUN
COD ICA 4773
Tarifa 4.14 / 1000
Cod ICA 4659
Taifa 11.04 / 1000

OPIMED

OPIMED S.A.S 830.062.565-6

Señores:
900971006
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

11001 BOGOTA

DIRECCION:	FECHA:	VENCIMIENTO
CL 66 15 41	23/07/25 08:57:00	21/10/25

NIT	RESPONSABLE	TELEFONOS:
900971006	Lmenolascina	4431790 3164277185

VENDEDOR	CONDICIONES DE PAGO	ORDEN DE COMPRA
000 OFICINA	90	CS BYS 044-2025

ITEM	DESCRIPCION LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
GE-24353	KIT DE FACO 2.6- 2.75 30° (CAMARA ANT, SLEEVE.. 844059 31/10/27	6	384,000	437,760	2,304,000.00
GE-34096	CUCHILLETE CON MANGO DE 2.75mm 250404 04/04/30	6	51,960	59,234	311,760.00

Autorización DIAN No 18764089870898 de 2025/03/03 del No.FE44785 al FE50000, vigencia al 2026/03/03 por computador. La Presente Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art.774 del C.C.)

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE 30 DIAS DE RECIBIDO EL PEDIDO

FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

SON:
TRES MILLONES CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO CINCUENTA Y CUATRO TRM CON CUARENTA CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR EL HOSP DE ENGATIVA EL 21-07-25

VALOR	2,615,760.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	496,994.40
RTFE	57,600.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**3,055,154.40**

Por Favor consignar en la cuenta corriente
Banco BANCOLOMBIA Cta. No. 17411103133
Comprobante Universal de recaudo.
ENVIAR CONSIGNACION A CARTERA@OPIMED.COM

CUFE: 4463cfd5cec8cfdd834c3174048b44a702bdb6b688e3f9d1d30e4288625c32b7e4d7ed9c818466aee854f7af6ecb6361

Bogotá: Calle 97 No. 61-93 Teléfono: 6226466. Fax: Ext. 102 Cel. 310-8454328.
Email: cartera@opimed.com - ventas@opimed.com - www.opimed.com

Nota: Se entrega 6 puntas de 285mm y se reciben 6 unidos para completar los 10 y se entrega una caja de cuchilletes de 2-4mm y se recibe una caja de 2.75mm

SANDRA MILENA TORRES
C.C. 52.750.234
Aux. de Farmacia

OP - 38354

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

Fecha Actual : jueves, 24 julio 2025

COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000020116

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	24/07/2025 03:49 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
N° FACTURA:	FE45289	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	23/07/2025 12:00 a. m.
ALMACEN:	**ALGE**	**ALMACEN GENERAL**			

CENTRO DE COSTOS **FBCR14 - ADM GESTION DE ALMACENES USS FRAY BARTOLOMÉ**

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MQ0225	CUCHILLETE COM MANGO DE 15 MM	UNIDAD	12,00	$ 26.950,00	$ 323.400,00	0,00	19,00
MQ0921	CUCHILLETES CON MANGO 2MM	UNIDAD	12,00	$ 51.960,00	$ 623.520,00	0,00	19,00
MQ0923	CUCHILLETES DE 2.75 MM	UNIDAD	12,00	$ 51.960,00	$ 623.520,00	0,00	19,00
MQ0870	CASSETTE MEGATRON HPS INCLUIDO TUBO REF G60700	UNIDAD	2,00	$ 265.000,00	$ 530.000,00	0,00	19,00

DETALLE

07-2025 CTO 044-2025 FACT FE45289

SUBTOTAL:	$ 2.100.440,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 399.084,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 59.863,00
RETE ICA:	$ 8.696,00
RETE FUENTE:	$ 52.511,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 2.378.454,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General

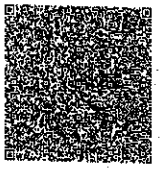
Elaborado Por

Aprobado Por

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.] NIT [900971006-4]

FACTURA DE VENTA
No. FE45289

IVA REGIMEN COMUN
COD ICA 4773
Tarifa 4.14 / 1000
Cod ICA 4659
Taifa 11.04 / 1000



OPIMED

Señores:
900971006
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
11001 **BOGOTA**

OPIMED S.A.S **830.062.565-6**

DIRECCION: CL 66 15 41	**FECHA:** 23/07/25 16:30:01	**VENCIMIENTO** 21/10/25
NIT 900971006	**RESPONSABLE** Jacosta	**TELEFONOS:** 4431790 3164277185
VENDEDOR 001 DANIELA PLAZAS	**CONDICIONES DE PAGO** 90	**ORDEN DE COMPRA** CS BYS 044-202

ITEM	DESCRIPCION LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
AN-72-1501	CUCHILLETE CON MANGO DE 15º F417LBH 16/04/30	12	26,950	61,446	323,400.00
AN-74-1010	CUCHILLETE CON MANGO 2.0MM D906KDW 04/09/28	12	51,960	118,468	623,520.00
GE-34096	CUCHILLETE CON MANGO DE 2.75mm 250404 04/04/30	12	51,960	118,468	623,520.00
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106442 30/12/29	2	265,000	100,700	530,000.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
NOMBRE BODEGA: AI GE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Lyda Sanabria
CARGO: Tec Admr
FECHA: 24-7-25 HORA: 12:50
FIRMA:

Autorización DIAN No 18764089870898 de 2025/03/03 del No.FE44785 al FE50000, vigencia al 2026/03/03 por computador. La Presente Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art.774 del C.C.)

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE 30 DIAS DE RECIBIDO EL PEDIDO
FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

SON:
DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTITRES TRM CON SESENTA CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR

VALOR	2,100,440.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	399,083.60
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**2,499,523.60**

Por Favor consignar en la cuenta corriente
Banco BANCOLOMBIA Cta. No. 17411103133
Comprobante Universal de recaudo.
ENVIAR CONSIGNACION A CARTERA@OPIMED.COM

CUFE: f2573ea4ce8adc18ac12af3d3bb6f6077f1223994d9512d14bac8572dac9631c640a7626532a873c1b1a547997204b1f

Bogotá: Calle 97 No. 61-93 Teléfono: 6226466. Fax: Ext. 102 Cel. 310-8454328.
Email: cartera@opimed.com - ventas@opimed.com - www.opimed.com

OB-38341

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

Fecha Actual : jueves, 24 julio 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020132

PROVEEDOR: OPIMED SAS **NIT:** 830062565 **FECHA:** 24/07/2025 04:11 p. m.

CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA) **ESTADO:** Confirmado

DIRECCION: CR 33 7 A 78 **MONEDA:** Pesos

TELEFONO: 3108454328 **TASA CAM:** 0,00

Nº FACTURA: FE45290 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 23/07/2025 12:00 a. m.

ALMACEN: ALGE **ALMACEN GENERAL**

CENTRO DE COSTOS FBCR14 - ADM GESTION DE ALMACENES USS FRAY BARTOLOMÉ

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MQ0921	CUCHILLETES CON MANGO 2MM	UNIDAD	18,00	$ 51.960,00	$ 935.280,00	0,00	19,00
MQ1031	KIT DE FACO 2.6-2.75 30° (CAMARA ANT SLEEVE OFT)	KIT	13,00	$ 384.000,00	$ 4.992.000,00	0,00	19,00
MQ1141	SISTEMA TUBO HPS I/A PARA MEGATRON S3 UN SOLO USO REF G30116	UNIDAD	2,00	$ 85.500,00	$ 171.000,00	0,00	19,00
MQ0225	CUCHILLETE COM MANGO DE 15 MM	UNIDAD	18,00	$ 26.950,00	$ 485.100,00	0,00	19,00
MQ0923	CUCHILLETES DE 2.75 MM	UNIDAD	18,00	$ 51.960,00	$ 935.280,00	0,00	19,00
MQ0870	CASSETTE MEGATRON HPS INCLUIDO TUBO REF G60700	UNIDAD	2,00	$ 265.000,00	$ 530.000,00	0,00	19,00
MQ1376	ESTOQUINETA DESECHABLE PARA PIEZA DE MANO (OFTALMO)	UNIDAD	20,00	$ 45.100,00	$ 902.000,00	0,00	19,00

DETALLE

07-2025 CTO 044-2025 FACT FE45290

SUBTOTAL:	$ 8.950.660,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 1.700.625,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 255.094,00
RETE ICA:	$ 37.056,00
RETE FUENTE:	$ 223.767,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 10.135.368,00

TOTAL COMPROBANTE:

DIEZ MILLONES CIENTO TREINTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Recibido Almacén General

Elaborado Por

Aprobado Por

Nombre reporte: INRPComprobanteEntrada

Usuario: 52366705

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.] NIT [900971006-4]

FACTURA DE VENTA

No. FE45290

IVA REGIMEN COMUN
COD ICA 4773
Tarifa 4.14 / 1000
Cod ICA 4659
Taifa 11.04 / 1000

OPIMED

OPIMED S.A.S **830.062.565-6**

Señores:
900971006
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
110111 BOGOTA

DIRECCION:	FECHA:	VENCIMIENTO
CL 66 15 41	23/07/25 16:59:26	21/10/25
NIT 900971006	**RESPONSABLE** Jacosta	**TELEFONOS:** 4431790 3164277185
VENDEDOR 001 DANIELA PL AS	**CONDICIONES DE PAGO** 90	**ORDEN DE COMPRA** CS BYS 044-2025

ITEM	DESCRIPCION LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
AN-74-1010	CUCHILLETE CON MANGO 2.0MM D906KDW 04/09/28	18	51,960	177,703	935,280.00
GE-24353	KIT DE FACO 2.6- 2.75 30° (CAMARA ANT, SLEEVE.. 844059 31/10/27	13	384,000	948,480	4,992,000.00
GE-30116	SISTEMA SOLO USO HPS 1/A PARA MEGATRON 105920 30/04/28	2	85,500	32,490	171,000.00
GE-34026	CUCHILLETE CON MANGO DE 15º 240426 26/04/29	18	26,950	92,169	485,100.00
GE-34096	CUCHILLETE CON MANGO DE 2.75mm 250404 04/04/30	18	51,960	177,703	935,280.00
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106442 30/12/29	2	265,000	100,700	530,000.00
ML-S001.	ML7 SLEEVES (ANGLED SEAL) 23S1140 03/07/28	20	45,100	171,380	902,000.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
NOMBRE BODEGA: ALGE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Lyda Sanled
CARGO: Ter Adm
FECHA: 24-7-25 HORA: 13:50
FIRMA:

Autorización DIAN No 18764089870898 de 2025/03/03 del No.FE44785 al FE50000, vigencia al 2026/03/03 por computador. La Presente Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art.774 del C.C.)

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE 30 DIAS DE RECIBIDO EL PEDIDO

FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

SON:
DIEZ MILLONES QUINIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO TRM CON CUARENTA CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSPITAL DE ENGATIVA EL 23-07-2025

VALOR	8,950,660.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	1,700,625.40
RTFE	147,350.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**10,503,935.40**

Por Favor consignar en la cuenta corriente Banco BANCOLOMBIA Cta. No. 17411103133 Comprobante Universal de recaudo. ENVIAR CONSIGNACION A CARTERA@OPIMED.COM

CUFE: 3652fbe8ce516d2015ab9640011726e1f33b985f15401009a17355f66c29586670ae1f10c7fb767ccd64bb5088f02197

Bogotá: Calle 97 No. 61-93 Teléfono: 6226486. Fax: Ext. 102 Cel. 310-8454328.
Email: cartera@opimed.com - ventas@opimed.com - www.opimed.com

OB - 36304

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

Fecha Actual : jueves, 24 julio 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020124

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	24/07/2025 04:03 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE45291	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	24/07/2025 12:00 a. m.
ALMACEN:	**ALGE**	**ALMACEN GENERAL**			

CENTRO DE COSTOS **FBCR14 - ADM GESTION DE ALMACENES USS FRAY BARTOLOMÉ**

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MQ0573	ACEITE DE SILICONA SILURON EXTRA*GE-80750	UNIDAD	10,00	$ 302.000,00	$ 3.020.000,00	0,00	0,00

DETALLE

07-2025 CTO 044-2025 FACT FE45291 SIMON B.

SUBTOTAL:	$ 3.020.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 12.503,00
RETE FUENTE:	$ 75.500,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 2.931.997,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General
Recibido:

Elaborado Por

Aprobado Por

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.] NIT [900971006-4]

FACTURA DE VENTA

No. FE45291

IVA REGIMEN COMUN
COD ICA 4773
Tarifa 4.14 / 1000
Cod ICA 4659
Taifa 11.04 / 1000

OPIMED

OPIMED S.A.S **830.062.565-6**

Señores:
900971006
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
11001 BOGOTA

DIRECCION:	FECHA:	VENCIMIENTO
CL 66 15 41	24/07/25 09:39:17	22/10/25
NIT 900971006	**RESPONSABLE** Aquintero	**TELEFONOS:** 4431790 3164277185
VENDEDOR 001 DANIELA PLAZAS	**CONDICIONES DE PAGO** 90	**ORDEN DE COMPRA** 0

ITEM	DESCRIPCION	LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
GE-80750	SILURON EXTRA ... 31/08/27		10	302,000	0	3,020,000.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
NOMBRE BODEGA: A1 GE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Lyda Sarmiento
CARGO: TEC Adm
FECHA: 24-7-25 HORA: 12:45
FIRMA:

cdw

Autorización DIAN No 18764089870898 de 2025/03/03 del No.FE44785 al FE50000, vigencia al 2026/03/03 por computador. La Presente Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art.774 del C.C.)

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE 30 DIAS DE RECIBIDO EL PEDIDO

FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

SON:
TRES MILLONES VEINTE MIL TRM CON CERO CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 SOLICITADO POR SOMON BOLIVAR 24/07/2025

VALOR	3,020,000.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	0.00
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**3,020,000.00**

Por Favor consignar en la cuenta corriente
Banco BANCOLOMBIA Cta. No. 17411103133
Comprobante Universal de recaudo.
ENVIAR CONSIGNACION A CARTERA@OPIMED.COM

CUFE: e7df516140158c434276582b02d261ac6e7c3d1c8ffb0ec8514d38b70e49c4562b3316263385858afb88b414b84a1203

Bogotá: Calle 97 No. 61-93 Teléfono: 6226466. Fax: Ext. 102 Cel. 310-8454328.
Email: cartera@opimed.com - ventas@opimed.com - www.opimed.com

OB - pend.

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

Fecha Actual : lunes, 28 julio 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020282

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	28/07/2025 07:35 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE45299	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	28/07/2025 12:00 a. m.
ALMACEN:	**ALGE**	**ALMACEN GENERAL**			

CENTRO DE COSTOS **FBCR14 - ADM GESTION DE ALMACENES USS FRAY BARTOLOMÉ**

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MQ1787	PUNTA DE VITRECTOMIA 20G REF G 42001	UNIDAD	4,00	$ 795.000,00	$ 3.180.000,00	0,00	19,00

DETALLE

07-2025 CTO 044-2025 FACT FE45299 SIMON B

SUBTOTAL:	$ 3.180.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 604.200,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 90.630,00
RETE ICA:	$ 13.165,00
RETE FUENTE:	$ 79.500,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 3.600.905,00

TOTAL COMPROBANTE:

TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General Recibido:

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45299

IVA REGIMEN COMUN
COD ICA 4773
Tarifa 4.14 / 1000
Cod ICA 4659
Taifa 11.04 / 1000

OPIMED

1970

OPIMED S.A.S **830.062.565-6**

Señores:
900971006
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

11001 **BOGOTA**

DIRECCION:	FECHA:	VENCIMIENTO
CL 66 15 41	28/07/25 10:53:45	26/10/25
NIT 900971006	**RESPONSABLE** Lmenolascina	**TELEFONOS:** 4431790 3164277185
VENDEDOR 000 OFICINA	**CONDICIONES DE PAGO** 90	**ORDEN DE COMPRA** CS BYS 044-2025

ITEM	DESCRIPCION LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
GE-42001	PUNTA DE VITRECTOMIA 20G BBE226000 21/03/28	4	795,000	604,200	3,180,000.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

NOMBRE BODEGA: ALGE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Cinthia Castillo
CARGO: Ax. Farmacia
FECHA: 28-7-25 HORA: 11:50
FIRMA:

Autorización DIAN No 18764089870898 de 2025/03/03 del No.FE44785 al FE50000, vigencia al 2026/03/03 por computador. La Presente Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art.774 del C.C.)

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE 30 DIAS DE RECIBIDO EL PEDIDO

FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

SON:
TRES MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS TRM CON CERO CVS M/CTE.

CS BYS 044-2025 PEDIDO POR EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR EL 28-07-2025

VALOR	3,180,000.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	604,200.00
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**3,784,200.00**

Por Favor consignar en la cuenta corriente
Banco BANCOLOMBIA Cta. No. 17411103133
Comprobante Universal de recaudo.
ENVIAR CONSIGNACION A CARTERA@OPIMED.COM

CUFE: 11834d048879e9944861bed0dca5fe93c99f1e149216bce721b3df9e9f659742f078c6510dde5c8518e94f908326791e

Bogotá: Calle 97 No. 61-93 Teléfono: 6226466. Fax: Ext. 102 Cel. 310-8454328.
Email: cartera@opimed.com - ventas@opimed.com - www.opimed.com

OB = 38859

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

Fecha Actual : jueves, 31 julio 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020382

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	31/07/2025 04:56 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE45316	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	31/07/2025 12:00 a. m.
ALMACEN:	**ALGE**	**ALMACEN GENERAL**			

CENTRO DE COSTOS **FBCR14 - ADM GESTION DE ALMACENES USS FRAY BARTOLOMÉ**

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MQ0923	CUCHILLETES DE 2.75 MM	UNIDAD	12,00	$ 51.960,00	$ 623.520,00	0,00	19,00

DETALLE

07-2025 CTO 044-2025 FACT FE45316
REEM-FE45139

SUBTOTAL:	$ 623.520,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 118.469,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 17.770,00
RETE ICA:	$ 2.581,00
RETE FUENTE:	$ 15.588,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 706.050,00

TOTAL COMPROBANTE:

SETECIENTOS SEIS MIL CINCUENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45316

IVA REGIMEN COMUN
COD ICA 4773
Tarifa 4.14 / 1000
Cod ICA 4659
Taifa 11.04 / 1000

OPIMED S.A.S **830.062.565-6**

Señores:
900971006
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

11001 **BOGOTA**

DIRECCION:	FECHA:	VENCIMIENTO
CL 66 15 41	31/07/25 12:42:58	29/10/25
NIT	**RESPONSABLE**	**TELEFONOS:**
900971006	Lmenolascina	4431790 3164277185
VENDEDOR	**CONDICIONES DE PAGO**	**ORDEN DE COMPRA**
000 OFICINA	90	CS BYS 044-2025

ITEM	DESCRIPCION LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
AN-72-2761	CUCHILLETE DE 2.75MM DB28CJO 27/11/28	12	51,960	118,468	623,520.00

Autorización DIAN No 18764089870898 de 2025/03/03 del No.FE44785 al FE50000, vigencia al 2026/03/03 por computador. La Presente Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art.774 del C.C.)

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE 30 DIAS DE RECIBIDO EL PEDIDO

FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

SON:
SETECIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO TRM CON OCHENTA CVS M/CTE.

CS BYS 044-2025 PEDIDO POR EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR ENTREGADO EL 26-05-2025 SUSTITUYE FE45139

VALOR	623,520.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	118,468.80
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**741,988.80**

Por Favor consignar en la cuenta corriente
Banco BANCOLOMBIA Cta. No. 17411103133
Comprobante Universal de recaudo.
ENVIAR CONSIGNACION A CARTERA@OPIMED.COM

CUFE: ff3f8fa24e6cd5ca265ac6c6fc29ddb98018fdf602355659e763773d090c86e6c8acacb6f0a1bbe3d2c5d715c0192309

Bogotá: Calle 97 No. 61-93 Teléfono: 6226466. Fax: Ext. 102 Cel. 310-8454328.
Email: cartera@opimed.com - ventas@opimed.com - www.opimed.com