Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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	AGOSTO 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	AGOSTO 2025	Firma	

Bogotá, D.C. 25 de agosto de 2025

SEÑORES

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

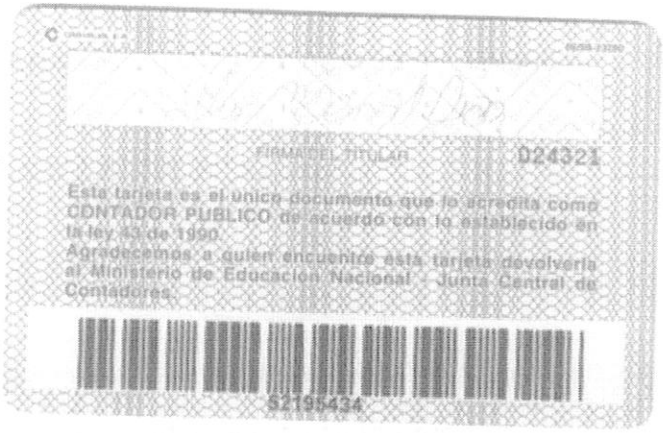
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES

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 1°. 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).

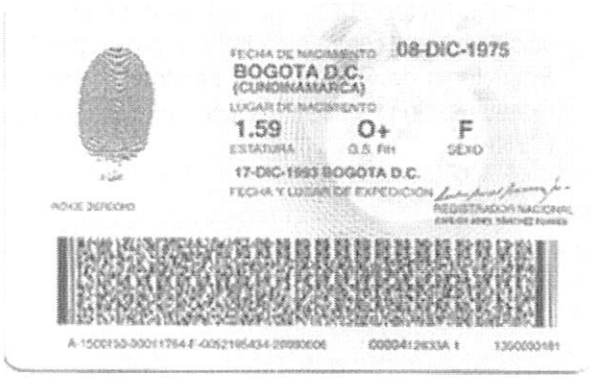
OPIMED
Nit 830 062 565-6

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









Bogotá: Calle 97 No. 61-93 Teléfonos: 6226450/66.
Cel. 310-2572121. Email: ventas@opimed.com -
www.opimed.com

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

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
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				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	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				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	7	$ 535.000
8909008426	CCF03	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	1	$ 199.600
		SUBTOTAL:	8	$ 734.600
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	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**

OB- Pend.

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

Fecha Actual : viernes, 01 agosto 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020388

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565	**FECHA:**	01/08/2025 01:18 p. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CR 33 7 A 78		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3108454328		**TASA CAM:**		0,00
Nº FACTURA:	FE45318	**% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	01/08/2025 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
MQ1031	KIT DE FACO 2.6-2.75 30° (CAMARA ANT SLEEVE OFT)	KIT	1,00	$ 384.000,00	$ 384.000,00	0,00	19,00
MQ0225	CUCHILLETE COM MANGO DE 15 MM	UNIDAD	12,00	$ 26.950,00	$ 323.400,00	0,00	19,00
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

DETALLE

08-2025 CTO 044-2025 FACT FE45318 ENGATIVA

SUBTOTAL:	$ 2.172.680,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 412.809,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 61.921,00
RETE ICA:	$ 8.995,00
RETE FUENTE:	$ 54.317,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 2.460.256,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General Recibido

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA
No. FE45318

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	01/08/25 08:18:10	30/10/25
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-24353	KIT DE FACO 2.6- 2.75 30° (CAMARA ANT, SLEEVE... 844059 31/10/27	1	384,000	72,960	384,000.00
GE-34026	CUCHILLETE CON MANGO DE 15º 240426 26/04/29	12	26,950	61,446	323,400.00
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

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
NOMBRE QUIEN ENTREGA: ALGE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carla Castillo
CARGO: Aux Farmacia
FECHA: 1-8-25 HORA: 12:00
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 QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE TRM CON VEINTE CVS M/CTE.

CONTRATO CS 044-2025 PEDIDO POR HOSPITAL DE ENGATIVA EL 30-07-2025

VALOR	2,172,680.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	412,809.20
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**2,585,489.20**

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

CUFE: 6e7b0e97d638f6bb2d01441f1c443142082acbb80d0d8208ec35a7feb53abe40ec34eee7fbba2a531748c80e2d46c1e3

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

miércoles 06-08-2025	**HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**	
	Casette	3 unidades
	Cuchilletes de 15º	2 cajas
	Cuchilletes 2.75mm	2 cajas

miércoles 30-07-2025	**HOSPITAL DE ENGATIVÁ**	
	Casette	2 unidades
	Puntas de Faco 2.75mm	6 unidades
	Cuchilletes de 15º	2 cajas x6
	Cuchilletes de 2.75mm	3 cajas x 6
	Cánulas de irrigación	1 caja

OB = Pend.

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

Fecha Actual : viernes, 01 agosto 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020387

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565	**FECHA:**	01/08/2025 01:11 p. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CR 33 7 A 78		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3108454328		**TASA CAM:**		0,00
Nº FACTURA:	FE45319	**% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	01/08/2025 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
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	3,00	$ 265.000,00	$ 795.000,00	0,00	19,00

DETALLE

08-2025 CTO 044-2025 FACT FE45319 BOLIVAR

SUBTOTAL:	$ 1.741.920,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 330.965,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 49.645,00
RETE ICA:	$ 7.212,00
RETE FUENTE:	$ 43.548,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 1.972.480,00

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Alimentación General Recibido

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45319

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	01/08/25 08:26:42	30/10/25

NIT	RESPONSABLE	TELEFONOS:
900971006	Lmenolascina	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
GE-34026	CUCHILLETE CON MANGO DE 15º 240426 26/04/29	12	26,950	61,446	323,400.00
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	3	265,000	151,050	795,000.00

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: 1-8-25 HORA: 12:00
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 SETENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO TRM CON OCHENTA CVS M/CTE.

CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSPITAL SIMON BOLIVAR EL 30-07-2025

VALOR	1,741,920.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	330,964.80
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**2,072,884.80**

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

CUFE: 584a5d046ea4758b328d94a1db1a4cbe10e1819ca1e24fdffd6aff6ac361f87b6f4778ed346a725f1115196a03cf7d93

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

miércoles 06-08-2025	**HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**	
	Casette	3 unidades
	Cuchilletes de 15º	2 cajas
	Cuchilletes 2.75mm	2 cajas

miércoles 30-07-2025	**HOSPITAL DE ENGATIVÁ**	
	Casette	2 unidades
	Puntas de Faco 2.75mm	6 unidades
	Cuchilletes de 15º	2 cajas x6
	Cuchilletes de 2.75mm	3 cajas x 6
	Cánulas de irrigación	1 caja

DCS-025991 L 1291204904 FE 45319

FECHA: 01/08/25 **PEDIDO NUMERO: PED-025815**

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

DIRECCION: CL 66 15 41 CONTACTO:

TELEFONO: 4431790 VENDEDOR: DANIELA PLAZAS

ITEM	DESCRIPCION	BODEGA	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL	% DESC.	% IVA
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A)	B01	3	265,000	795,000	0.00	19.00
GE-34026	CUCHILLETE CON MANGO DE 15°	B01	12	26,950	323,400	0.00	19.00
GE-34096	CUCHILLETE CON MANGO DE 2.75mm	B01	12	51,960	623,520	0.00	19.00

Observaciones:
CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSPITAL SIMON BOLIVAR EL 30-07-2025

Elaborado por: LMENOLASCINA
01/08/25 06:51:11 AM

Nombre Solicitante: PAOLA DAZA

VENTA	1,741,920.00
DESCUENTO	0.00
IVA	330,964.80
TOTAL	2,072,884.80

ORIMED SAS

OB= 44581

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

Fecha Actual : viernes, 15 agosto 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020675

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	15/08/2025 05:39 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE45355	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	13/08/2025 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
MQ1031	KIT DE FACO 2.6-2.75 30° (CAMARA ANT SLEEVE OFT)	KIT	5,00	$ 384.000,00	$ 1.920.000,00	0,00	19,00

DETALLE

08-2025 CTO 044-2025 FACT FE45355 PRE-5202

SUBTOTAL:	$ 1.920.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 364.800,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 54.720,00
RETE ICA:	$ 7.949,00
RETE FUENTE:	$ 48.000,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 2.174.131,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL CIENTO TREINTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén Recibido

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45355

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

[redacted]

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	13/08/25 15:43:29	11/11/25
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-24353	KIT DE FACO 2.6- 2.75 30° (CAMARA ANT, SLEEVE... 844059 31/10/27	5	384,000	364,800	1,920,000.00

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:
DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TRM CON CERO CVS M/CTE.

CS BYS 044-2025 PEDIDO PARA HOSPITAL DE ENGATIVA EL 30-07-2025

VALOR	1,920,000.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	364,800.00
RTFE	48,000.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**2,236,800.00**

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

CUFE: 207c95ba5eb2b1844e512a12826b7fa7f95a4fdb1297d3a59e6d48425a90e2cc20fce8090f2e10b9aa7ba4039810d7be

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

miércoles 06-08-2025	**HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**	
	Casette	3 unidades
	Cuchilletes de 15º	2 cajas
	Cuchilletes 2.75mm	2 cajas

miércoles 30-07-2025	**HOSPITAL DE ENGATIVÁ**	
	Casette	2 unidades
	Puntas de Faco 2.75mm	6 unidades
	Cuchilletes de 15º	2 cajas x6
	Cuchilletes de 2.75mm	3 cajas x 6
	Cánulas de irrigación	1 caja

OPIMEDCE-092639

Bogotá, 01 de agosto de 2025

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

Nota: Entrega de Insumos

Amparados en contrato CS BYS 044-2025 Estamos realizando la entrega de los siguientes Insumos en referencia conforme a su solicitud:

DES-026027 LOT12945509FE45355

FECHA: 01/08/25 **PEDIDO NUMERO: PED-025819**

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-24353	**844059 30/10/27**	KIT DE FACO 2.6- 2.75 30° (CAMARA...	B01	5	384,000	1,920,000	0.00	19.00

Observaciones:	Elaborado por:	Nombre Solicitante:		
CS BYS 044-2025 PEDIDO PARA HOSPITAL DE ENGATIVA EL 30-07-2025	LMENOLASCINA 01/08/25 09:52:57 AM	PAOLA DAZA	VENTA	1,920,000.00
			DESCUENTO	0.00
			IVA	364,800.00
			TOTAL	2,284,800.00

OPIMED SAS

Nota: En la brevedad posible realizaremos la Factura Electronica

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: 1-8-25 HORA: 12:00
FIRMA:

Cordialmente,

OPIMED
NIT. 830 062 565-6

LINO MENOLASCINA
ATENCION AL CLIENTE
Telf.+57 310 3850103

RECIBIDO CONFORME

OB- 44510

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

Fecha Actual : viernes, 15 agosto 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020674

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565	**FECHA:**	15/08/2025 05:32 p. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CR 33 7 A 78		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3108454328		**TASA CAM:**		0,00
Nº FACTURA:	FE45356	**% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	13/08/2025 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
MQ1031	KIT DE FACO 2.6-2.75 30° (CAMARA ANT SLEEVE OFT)	KIT	7,00	$ 384.000,00	$ 2.688.000,00	0,00	19,00
MQ0866	CANULAS DE SIMCOE 23G(REF:3190)	UNIDAD	1,00	$ 267.000,00	$ 267.000,00	0,00	19,00
MQ1107	PUNTA DE VITRECTOMIA 23G 6000 REF G 46302	UNIDAD	4,00	$ 798.000,00	$ 3.192.000,00	0,00	19,00
MQ1107	PUNTA DE VITRECTOMIA 23G 6000 REF G 46302	UNIDAD	2,00	$ 798.000,00	$ 1.596.000,00	0,00	19,00
MQ0271	FIBRA OPTICA WS 23G REF G 46323	UNIDAD	6,00	$ 522.359,00	$ 3.134.154,00	0,00	19,00
MQ0870	CASSETTE MEGATRON HPS INCLUIDO TUBO REF G60700	UNIDAD	3,00	$ 265.000,00	$ 795.000,00	0,00	19,00

DETALLE

08-2025 CTO 044-2025 FACT FE45356
PRE-5247

SUBTOTAL:	$ 11.672.154,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 2.217.709,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 332.656,00
RETE ICA:	$ 48.323,00
RETE FUENTE:	$ 291.804,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 13.217.080,00

TOTAL COMPROBANTE:

TRECE MILLONES DOSCIENTOS DIECISIETE MIL OCHENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

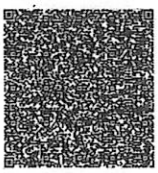
Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45356

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	13/08/25 17:05:56	11/11/25
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	5	384,000	364,800	1,920,000.00
GE-24353	KIT DE FACO 2.6- 2.75 30° (CAMARA ANT, SLEEVE... 844059 31/10/27	2	384,000	145,920	768,000.00
GE-46302	PUNTA DE VITRECTOMIA 23G 6000 CORTES X 6 BBE036000 07/03/28	4	798,000	606,480	3,192,000.00
GE-46302	PUNTA DE VITRECTOMIA 23G 6000 CORTES X 6 DBD106000 30/04/27	2	798,000	303,240	1,596,000.00
GE-46323	FIBRA OPTICA 23G WS 162429 11/05/30	6	522,359	595,489	3,134,154.00
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106442 30/12/29	3	265,000	151,050	795,000.00
K20-3190	CANULA SIMCOE 23G 220902-001 01/11/27	1	267,000	50,730	267,000.00

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:
TRECE MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIDOS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y TRES TRM CON VEINTISEIS CVS M/CTE.

CS BYS 044-2025 PEDIDO POR EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR EL 05-08-2025

VALOR	11,672,154.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	2,217,709.26
RTFE	67,200.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**13,822,663.26**

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

CUFE: d53f2bfc3b40186255c2a14529fa401242623ac4cbaeee2a728a968b5f48265f8a5fbc5ce9e0a2953cc64389340c1896

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

	HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	
martes 05-08-2025	Casette	3 unidades
	Puntas de Faco 2.75mm	7 unidades
	Cánulas simcoe	1 caja
	Vitrectores verdes	6 unidades
	Luz vitrectomía	6 unidades

OPIMEDCE-092642

Bogotá, 08 de agosto de 2025

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
ATTE SIMON BOLIVAR

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:

FECHA: 06/08/25 **PEDIDO NUMERO: PED-025836**

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-60700	106442 30/12/29	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A)	B01	3	265,000	795,000	0.00	19.00
GE-24353	844059 31/10/27	KIT DE FACO 2.6- 2.75 30° (CAMARA...	B01	7	384,000	2,688,000	0.00	19.00
K20-3190	220902-001 01/11/27	CANULA SIMCOE 23G	B01	1	267,000	267,000	0.00	19.00
GE-46302	DBD106000 30/04/27	PUNTA DE VITRECTOMIA 23G 6000 CORTES...	B01	2	798,000	1,596,000	0.00	19.00
GE-46302	BBE036000 07/03/28	PUNTA DE VITRECTOMIA 23G 6000 CORTES...	B01	4	798,000	3,192,000	0.00	19.00
GE-46323	162429 11/05/30	FIBRA OPTICA 23G WS	B01	6	522,359	3,134,154	0.00	19.00

Observaciones:	Elaborado por:	Nombre Solicitante:		
CS BYS 044-2025 PEDIDO POR EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR EL 05-08-2025	LMENOLASCINA 06/08/25 04:25:55 PM	PAOLA DAZA	VENTA	11,672,154.00
			DESCUENTO	0.00
			IVA	2,217,709.26
			TOTAL	13,889,863.26

OPIMED SAS

DES-026028 LOT 12945752 FE45356

Nota: En la brevedad posible realizaremos la Factura Electronica

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: HCGE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carlos Castill.
CARGO: Ax Farmacia
FECHA: 8-8-25 HORA: 15:00
FIRMA:

RECIBIDO CONFORME

OB = 44579

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020673

PROVEEDOR: OPIMED SAS **NIT:** 830062565 **FECHA:** 15/08/2025 05:24 p. m.

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

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

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

Nº FACTURA: FE45357 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 14/08/2025 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	3,00	$ 265.000,00	$ 795.000,00	0,00	19,00
MQ1031	KIT DE FACO 2.6-2.75 30° (CAMARA ANT SLEEVE OFT)	KIT	12,00	$ 384.000,00	$ 4.608.000,00	0,00	19,00
MQ0225	CUCHILLETE COM MANGO DE 15 MM	UNIDAD	12,00	$ 26.950,00	$ 323.400,00	0,00	19,00
MQ1376	ESTOQUINETA DESECHABLE PARA PIEZA DE MANO (OFTALMO)	UNIDAD	10,00	$ 45.100,00	$ 451.000,00	0,00	19,00
MQ0923	CUCHILLETES DE 2.75 MM	UNIDAD	18,00	$ 51.960,00	$ 935.280,00	0,00	19,00
MQ0866	CANULAS DE SIMCOE 23G(REF:3190)	UNIDAD	2,00	$ 267.000,00	$ 534.000,00	0,00	19,00
MQ1141	SISTEMA TUBO HPS I/A PARA MEGATRON S3 UN SOLO USO REF G30116	UNIDAD	9,00	$ 85.500,00	$ 769.500,00	0,00	19,00

DETALLE

08-2025 CTO 044-2025 FACT FE45357
PRE-5246

SUBTOTAL:	$ 8.416.180,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 1.599.074,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 239.861,00
RETE ICA:	$ 34.843,00
RETE FUENTE:	$ 210.405,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 9.530.145,00

TOTAL COMPROBANTE:

NUEVE MILLONES QUINIENTOS TREINTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO 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]

COMPROBANTE ENTRADA

FACTURA DE VENTA

No. FE45357

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	14/08/25 08:33:46	12/11/25
NIT	**RESPONSABLE**	**TELEFONOS:**
900971006	Lmenolascina	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
GE-24353	KIT DE FACO 2.6- 2.75 30° (CAMARA ANT, SLEEVE.. 844059 31/10/27	12	384,000	875,520	4,608,000.00
GE-30116	SISTEMA SOLO USO HPS 1/A PARA MEGATRON 105874 28/02/28	9	85,500	146,205	769,500.00
GE-34026	CUCHILLETE CON MANGO DE 15º 240426 26/04/29	12	26,950	61,446	323,400.00
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	3	265,000	151,050	795,000.00
K20-3190	CANULA SIMCOE 23G 220902-001 01/11/27	2	267,000	101,460	534,000.00
ML-S001.	ML7 SLEEVES (ANGLED SEAL) 23S1140 03/07/28	10	45,100	85,690	451,000.00

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:
NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE TRM CON VEINTE CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSP ENGATIVA EL 05-08-2025

VALOR	8,416,180.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	1,599,074.20
RTFE	126,475.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**9,888,779.20**

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

CUFE: 545a189cc5504ac6b721e94c0a0c3642c15404cf289d5d623856ce445f9c30bf79f2748793657811af7bb8bc68b47bd3

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

	HOSPITAL DE ENGATIVÁ	
martes 05-08-2025	Casette	3 unidades
	Puntas de Faco 2.75mm	12 unidades
	Cuchilletes de 15º	2 cajas x6
	Estoquinetas	10 unidades
	Cuchilletes de 2.75mm	3 cajas x 6
	Cánulas simcoe	1 caja
	Cánulas de irrigación desechables	1 caja

Paola - Alexandra Simón Bolívar Osteosintesis Subrednoste
Hospital de Engativá

Necesitamos agregar para Engativá unos tubos para casette de irrigación/aspiración

Necesitaríamos 9 Lino por favor

OPIMEDCE-092643

Bogotá, 08 de agosto 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:

FECHA: 06/08/25 **PEDIDO NUMERO: PED-025837**

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	106442 30/12/29	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A)	B01	3	265,000	795,000	0.00	19.00
GE-24353	844059 31/10/27	KIT DE FACO 2.6- 2.75 30° (CAMARA...	B01	12	384,000	4,608,000	0.00	19.00
GE-34026	240426 26/04/29	CUCHILLETE CON MANGO DE 15°	B01	12	26,950	323,400	0.00	19.00
ML-S001.	23S1140 03/07/28	ML7 SLEEVES (ANGLED SEAL)	B01	10	45,100	451,000	0.00	19.00
GE-34096	250404 04/04/30	CUCHILLETE CON MANGO DE 2.75mm	B01	18	51,960	935,280	0.00	19.00
K20-3190	220902-001 01/11/27	CANULA SIMCOE 23G	B01	2	267,000	534,000	0.00	19.00
GE-30116	105874 28/02/28	SISTEMA SOLO USO HPS 1/A PARA...	B01	9	85,500	769,500	0.00	19.00

Observaciones:	Elaborado por:	Nombre Solicitante:		
CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSP ENGATIVA EL 05-08-2025	LMENOLASCINA 06/08/25 05:07:35 PM	PAOLA DAZA	VENTA	8,416,180.00
			DESCUENTO	0.00
			IVA	1,599,074.20
			TOTAL	10,015,254.20

OPIMED SAS

DES. 026029 LOT 12945969 FE 45357

Nota: En la brevedad posible realizaremos la Factura Electronica

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
NOMBRE BODEGA: ALGE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carlos Castillo
CARGO: Ma Farmacia
FECHA: 8-8-25 HORA: 5:00
FIRMA:

Cordialmente,

LINO MENOLASCINA
ATENCION AL CLIENTE
Cel. 3103850103

RECIBIDO CONFORME

OB 44683

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

Fecha Actual : viernes, 22 agosto 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020721

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565	**FECHA:**	22/08/2025 11:31 a. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CR 33 7 A 78		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3108454328		**TASA CAM:**		0,00
Nº FACTURA:	FE45376	**% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	21/08/2025 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
MQ1031	KIT DE FACO 2.6-2.75 30° (CAMARA ANT SLEEVE OFT)	KIT	6,00	$ 384.000,00	$ 2.304.000,00	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

DETALLE

08-2025 CTO044-2025 FACT FE45376

SUBTOTAL:	$ 2.475.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 470.250,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 70.538,00
RETE ICA:	$ 10.247,00
RETE FUENTE:	$ 61.875,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 2.802.590,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES OCHOCIENTOS DOS MIL QUINIENTOS NOVENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General
Recibido:

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45376

2119

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	21/08/25 09:18:42	19/11/25

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... 844123 31/10/27	6	384,000	437,760	2,304,000.00
GE-30116	SISTEMA SOLO USO HPS 1/A PARA MEGATRON 105874 28/02/28	2	85,500	32,490	171,000.00

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: 22-8-25 HORA:
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 OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA TRM CON CERO CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSP ENGATIVA EL 20-08-25

VALOR	2,475,000.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	470,250.00
RTFE	57,600.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**2,887,650.00**

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

CUFE: a887287107bcc64aa97293bb6d43a2f47735986a5a115216db7732a2aaf8f229345c0100f1ee521bb56f1169730db481

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

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

Fecha Actual : viernes, 22 agosto 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020722

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	22/08/2025 12:40 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE45378	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	21/08/2025 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
MQ1031	KIT DE FACO 2.6-2.75 30° (CAMARA ANT SLEEVE OFT)	KIT	3,00	$ 384.000,00	$ 1.152.000,00	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
MQ1140	SISTEMA TROCAR DE 23G UN SOLO PASO-OFTALMO	UNIDAD	5,00	$ 640.000,00	$ 3.200.000,00	0,00	19,00
MQ0921	CUCHILLETES CON MANGO 2MM	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
MQ0993	IMPLANTE OCULAR diferentes diametros de 14 mm a 20mm	UNIDAD	6,00	$ 220.500,00	$ 1.323.000,00	0,00	0,00
MQ0915	CONFORMADOR PEQUENO S(K8-6310)	UNIDAD	3,00	$ 220.500,00	$ 661.500,00	0,00	0,00
MQ0914	CONFORMADOR MEDIANO REF: K8-6140	UNIDAD	3,00	$ 220.500,00	$ 661.500,00	0,00	0,00
MQ1821	JERINGAS 20CC (OFT-para extraccion de silicon)	UNIDAD	2,00	$ 25.200,00	$ 50.400,00	0,00	19,00
MQ1337	LASER PROBE ILLUMINATE(sonda ocular)	UNIDAD	10,00	$ 665.000,00	$ 6.650.000,00	0,00	19,00

DETALLE

08-2025 CTO 044-2025 FACT FE45378

SUBTOTAL:	$ 27.431.990,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 4.709.338,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 706.401,00
RETE ICA:	$ 113.568,00
RETE FUENTE:	$ 685.800,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 30.635.559,00

TOTAL COMPROBANTE:

TREINTA MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

COMPROBANTE ENTRADA

Elaborado Por

Almacén General
Recibido:

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45378

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	21/08/25 14:51:02	19/11/25
NIT	**RESPONSABLE**	**TELEFONOS:**
900971006	Jacosta	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.. 844123 31/10/27	3	384,000	218,880	1,152,000.00
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-46311	SISTEMA TROCAR DE 23G UN SOLO PASO.. 857046 30/09/29	5	640,000	608,000	3,200,000.00
GE-46323	FIBRA OPTICA 23G WS 163232 20/05/30	10	522,359	992,482	5,223,590.00
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106405 30/12/29	1	265,000	50,350	265,000.00
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106442 30/12/29	1	265,000	50,350	265,000.00
K8-6160	EYE PLASTIC DE 16 MM 0 01/01/00	3	220,500	0	661,500.00
K8-6180-18MM	EYE PLASTIC DE 18MM 1987 31/12/30	3	220,500	0	661,500.00
K8-6310	CONFORMADOR PEQUEÑO 0 01/01/00	3	220,500	0	661,500.00
K8-6320-MEDIUM	CONFORMADOR MEDIANO 2141 02/04/30	3	220,500	0	661,500.00
ME-4617207V	JERINGA 20ML 25D07C8 01/04/30	2	25,200	9,576	50,400.00
OP-A807000	LASER PROBE 23GA FLEXIBLE ALCON ZEISS A5136 14/03/27	10	665,000	1,263,500	6,650,000.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
NOMBRE BODEGA: ALGE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carla Castillo
CARGO: Aux Farmacia
FECHA: 22-8-25 HORA: 9:10
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:
TREINTA Y DOS MILLONES SESENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO TRM CON SESENTA CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOPS SIMON BOLIVAR EL 20-08-25

VALOR	27,431,990.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	4,709,338.10
RTFE	79,672.50
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**32,061,655.60**

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

CUFE: 9bef7fec3a463c1b3a9fe74316536dad77c1398505c7a23ed9c5a2b80c3dcbe898848880516f2d46ad2f7b00beb3ef06

Bogotá: Calle 37 No. 61-93 Teléfono: 6226466. Fax: Ext. 102 Cel: 310-8454328.
Email: cartera@opimed.com - ventas@opimed.com - www.opimed.com

DB
45302

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

Fecha Actual : viernes, 29 agosto 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020933

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565	**FECHA:**	29/08/2025 03:30 p. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CR 33 7 A 78		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3108454328		**TASA CAM:**		0,00
Nº FACTURA:	FE45401	**% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	28/08/2025 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	6,00	$ 51.960,00	$ 311.760,00	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

08-2025 CTO 044-2025 FACT FE45401
REEM-FE45285

SUBTOTAL:	$ 841.760,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 159.934,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 23.990,00
RETE ICA:	$ 3.485,00
RETE FUENTE:	$ 21.044,00
OTRAS RETE:	$ 4.209,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 948.966,00

TOTAL COMPROBANTE:

NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén
Recibido:

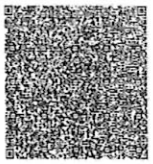
Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45401

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	28/08/25 16:34:59	26/11/25
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-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 HOSPITAL DE ENGATIVA EL 21-07-2025

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: 0a3f8fefa9772facba64fc4e664fe5e19a3744ad286f8eebbc27b755b4ecf32c74464e286b50fcf9f990c26be27453

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-45243

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020924

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	29/08/2025 10:22 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FEV45402	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	28/08/2025 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
MQ1783	MARCADOR VIOLETA APLANADO	UNIDAD	10,00	$ 21.000,00	$ 210.000,00	0,00	19,00

DETALLE

08-2025 CTO 044-2025 FACT FE5402
PRE-4461

SUBTOTAL:	$ 210.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 39.900,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 5.985,00
RETE ICA:	$ 869,00
RETE FUENTE:	$ 5.250,00
OTRAS RETE:	$ 1.050,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 236.746,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA
No. FE45402

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	28/08/25 16:41:42	26/11/25
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
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

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

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

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**

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

CUFE: 7fde2e634 9d570285 1de6b3b e6732e 7af8c5d5 1f85744b 8f54fca7e49389c7c9b34affad3c639f346e454e0e8

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

OC. 45300

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

Fecha Actual : viernes, 29 agosto 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020932

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565	**FECHA:**	29/08/2025 03:23 p. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CR 33 7 A 78		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3108454328		**TASA CAM:**		0,00
Nº FACTURA:	FE45403	**% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	28/08/2025 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	6,00	$ 384.000,00	$ 2.304.000,00	0,00	19,00
MQ0923	CUCHILLETES DE 2.75 MM	UNIDAD	6,00	$ 51.960,00	$ 311.760,00	0,00	19,00

DETALLE

08-2025 CTO 044-2025 FACT FE45403 ENGATIVA REEM-FE45287

SUBTOTAL:	$ 2.615.760,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 496.994,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 74.549,00
RETE ICA:	$ 10.829,00
RETE FUENTE:	$ 65.394,00
OTRAS RETE:	$ 13.079,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 2.948.903,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General
Recibido:

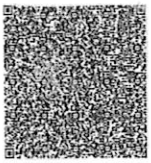
Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45403

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	28/08/25 16:47:44	26/11/25
NIT	**RESPONSABLE**	**TELEFONOS:**
900971006	Lmenolascina	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
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 HOSPITAL DE ENGATIVA EL 21-07-2025

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. 4ee053d85a50227fb201d8e3c1cb214441f69a7fbe6eb23b92b70030e37d6eedab7b77788641 9ca00dcfb48adf68a23f

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. OB = Fond.

Fecha Actual : viernes, 29 agosto 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020926

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	29/08/2025 10:51 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE45404	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	29/08/2025 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	1,00	$ 265.000,00	$ 265.000,00	0,00	19,00
MQ0921	CUCHILLETES CON MANGO 2MM	UNIDAD	12,00	$ 57.680,00	$ 692.160,00	0,00	19,00
MQ1406	KIT PARA FACO DE UN SOLO USO	UNIDAD	10,00	$ 384.000,00	$ 3.840.000,00	0,00	19,00
MQ1407	SISTEMA SOLO USO HPS1/A-OFTALMO	UNIDAD	4,00	$ 85.500,00	$ 342.000,00	0,00	19,00
MQ1407	SISTEMA SOLO USO HPS1/A-OFTALMO	UNIDAD	6,00	$ 85.500,00	$ 513.000,00	0,00	19,00

DETALLE

08-2025 CTO 044-2025 FACT FE45404

SUBTOTAL:	$ 5.652.160,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 1.073.910,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 161.087,00
RETE ICA:	$ 23.400,00
RETE FUENTE:	$ 141.304,00
OTRAS RETE:	$ 28.261,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 6.372.018,00

TOTAL COMPROBANTE:

SEIS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DIECIOCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General
Recibido:

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA
No. FE45404

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	29/08/25 08:17:07	27/11/25
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-30116	SISTEMA SOLO USO HPS 1/A PARA MEGATRON 105920 30/04/28	4	85,500	64,980	342,000.00
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-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106406 30/12/29	1	265,000	50,350	265,000.00
GE-30116	SISTEMA SOLO USO HPS 1/A PARA MEGATRON 105783 30/11/27	6	85,500	97,470	513,000.00

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

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

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**

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

CUFE: 2b4f9ab4c5eab7d9c495b0fde8ec78d60280203a31ba723cbd8c8cbfaccbfff45dbbd3be85d22665c1c1f9b5d5de819d

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