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	SEPTIEMBRE 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	SEPTIEMBRE 2025	Firma	

Bogotá, D.C. 05 de septiembre de 2025

SEÑORES

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

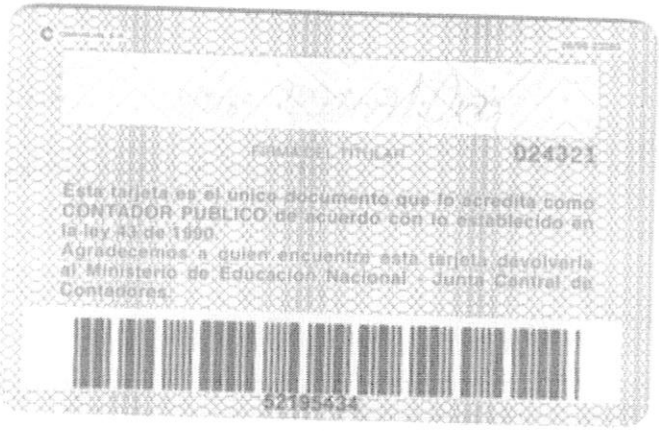
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES

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

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

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:	**7983043024**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/08/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1714875315

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 1.249.200
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 320.300
8002248088	230301	230301-PORVENIR	4	$ 1.404.000
		SUBTOTAL:	7	**$ 2.973.500**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 89.200
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	2	$ 310.100
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 57.300
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 64.100
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 128.200
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	2	$ 147.000
		SUBTOTAL:	8	**$ 795.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	7	$ 667.600
8909008426	CCF03	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	1	$ 128.200
		SUBTOTAL:	8	**$ 795.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	8	$ 645.800
		SUBTOTAL:	8	**$ 645.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 5.207.000**
VALOR MORA:	**$ 4.000**
TOTAL PAGADO:	**$ 5.211.000**

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

OB= prod

Fecha Actual : miércoles, 03 septiembre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020967

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	03/09/2025 03:29 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE45421	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	03/09/2025 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	14,00	$ 384.000,00	$ 5.376.000,00	0,00	19,00
MQ1141	SISTEMA TUBO HPS I/A PARA MEGATRON S3 UN SOLO USO REF G30116	UNIDAD	6,00	$ 85.500,00	$ 513.000,00	0,00	19,00
MQ0225	CUCHILLETE COM MANGO DE 15 MM	UNIDAD	18,00	$ 26.950,00	$ 485.100,00	0,00	19,00

DETALLE

09-2025 CTO 044-2025 FACT FE45421 ENGATIVA PRE-5428

SUBTOTAL:	$ 6.374.100,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 1.211.079,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 181.662,00
RETE ICA:	$ 26.389,00
RETE FUENTE:	$ 159.353,00
OTRAS RETE:	$ 31.871,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 7.185.904,00

TOTAL COMPROBANTE:

SIETE MILLONES CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General Recibido:

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45421

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	03/09/25 11:16:30	02/12/25
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	14	384,000	1,021,440	5,376,000.00
GE-30116	SISTEMA SOLO USO HPS 1/A PARA MEGATRON 105874 28/02/28	6	85,500	97,470	513,000.00
GE-34026	CUCHILLETE CON MANGO DE 15º 240426 26/04/29	18	26,950	92,169	485,100.00

Autorizacion 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:
SIETE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE
TRM CON CERO CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSP ENGATIVA EL 27-08-25

VALOR	6,374,100.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	1,211,079.00
RTFE	134,400.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**7,450,779.00**

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

CUFE: 5b442ab646d837bd04107a6760bd4c40029d3759db41814fd95006383e18c7f212f62e9b4fac45d0b074199f18547706

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-092653

Bogotá, 01 de septiembre de 2025

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

DES-026100 LOT13045919 FE45421

PEDIDO NUMERO: PED-025911

FECHA: 31/08/25

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 31/10/27**	KIT DE FACO 2.6- 2.75 30° (CAMARA...	B01	14	384,000	5,376,000	0.00	19.00
GE-30116	**105874 28/02/28**	SISTEMA SOLO USO HPS 1/A PARA...	B01	6	85,500	513,000	0.00	19.00
GE-34026	**240426 26/04/29**	CUCHILLETE CON MANGO DE 15°	B01	18	26,950	485,100	0.00	19.00

Observaciones:	Elaborado por:	Nombre Solicitante:		
CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSP ENGATIVA EL 27-08-25	LMENOLASCINA 01/09/25 06:22:10 AM	PAOLA DAZA	VENTA	6,374,100.00
			DESCUENTO	0.00
			IVA	1,211,079.00
			TOTAL	7,585,179.00

OPIMED SAS

Nota: En la brevedad posible realizaremos la Factura Electronica

Cordialmente,

OPIMED
NIT. 830.002.509-0

LINO MENOLASCINA
ATENCION AL CLIENTE
Cel. 3103850103

William Zapata
RECIBIDO CONFORME
01/09/25.

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

Fecha Actual : miércoles, 03 septiembre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020969

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565	**FECHA:**	03/09/2025 03:42 p. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CR 33 7 A 78		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3108454328		**TASA CAM:**		0,00
Nº FACTURA:	FE45422	**% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	03/09/2025 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	18,00	$ 51.960,00	$ 935.280,00	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
MQ0870	CASSETTE MEGATRON HPS INCLUIDO TUBO REF G60700	UNIDAD	3,00	$ 265.000,00	$ 795.000,00	0,00	19,00

DETALLE

09-2025 CTO 044-2025 FACT FE45422 SIMON PRE-5429

SUBTOTAL:	$ 9.710.280,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 1.844.953,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 276.743,00
RETE ICA:	$ 40.201,00
RETE FUENTE:	$ 242.757,00
OTRAS RETE:	$ 48.551,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 10.946.981,00

TOTAL COMPROBANTE:

DIEZ MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General Recibido:

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45422

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	03/09/25 11:43:24	02/12/25
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	18	51,960	177,703	935,280.00
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-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106483 28/02/30	3	265,000	151,050	795,000.00

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:
ONCE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y TRES TRM CON VEINTE CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSP SIMON BOLIVAR EL 27-08-25

VALOR	9,710,280.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	1,844,953.20
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**11,555,233.20**

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

CUFE: bf58b9fe7a7305cb065d7f7ca12d62ee611904626eb2e59647bde93be719974bfd260c859bfb985ab67df26c9e7baed4

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-092654

Bogotá, 01 de septiembre de 2025

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
ATTE. HOSPITAL 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: 31/08/25 **PEDIDO NUMERO: PED-025912**

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-34096	**250404 04/04/30**	CUCHILLETE CON MANGO DE 2.75mm	B01	18	51,960	935,280	0.00	19.00
GE-60700	**106483 28/02/30**	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A)	B01	3	265,000	795,000	0.00	19.00
GE-46302	**BBE036000 07/03/28**	PUNTA DE VITRECTOMIA 23G	B01	10	798,000	7,980,000	0.00	19.00

Observaciones:	Elaborado por:	Nombre Solicitante:		
CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSP SIMON BOLIVAR EL 27-08-25	LMENOLASCINA 01/09/25 06:32:49 AM	PAOLA DAZA	VENTA	9,710,280.00
			DESCUENTO	0.00
			IVA	1,844,953.20
			TOTAL	11,555,233.20

OPIMED SAS

DES-026101 LOT13045945 FE45422

Nota: En la brevedad posible realizaremos la Factura Electronica

Cordialmente,

OPIMED
NIT 830 022 565-0

LINO MENOLASCINA
ATENCION AL CLIENTE
Cel. 3103850103

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
NOMBRE BODEGA: 4166
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carlos Castillo
CARGO: Ac. Enfermero
FECHA: 1-9-25 HORA: 9:30
FIRMA:

RECIBIDO CONFORME

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020992

PROVEEDOR: OPIMED SAS **NIT:** 830062565 **FECHA:** 04/09/2025 02:49 p. m.

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

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

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

Nº FACTURA: FE45426 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 04/09/2025 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
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
MQ0225	CUCHILLETE COM MANGO DE 15 MM	UNIDAD	12,00	$ 26.950,00	$ 323.400,00	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

09-2025 CTO 044-2025 FACT FE45426 ENGATIVA

SUBTOTAL:	$ 4.575.900,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 869.421,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 130.413,00
RETE ICA:	$ 18.944,00
RETE FUENTE:	$ 114.398,00
OTRAS RETE:	$ 22.880,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 5.158.686,00

TOTAL COMPROBANTE:

CINCO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS 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. FE45426

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

2184

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	04/09/25 08:06:22	03/12/25
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	7	384,000	510,720	2,688,000.00
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-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106483 28/02/30	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: Ax. Farmaci
FECHA: 4-9-25 HORA: 10:40
FIRMA:

edud

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	4,575,900.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	869,421.00
RTFE	67,200.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**5,378,121.00**

SON:
CINCO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTIUN TRM CON CERO CVS M/CTE.

CONTRATO CS 044-2025 PEDIDO POR HOSP ENGATIVA EL 043-09-2025

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

CUFE: b2a830f227a15fbcfe79e60247ddbc3a3058f0b94ff2a4b854ad4fab26b7242f6eed106380f149e1fc8a6da21b8963c6

Bogotá: Calle 97 No. 81-93 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 : jueves, 04 septiembre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000020990

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565	**FECHA:**	04/09/2025 02:44 p. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CR 33 7 A 78		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3108454328		**TASA CAM:**		0,00
Nº FACTURA:	FE45427	**% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	04/09/2025 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	6,00	$ 51.960,00	$ 311.760,00	0,00	19,00
MQ0923	CUCHILLETES DE 2.75 MM	UNIDAD	6,00	$ 51.960,00	$ 311.760,00	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
MQ0870	CASSETTE MEGATRON HPS INCLUIDO TUBO REF G60700	UNIDAD	4,00	$ 265.000,00	$ 1.060.000,00	0,00	19,00
MQ1063	MICROESPONJA WECK CELL ESPONJA OFTALMICA	UNIDAD	144,00	$ 1.097,00	$ 157.968,00	0,00	0,00

DETALLE

09-2025 CTO 044-2025 FACT FE45427 SIMON B

SUBTOTAL:	$ 5.041.488,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 927.868,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 139.180,00
RETE ICA:	$ 20.872,00
RETE FUENTE:	$ 126.037,00
OTRAS RETE:	$ 25.207,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 5.658.060,00

TOTAL COMPROBANTE:

CINCO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SESENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General
Recibido:

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45427

2185

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	04/09/25 08:26:37	03/12/25
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
AN-71-2001	CUCHILLETE CON MANGO VITRECTOMIA DE 20 G DB23YYI 21/11/28	6	51,960	59,234	311,760.00
GE-34096	CUCHILLETE CON MANGO DE 2.75mm 250404 04/04/30	6	51,960	59,234	311,760.00
GE-46311	SISTEMA TROCAR DE 23G UN SOLO PASO 857046 30/09/29	5	640,000	608,000	3,200,000.00
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106483 28/02/30	4	265,000	201,400	1,060,000.00
MD-8680	WECK CEL POINTS STRIPS X 144 24B0426. 21/02/29	144	1,097	0	157,968.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
NOMBRE BODEGA: ALCE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carlos Castill
CARGO: Ax Farmaci
FECHA: 4-9-25 HORA: 10:40
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:
CINCO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS TRM CON OCHENTA CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSP SIMON BOLIVAR EL 03-09-25

VALOR	5,041,488.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	927,868.80
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**5,969,356.80**

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

CUFE: db1b8f942a0780f75a46a22e5e09e51704cff1142f8079974d0a1e79bac1620b945f5819907601f6e81cd6afb5ee781

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

OD = 50289

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

Fecha Actual : viernes, 12 septiembre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000021251

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565	**FECHA:**	12/09/2025 11:00 a. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CR 33 7 A 78		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3108454328		**TASA CAM:**		0,00
Nº FACTURA:	FE45453	**% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	11/09/2025 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	4,00	$ 265.000,00	$ 1.060.000,00	0,00	19,00

DETALLE

09-2025 CTO 044-2025 FACT FE45453 SIMON B

SUBTOTAL:	$ 2.006.920,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 381.315,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 57.197,00
RETE ICA:	$ 8.309,00
RETE FUENTE:	$ 50.173,00
OTRAS RETE:	$ 10.035,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 2.262.521,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS VEINTIUN 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. FE45453

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	11/09/25 08:58:12	10/12/25
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-34026	CUCHILLETE CON MANGO DE 15º 240517 17/05/29	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) 106483 28/02/30	4	265,000	201,400	1,060,000.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
NOMBRE BODEGA: ALGE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carlos Ostill
CARGO: Aux Sumad
FECHA: 11.9.25 HORA: 14:00
FIRMA:

dcto

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 TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO TRM CON OCHENTA CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSP SIMON BOLIVAR EL 10-09-2025

VALOR	2,006,920.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	381,314.80
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**2,388,234.80**

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

CUFE: 111b2da4a86ab3b43a4e4a641d636aa73cf74b886d42dc7af5f0430623b9b95a11c1484429d2e682fbffc71bc7292952

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= 50285

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

Fecha Actual : viernes, 12 septiembre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000021252

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	12/09/2025 11:05 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE45454	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	11/09/2025 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	3,00	$ 85.500,00	$ 256.500,00	0,00	19,00
MQ0225	CUCHILLETE COM MANGO DE 15 MM	UNIDAD	12,00	$ 26.950,00	$ 323.400,00	0,00	19,00
MQ0924	CUCHILLETES DE CRESCENT	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	4,00	$ 265.000,00	$ 1.060.000,00	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

DETALLE

09-2025 CTO 044-2025 FACT FE45454 ENGATIVA

SUBTOTAL:	$ 5.641.940,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 1.071.969,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 160.795,00
RETE ICA:	$ 23.358,00
RETE FUENTE:	$ 141.049,00
OTRAS RETE:	$ 28.210,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 6.360.497,00

TOTAL COMPROBANTE:

SEIS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS NOVENTA 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]

COMPROBANTE ENTRADA

FACTURA DE VENTA

No. FE45454

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:** 11/09/25 10:33:29	**VENCIMIENTO** 10/12/25
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-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-30116	SISTEMA SOLO USO HPS 1/A PARA MEGATRON 105874 28/02/28	3	85,500	48,735	256,500.00
GE-34026	CUCHILLETE CON MANGO DE 15º 240517 17/05/29	12	26,950	61,446	323,400.00
GE-34081	CUCHILLETE CON MANGO CRECENT 240607 07/06/29	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	1	265,000	50,350	265,000.00
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106442 30/12/29	3	265,000	151,050	795,000.00
ML-S001.	ML7 SLEEVES (ANGLED SEAL) 23S1140 03/07/28	10	45,100	85,690	451,000.00

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: 11-9-25 HORA: 11:00
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:

SEIS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL TREINTA Y TRES TRM CON SESENTA CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSP DE ENGATIVA EL 10-09-2025

VALOR	5,641,940.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	1,071,968.60
RTFE	68,875.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**6,645,033.60**

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

CUFE: 221ebc50bddc256b8c582c563a2f49546b32391fb637c9553caa40493852eca52a2262a41230b792561ba3136358601a

Bogotá: Calle 97 No. 61-93 Teléfono: 6228468. Fax: Ext. 102 Cel. 310-8454328.
Email: cartera@opimed.com - ventas@opimed.com - www.opimed.com

OB
S 0446

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

Fecha Actual : jueves, 18 septiembre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000021337

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	18/09/2025 04:08 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE45473	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	18/09/2025 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	6,00	$ 51.960,00	$ 311.760,00	0,00	19,00
MQ0271	FIBRA OPTICA WS 23G REF G 46323	UNIDAD	9,00	$ 522.359,00	$ 4.701.231,00	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
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
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
MQ0573	ACEITE DE SILICONA SILURON EXTRA*GE-80750	UNIDAD	5,00	$ 302.000,00	$ 1.510.000,00	0,00	0,00
MQ1337	LASER PROBE ILLUMINATE(sonda ocular)	UNIDAD	4,00	$ 665.000,00	$ 2.660.000,00	0,00	19,00

DETALLE

09-2025 CTO 044-2025 FACT FE45473 SIMON B

SUBTOTAL:	$ 12.340.391,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 2.057.774,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 308.666,00
RETE ICA:	$ 51.089,00
RETE FUENTE:	$ 308.510,00
OTRAS RETE:	$ 61.702,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	-$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 13.668.198,00

TOTAL COMPROBANTE:

TRECE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTO NOVENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General
Recibido:

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

Usuario: 52366705

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

COMPROBANTE ENTRADA

Elaborado Por **Aprobado Por**

FACTURA DE VENTA

No. FE45473

2325

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	18/09/25 08:43:35	17/12/25
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... 844123 31/10/27	1	384,000	72,960	384,000.00
GE-34026	CUCHILLETE CON MANGO DE 15° 240517 17/05/29	12	26,950	61,446	323,400.00
GE-34096	CUCHILLETE CON MANGO DE 2.75mm 250404 04/04/30	6	51,960	59,234	311,760.00
GE-46323	FIBRA OPTICA 23G WS 162429 11/05/30	9	522,359	893,233	4,701,231.00
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106483 28/02/30	2	265,000	100,700	530,000.00
GE-80750	SILURON EXTRA SILX10S040924 31/08/27	5	302,000	0	1,510,000.00
OP-A807000	LASER PROBE 23GA FLEXIBLE ALCON ZEISS A5136 14/03/27	4	665,000	505,400	2,660,000.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
NOMBRE BODEGA: ALGE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carlos Castillo
CARGO: AX. Farmacia
FECHA: 18-9-25 HORA: 10:30
FIRMA:

Dend

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	12,340,391.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	2,057,774.29
RTFE	57,600.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**14,340,565.29**

SON:
CATORCE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA MIL QUINIENTOS SESENTA Y CINCO TRM CON VEINTINUEVE CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSPITAL SIMON BOLIVAR EL 17-09-2025

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

CUFE: f30afa6753e0b5e736216ddde779b54916e0b403ca0bf129af893a29d8582b06d789ac83a9cfa2ecc2aef23c7d81f269
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= 50478

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

Fecha Actual : lunes, 22 septiembre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000021338

PROVEEDOR: OPIMED SAS **NIT:** 830062565 **FECHA:** 18/09/2025 04:16 p. m.

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

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

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

Nº FACTURA: FE45474 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 18/09/2025 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	12,00	$ 384.000,00	$ 4.608.000,00	0,00	19,00
MQ1141	SISTEMA TUBO HPS I/A PARA MEGATRON S3 UN SOLO USO REF G30116	UNIDAD	4,00	$ 85.500,00	$ 342.000,00	0,00	19,00
MQ0225	CUCHILLETE COM MANGO DE 15 MM	UNIDAD	6,00	$ 26.950,00	$ 161.700,00	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	1,00	$ 265.000,00	$ 265.000,00	0,00	19,00
MQ0915	CONFORMADOR PEQUENO S(K8-6310)	UNIDAD	2,00	$ 220.500,00	$ 441.000,00	0,00	0,00
MQ0914	CONFORMADOR MEDIANO REF: K8-6140	UNIDAD	2,00	$ 220.500,00	$ 441.000,00	0,00	0,00
MQ0913	CONFORMADOR GRANDE REF: K8-6330	UNIDAD	2,00	$ 220.500,00	$ 441.000,00	0,00	0,00
MQ0912	CONFORMADOR SEMITRIANGULAR	UNIDAD	5,00	$ 220.500,00	$ 1.102.500,00	0,00	0,00

DETALLE

09-2025 CTO 044-2025 FACT FE45474
NOTA CREDITO NCDEV-001752 POR $ 220.475

SUBTOTAL:	$ 8.425.720,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 1.140.042,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 171.006,00
RETE ICA:	$ 34.882,00
RETE FUENTE:	$ 210.643,00
OTRAS RETE:	$ 42.129,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 9.107.102,00

TOTAL COMPROBANTE:

NUEVE MILLONES CIENTO SIETE MIL CIENTO DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

COMPROBANTE ENTRADA

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45474

2324

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	18/09/25 09:16:10	17/12/25
NIT 900971006	**RESPONSABLE** Bmoreno	**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	12	384,000	875,520	4,608,000.00
GE-30116	SISTEMA SOLO USO HPS 1/A PARA MEGATRON 105874 28/02/28	4	85,500	64,980	342,000.00
GE-34026	CUCHILLETE CON MANGO DE 15º 240517 17/05/29	6	26,950	30,723	161,700.00
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) 106483 28/02/30	1	265,000	50,350	265,000.00
GU-G23-4000-12	CONFORMADOR SEMITRIANGULAR 100224-887 30/12/30	5	220,500	209,475	1,102,500.00
K8-6310	CONFORMADOR PEQUEÑO 1883 14/01/30	2	220,500	0	441,000.00
K8-6320	CONFORMADOR MEDIANO 2141 02/04/30	2	220,500	0	441,000.00
K8-6330-LARGE	CONFORMADOR GRANDE 1364 30/03/28	2	220,500	0	441,000.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.
NOMBRE BODEGA: ALGE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carlo Castillo
CARGO: Ap Farmacia
FECHA: 18-9-25 HORA: 10:30
FIRMA:

odem

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	8,425,720.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	1,349,516.80
RTFE	126,225.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**9,649,011.80**

SON:
NUEVE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL ONCE TRM CON OCHENTA CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSPITAL DE ENGATIVA EL 17-09-2025

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

CUFE: eed5d6c0ed77b98c8d56c9b02dad4b4a7c1c2c3e63a32d0956c8a99bb36ce472ee68f8d424fdc0a2d83b42d50aa8fdd3

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

CXC. 050

OPIMED SAS
830.062.565-6

NOTA CREDITO

NIT: 900971006
CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
DIRECCION: CL 66 15 41
TELEFONO: 4431790
DESCRIPCION: MAYOR VALOR FACTURADO IVA

NC N. DEV-001752
FECHA: 22/09/2025

TIPO DOC	FACTURA	VALOR	VALOR NETO
010	FE45474	$209,475	$209,475

TOTAL: $209,475

ELABORO	REVISO	AUDITO
AARANGO		
ASISTENTE	CONTADOR	REVISORIA FISCAL

CUDE: 58644137cc5a26fb5bcfb2ae06dbc39670606ef5e3208751d49d079f307eefe5ad0f8a794d2f718fe9c3a356b8e14a18

OB = 80543

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

Fecha Actual : martes, 23 septiembre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000021415

PROVEEDOR: OPIMED SAS **NIT:** 830062565 **FECHA:** 23/09/2025 04:01 p. m.

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

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

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

Nº FACTURA: FE45485 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 23/09/2025 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
MQ0271	FIBRA OPTICA WS 23G REF G 46323	UNIDAD	2,00	$ 522.359,00	$ 1.044.718,00	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
MQ0573	ACEITE DE SILICONA SILURON EXTRA*GE-80750	UNIDAD	2,00	$ 302.000,00	$ 604.000,00	0,00	0,00
MQ1337	LASER PROBE ILLUMINATE(sonda ocular)	UNIDAD	4,00	$ 665.000,00	$ 2.660.000,00	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

DETALLE

09-2025 CTO 0445-2025 FACT FE45485

SUBTOTAL:	$ 8.545.436,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 1.508.872,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 226.331,00
RETE ICA:	$ 35.378,00
RETE FUENTE:	$ 213.636,00
OTRAS RETE:	$ 42.727,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 9.536.236,00

TOTAL COMPROBANTE:

NUEVE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Recibido General

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45485

#2358

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	23/09/25 10:15:54	22/12/25
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
GE-46302	PUNTA DE VITRECTOMIA 23G 6000 CORTES X 6 CBE096000 21/04/28 2015EBC-0013911	4	798,000	606,480	3,192,000.00
GE-46323	FIBRA OPTICA 23G WS 162429 11/05/30	2	522,359	198,496	1,044,718.00
GE-46323	FIBRA OPTICA 23G WS 2015EBC-0013411 163232 20/05/30	2	522,359	198,496	1,044,718.00
GE-80750	SILURON EXTRA 20240M-0029785 SilX10S040924 31/08/27	2	302,000	0	604,000.00
OP-A807000	LASER PROBE 23GA FLEXIBLE ALCON ZEISS A5136 @ 14/03/27 RS:20200M-002171.	4	665,000	505,400	2,660,000.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Fabyfernanda Mey
NOMBRE QUIEN RECIBE: ALMA GNR
CARGO: TRF
FECHA: _____ HORA: 23 Sept/25
FIRMA: 01 05 YM

CIF T 18,5°C H 65%

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	8,545,436.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	1,508,872.84
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**10,054,308.84**

SON:
DIEZ MILLONES CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS OCHO TRM CON OCHENTA Y CUATRO CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR EL 22-09-2025

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

CUFE: cc4fc5addd31ab0ac4226a7bd8a8bba2b06a2f660871b5bbd970899dac309c1bcfdddf216a91bafac2d4330d12cc22b9

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=50739

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

Fecha Actual : jueves, 25 septiembre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000021481

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	25/09/2025 02:05 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE45487	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	24/09/2025 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

DETALLE

09-2025 CTO 044-2025 FACT FE45487 SIMON

SUBTOTAL:	$ 946.920,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 179.915,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 26.987,00
RETE ICA:	$ 3.920,00
RETE FUENTE:	$ 23.673,00
OTRAS RETE:	$ 4.735,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 1.067.520,00

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON SESENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General
Recibido:

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45487

2401

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:	FECHA:	VENCIMIENTO
CL 66 15 41	24/09/25 16:10:40	23/12/25

NIT	RESPONSABLE	TELEFONOS:
900971006	Bmoreno	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-34026	CUCHILLETE CON MANGO DE 15º 240517 17/05/29	12	26,950	61,446	323,400.00
GE-34096	CUCHILLETE CON MANGO DE 2.75mm 240404 04/04/30	12	51,960	118,468	623,520.00

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: 25-9-25 HORA: 11:20
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:
UN MILLON CIENTO VEINTISEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CUATRO TRM CON OCHENTA CVS M/CTE.

CONTRATO BYS 044-2025 PEDIDO POR EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR EL 24-09-2025

VALOR	946,920.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	179,914.80
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**1,126,834.80**

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

CUFE: 61425fb3baffbf3de84348a994c209ba1253483a2089a69443bfc560a0d5efb58a64b7e5568723fefb525b740c72792f

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 = 50738

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

Fecha Actual : jueves, 25 septiembre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000021480

PROVEEDOR: OPIMED SAS **NIT:** 830062565 **FECHA:** 25/09/2025 01:49 p. m.

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

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

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

N° FACTURA: FE45488 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 25/09/2025 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	10,00	$ 384.000,00	$ 3.840.000,00	0,00	19,00
MQ1141	SISTEMA TUBO HPS I/A PARA MEGATRON S3 UN SOLO USO REF G30116	UNIDAD	8,00	$ 85.500,00	$ 684.000,00	0,00	19,00
MQ1141	SISTEMA TUBO HPS I/A PARA MEGATRON S3 UN SOLO USO REF G30116	UNIDAD	1,00	$ 85.500,00	$ 85.500,00	0,00	19,00
MQ0225	CUCHILLETE COM MANGO DE 15 MM	UNIDAD	6,00	$ 26.950,00	$ 161.700,00	0,00	19,00
MQ0923	CUCHILLETES DE 2.75 MM	UNIDAD	12,00	$ 51.960,00	$ 623.520,00	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

09-2025 CTO 044-2025 FACT FE45488 ENGATIVA

SUBTOTAL:	$ 6.296.720,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 1.196.377,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 179.457,00
RETE ICA:	$ 26.068,00
RETE FUENTE:	$ 157.418,00
OTRAS RETE:	$ 31.484,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 7.098.670,00

TOTAL COMPROBANTE:

SIETE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA 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. FE45488

2402

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	25/09/25 07:38:19	24/12/25
NIT	**RESPONSABLE**	**TELEFONOS:**
900971006	Aquintero	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	10	384,000	729,600	3,840,000.00
GE-30116	SISTEMA SOLO USO HPS 1/A PARA MEGATRON 105874 28/02/28	8	85,500	129,960	684,000.00
GE-34026	CUCHILLETE CON MANGO DE 15º 240517 17/05/29	6	26,950	30,723	161,700.00
GE-34096	CUCHILLETE CON MANGO DE 2.75mm 240404 04/04/30	12	51,960	118,468	623,520.00
ML-S001.	ML7 SLEEVES (ANGLED SEAL) 23S1140 03/07/28	20	45,100	171,380	902,000.00
GE-30116	SISTEMA SOLO USO HPS 1/A PARA MEGATRON 105920 30/04/28	1	85,500	16,245	85,500.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
NOMBRE BODEGA: ALGE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carlos Castillo
CARGO: Farmacia
FECHA: 25-9-25 HORA: 11:20
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:
SIETE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS TRM CON OCHENTA CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS-044-2025 PEDIDO POR HOSP ENGATIVA EL 24-09-2025

VALOR	6,296,720.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	1,196,376.80
RTFE	118,550.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**7,374,546.80**

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

CUFE: 6c44e703f7a75e3d25541b3495ad085f5745ba11c2124e8d6f68f6799712f0c6c774525a35b9d572d7c98d723e63045b

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