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	OCTUBRE 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	OCTUBRE 2025	Firma	

Bogotá, D.C. 31 de octubre de 2025

SEÑORES

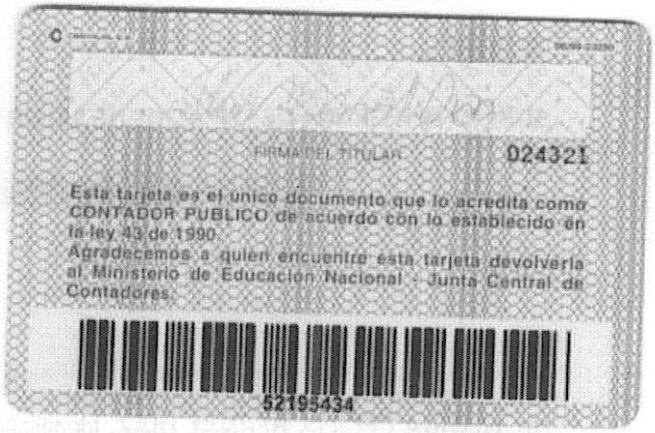
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES

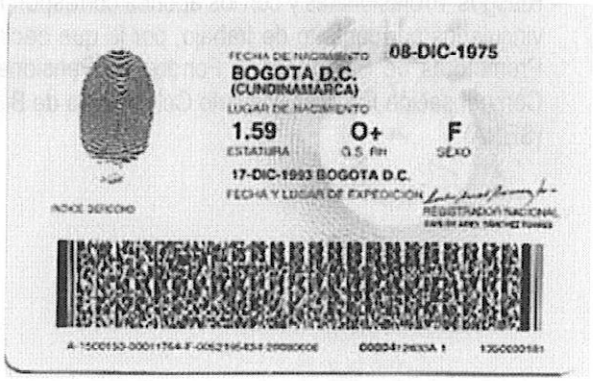
Yo, **GLORIA CECILIA BERNAL DIAZ,** Identificado con la Cédula de Ciudadanía No. **52.195.434** expedida en Bogotá, D.C., en mi condición de Revisora Fiscal de la Empresa **OPIMED SAS** con NIT No.**830062565-6**, en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia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

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

DAVIVIENDA

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:	**7986944499**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:		AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/10/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1853201268

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	$ 320.000
8002248088	230301	230301-PORVENIR	5	$ 1.713.200
		SUBTOTAL:	8	**$ 2.801.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	2	$ 204.400
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	2	$ 169.100
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	$ 125.600
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	2	$ 146.900
		SUBTOTAL:	9	**$ 767.200**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	8	$ 641.600
8909008426	CCF03	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	1	$ 125.600
		SUBTOTAL:	9	**$ 767.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	9	$ 538.400
		SUBTOTAL:	9	**$ 538.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 4.874.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 4.874.000**

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

Fecha Actual : lunes, 06 octubre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000021786

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	06/10/2025 10:20 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE45511	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	03/10/2025 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	5,00	$ 51.960,00	$ 259.800,00	0,00	19,00
MQ1107	PUNTA DE VITRECTOMIA 23G 6000 REF G 46302	UNIDAD	5,00	$ 798.000,00	$ 3.990.000,00	0,00	19,00
MQ1140	SISTEMA TROCAR DE 23G UN SOLO PASO-OFTALMO	UNIDAD	4,00	$ 640.000,00	$ 2.560.000,00	0,00	19,00
MQ0271	FIBRA OPTICA WS 23G REF G 46323	UNIDAD	4,00	$ 522.359,00	$ 2.089.436,00	0,00	19,00
MQ1337	LASER PROBE ILLUMINATE(sonda ocular)	UNIDAD	4,00	$ 665.000,00	$ 2.660.000,00	0,00	19,00

DETALLE

10-2025 CTO 044-2025 FACT FE45511 SIMON B

SUBTOTAL:	$ 11.882.636,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 2.257.701,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 338.655,00
RETE ICA:	$ 49.194,00
RETE FUENTE:	$ 297.066,00
OTRAS RETE:	$ 59.413,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 13.396.009,00

TOTAL COMPROBANTE:

TRECE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General

Elaborado Por

Aprobado Por

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

Usuario: 52366705

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

FACTURA DE VENTA

No. FE45511

2472

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	03/10/25 11:29:30	01/01/26
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	5	51,960	49,362	259,800.00
GE-46302	PUNTA DE VITRECTOMIA 23G 6000 CORTES X 6 CBE096000 21/04/28	5	798,000	758,100	3,990,000.00
GE-46311	SISTEMA TROCAR DE 23G UN SOLO PASO 859252 29/01/30	4	640,000	486,400	2,560,000.00
GE-46323	FIBRA OPTICA 23G WS 163232 20/05/30	4	522,359	396,992	2,089,436.00
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: Auxiliar Facturación
FECHA: 3-10-25 HORA: 14:00
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

VALOR	11,882,636.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	2,257,700.84
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**14,140,336.84**

SON:
CATORCE MILLONES CIENTO CUARENTA MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS TRM CON OCHENTA Y CUATRO CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR EL 03-10-2025

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

CUFE: bd49f33a8f36230ebb0bda94615f1524b5029e1b4ea2ce43f826bab4c1e78c212870107f3a9ac3061b14676d6c7e978a

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= Pend

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000021784

PROVEEDOR:	OPIMED SAS		**NIT:** 830062565	**FECHA:**	06/10/2025 09:37 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE45512	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	03/10/2025 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
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

10-2025 CTO 044-2025 FACT FE45512

SUBTOTAL:	$ 3.634.920,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 690.635,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 103.595,00
RETE ICA:	$ 15.049,00
RETE FUENTE:	$ 90.873,00
OTRAS RETE:	$ 18.175,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 4.097.863,00

TOTAL COMPROBANTE:

CUATRO MILLONES NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General
Recibido:

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45512

2473

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	03/10/25 11:40:07	01/01/26
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-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

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

NOMBRE BODEGA: ALGE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carlos Ostillo
CARGO: Aux Farmacia
FECHA: 3-10-25 HORA: 14:00
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

VALOR	3,634,920.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	690,634.80
RTFE	67,200.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**4,258,354.80**

SON:

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

CONTRATO CS 044-2025 PEDIDO POR EL HOSPITAL DE ENGATIVA EL 03-10-2025

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

CUFE: e3a6479db8fe37cd9794e306ad28e521c6edd9ee2b32b6cca0e4ba2b31b16c8cbc545413512b14a182523be1925ccf4d

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 – 5603

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

Fecha Actual : viernes, 17 octubre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000022006

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	17/10/2025 03:38 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	DFE45544	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	16/10/2025 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	24,00	$ 26.950,00	$ 646.800,00	0,00	19,00
MQ0921	CUCHILLETES CON MANGO 2MM	UNIDAD	18,00	$ 51.960,00	$ 935.280,00	0,00	19,00

DETALLE

10-2025 CTO 044-2025 FACT FE45544 ENGATIVA REEM-21991

SUBTOTAL:	$ 1.966.080,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 373.555,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 56.033,00
RETE ICA:	$ 8.140,00
RETE FUENTE:	$ 49.152,00
OTRAS RETE:	$ 9.830,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 2.216.480,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES DOSCIENTOS DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General
Recibido:

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45544

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	16/10/25 08:24:33	14/01/26
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	1	384,000	72,960	384,000.00
GE-34026	CUCHILLETE CON MANGO DE 15º 240517 17/05/29	24	26,950	122,892	646,800.00
GE-34081	CUCHILLETE CON MANGO CRECENT 240607 07/06/29	18	51,960	177,703	935,280.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
NOMBRE BODEGA: ALGE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carlos Castillo
CARGO: Auxiliar
FECHA: 17-10-25 HORA: 12:30
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 TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO TRM CON VEINTE CVS M/CTE.

CONTRATO BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSPITAL DE ENGATIVA EL 15-10-2025

VALOR	1,966,080.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	373,555.20
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**2,339,635.20**

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

...342f9e42ce...1fe50943392cc92e5

... Bogotá: Calle ... Teléfono: ... Ext. 102. Cel. 310-8454328.

OB-56061

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

Fecha Actual : viernes, 17 octubre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000021995

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565	**FECHA:**	17/10/2025 02:37 p. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CR 33 7 A 78		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3108454328		**TASA CAM:**		0,00
Nº FACTURA:	FE45546	**% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	16/10/2025 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	6,00	$ 26.950,00	$ 161.700,00	0,00	19,00
MQ0921	CUCHILLETES CON MANGO 2MM	UNIDAD	6,00	$ 51.960,00	$ 311.760,00	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
MQ1140	SISTEMA TROCAR DE 23G UN SOLO PASO-OFTALMO	UNIDAD	5,00	$ 640.000,00	$ 3.200.000,00	0,00	19,00
MQ1337	LASER PROBE ILLUMINATE(sonda ocular)	UNIDAD	2,00	$ 665.000,00	$ 1.330.000,00	0,00	19,00

DETALLE

10-2025 CTO 044-2025 FACT FE45546 SIMON B

SUBTOTAL:	$ 6.599.460,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 1.253.897,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 188.085,00
RETE ICA:	$ 27.322,00
RETE FUENTE:	$ 164.987,00
OTRAS RETE:	$ 32.997,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 7.439.966,00

TOTAL COMPROBANTE:

SIETE MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45546

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	16/10/25 08:40:01	14/01/26
NIT 900971006	**RESPONSABLE** Bmoreno	**TELEFONOS:** 4431790 3164277185
VENDEDOR 000 OFICINA	**CONDICIONES DE PAGO** 90	**ORDEN DE COMPRA** 0

ITEM	DESCRIPCION LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
GE-34026	CUCHILLETE CON MANGO DE 15º 240517 17/05/29	6	26,950	30,723	161,700.00
GE-34081	CUCHILLETE CON MANGO CRECENT 240607 07/06/29	6	51,960	59,234	311,760.00
GE-46302	PUNTA DE VITRECTOMIA 23G 6000 CORTES X 6 CBE096000 21/04/28	2	798,000	303,240	1,596,000.00
GE-46311	SISTEMA TROCAR DE 23G UN SOLO PASO 859252 29/01/30	5	640,000	608,000	3,200,000.00
OP-A807000	LASER PROBE 23GA FLEXIBLE ALCON ZEISS A5136 14/03/27	2	665,000	252,700	1,330,000.00

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: 17-10-25 HORA: 12:30
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 OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE TRM CON CUARENTA CVS M/CTE.

VALOR	6,599,460.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	1,253,897.40
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**7,853,357.40**

CONTRATO CS EYS 044-2025 PEDIDO POR EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR EL 16-10 2025

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. 013 = 56119

Fecha Actual : lunes, 20 octubre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000022033

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565	**FECHA:**	20/10/2025 06:07 p. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CR 33 7 A 78		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3108454328		**TASA CAM:**		0,00
Nº FACTURA:	FE45547	**% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	20/10/2025 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
MQ1503	CUCHILLETE COM MANGO DE 2.2 -2.4 MM	UNIDAD	18,00	$ 57.680,00	$ 1.038.240,00	0,00	19,00

DETALLE

10-2025 CTO 044-2025 FACT FE45547 ENGATIVA PRE-5761

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON CIENTO SETENTA MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

SUBTOTAL:	$ 1.038.240,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 197.266,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 29.590,00
RETE ICA:	$ 4.298,00
RETE FUENTE:	$ 25.956,00
OTRAS RETE:	$ 5.191,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 1.170.471,00

Elaborado Por

Aprobado Por

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

Usuario: 52366705

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

FACTURA DE VENTA

No. FE45547

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	20/10/25 16:19:53	18/01/26
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-34094	CUCHILLETE CON MANGO DE 2.4mm 240607 07/06/29	18	57,680	197,265	1,038,240.00

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 DOSCIENTOS NUEVE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE TRM CON SESENTA CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSP DE ENGATIVA EL 16-10-25

VALOR	1,038,240.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	197,265.60
RTFE	25,956.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**1,209,549.60**

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

CUFE: f0259b0524b22ffc87e3ab6338472a7ddd87a105f39df44f0355fbdca08577bf5fc3d321340980597e8b8518f17b5706

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= 56320

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

Fecha Actual : lunes, 27 octubre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000022163

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565	**FECHA:**	27/10/2025 07:27 a. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CR 33 7 A 78		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3108454328		**TASA CAM:**		0,00
Nº FACTURA:	FE45566	**% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	24/10/2025 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
MQ0924	CUCHILLETES DE CRESCENT	UNIDAD	12,00	$ 51.960,00	$ 623.520,00	0,00	19,00
MQ0915	CONFORMADOR PEQUENO S(K8-6310)	UNIDAD	4,00	$ 220.500,00	$ 882.000,00	0,00	0,00
MQ0914	CONFORMADOR MEDIANO REF: K8-6140	UNIDAD	4,00	$ 220.500,00	$ 882.000,00	0,00	0,00

DETALLE

10-2025 CTO 044-2025 FACT FE45566 ENGATIVA

SUBTOTAL:	$ 2.710.920,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 179.915,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 26.987,00
RETE ICA:	$ 11.223,00
RETE FUENTE:	$ 67.773,00
OTRAS RETE:	$ 13.555,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 2.771.297,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45566

2689

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

OPIMED

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

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

11001 **BOGOTA**

DIRECCION:	FECHA:	VENCIMIENTO
CL 66 15 41	24/10/25 11:38:18	22/01/26
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-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
K8-6310	CONFORMADOR PEQUEÑO 0 01/01/00	4	220,500	0	882,000.00
K8-6320	CONFORMADOR MEDIANO 0 01/01/00	2	220,500	0	441,000.00
K8-6320-MEDIUM	CONFORMADOR MEDIANO 2141 02/04/30	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: Carlos Carrillo
CARGO: Jefe Farmacia
FECHA: 24-10-25 HORA: 15:30
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

VALOR	2,710,920.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	179,914.80
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**2,890,834.80**

SON:
DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CUATRO TRM CON OCHENTA CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSPITAL DE ENGATIVA EL 24-10-2025

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

CUFE: d25bf6d8f2179da2c64580327a87e7a443db03b7a6c72679563812e6803cd985ba0be8d48cbd24a58944590650a70416

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

OP=5632

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

Fecha Actual : lunes, 27 octubre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000022164

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565	**FECHA:**	27/10/2025 07:35 a. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CR 33 7 A 78		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3108454328		**TASA CAM:**		0,00
Nº FACTURA:	FE45567	**% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	24/10/2025 12:00 a. m.	
ALMACEN:	**ALGE**	**ALMACEN GENERAL**			

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

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MQ0225	CUCHILLETE COM MANGO DE 15 MM	UNIDAD	18,00	$ 26.950,00	$ 485.100,00	0,00	19,00
MQ0921	CUCHILLETES CON MANGO 2MM	UNIDAD	18,00	$ 51.960,00	$ 935.280,00	0,00	19,00
MQ1107	PUNTA DE VITRECTOMIA 23G 6000 REF G 46302	UNIDAD	5,00	$ 798.000,00	$ 3.990.000,00	0,00	19,00
MQ1140	SISTEMA TROCAR DE 23G UN SOLO PASO-OFTALMO	UNIDAD	4,00	$ 640.000,00	$ 2.560.000,00	0,00	19,00
MQ0271	FIBRA OPTICA WS 23G REF G 46323	UNIDAD	4,00	$ 522.359,00	$ 2.089.436,00	0,00	19,00
MQ1783	MARCADOR VIOLETA APLANADO	UNIDAD	20,00	$ 21.000,00	$ 420.000,00	0,00	19,00
MQ1337	LASER PROBE ILLUMINATE(sonda ocular)	UNIDAD	4,00	$ 665.000,00	$ 2.660.000,00	0,00	19,00

DETALLE

10-2025 CTO 044-2025 FACT FE45567 SIMON B

SUBTOTAL:	$ 13.139.816,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 2.496.565,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 374.485,00
RETE ICA:	$ 54.399,00
RETE FUENTE:	$ 328.495,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 14.879.002,00

TOTAL COMPROBANTE:

CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45567

2690

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

OPIMED

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

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

DIRECCION:	FECHA:	VENCIMIENTO
CL 66 15 41	24/10/25 12:07:09	22/01/26
NIT 900971006	**RESPONSABLE** Jacosta	**TELEFONOS:** 4431790 3164277189
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	18	26,950	92,169	485,100.00
GE-34081	CUCHILLETE CON MANGO CRECENT 240607 07/06/29	18	51,960	177,703	935,280.00
GE-46302	PUNTA DE VITRECTOMIA 23G 6000 CORTES X 6 CBE096000 21/04/28	5	798,000	758,100	3,990,000.00
GE-46311	SISTEMA TROCAR DE 23G UN SOLO PASO 859252 29/01/30	4	640,000	486,400	2,560,000.00
GE-46323	FIBRA OPTICA 23G WS 163232 20/05/30	4	522,359	396,992	2,089,436.00
K20-4500	MARCADOR PUNTA FINA 1124200FQ 31/01/28	20	21,000	79,800	420,000.00
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: Carla Castillo
CARGO: Ap Farmacia
FECHA: 24-10-25 HORA: 15:30
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:
QUINCE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y UN TRM CON CUATRO CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSPITAL SIMON BOLIVAR EL 22-10-25

VALOR	13,139,816.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	2,496,565.04
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**15,636,381.04**

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

CUFE: ba4d67fe8c21fada650951e938836d69de7f956ee1ae290daa6fc376119fe6d3f53b4014047851092ce584789806b482

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-56322

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

Fecha Actual : lunes, 27 octubre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000022165

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	27/10/2025 07:44 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE45569	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	24/10/2025 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
MQ1503	CUCHILLETE COM MANGO DE 2.2 -2.4 MM	UNIDAD	24,00	$ 57.680,00	$ 1.384.320,00	0,00	19,00

DETALLE

10-2025 CTO 044-2025 FACT FE45569 ENGATIVA

SUBTOTAL:	$ 1.384.320,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 263.021,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 39.453,00
RETE ICA:	$ 5.731,00
RETE FUENTE:	$ 34.608,00
OTRAS RETE:	$ 6.922,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 1.560.627,00

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON QUINIENTOS SESENTA MIL SEISCIENTOS VEINTISIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45569

2691

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

OPIMED

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

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

DIRECCION:	FECHA:	VENCIMIENTO
CL 66 15 41	24/10/25 14:31:49	22/01/26
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-34094	CUCHILLETE CON MANGO DE 2.4mm 240607 07/06/29	24	57,680	263,020	1,384,320.00

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: 24-10-25 HORA: 15:30
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 SEISCIENTOS DOCE MIL SETECIENTOS TREINTA Y DOS TRM CON OCHENTA CVS M/CTE.

CS BYS 044-2025 PEDIDO POR HOSPITAL DE ENGATIVA EL 22-10-25

VALOR	1,384,320.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	263,020.80
RTFE	34,608.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**1,612,732.80**

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

CUFE: efb180b1455e2beb45e48bc2b8a7a58d7f46239c4199fa27fb3bde56a5739a72913e6a70dc700b6132d40d1f79816de5

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.

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000022317

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565	**FECHA:**	31/10/2025 02:02 p. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CR 33 7 A 78		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3108454328		**TASA CAM:**		0,00
Nº FACTURA:	FE45595	**% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	30/10/2025 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	1,00	$ 265.000,00	$ 265.000,00	0,00	19,00

DETALLE

10-2025 CTO 044-2025 FACT FE45595
PRE-5907

SUBTOTAL:	$ 576.760,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 109.584,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 16.438,00
RETE ICA:	$ 2.388,00
RETE FUENTE:	$ 14.419,00
OTRAS RETE:	$ 2.884,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 650.215,00

TOTAL COMPROBANTE:

SEISCIENTOS CINCUENTA MIL DOSCIENTOS QUINCE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General
Recibido

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45595

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	30/10/25 17:48:44	28/01/26
NIT	**RESPONSABLE**	**TELEFONOS:**
900971006	Bmoreno	4431790 3164277185
VENDEDOR	**CONDICIONES DE PAGO**	**ORDEN DE COMPRA**
001 0	90	CS BYS 044-2025

ITEM	DESCRIPCION LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
GE-34096	CUCHILLETE CON MANGO DE 2.75mm 250717 17/07/30	6	51,960	59,234	311,760.00
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106521 30/04/30	1	265,000	50,350	265,000.00

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

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

FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

SON:
SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO TRM CON CUARENTA CVS M/CTE.

AMPARADOS BAJO EL CONTRATO CS- BYS 044-2025 ENTREGADO AL HOSPITAL SIMON BOLIVAR EL 28-10-2025

VALOR	576,760.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	109,584.40
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**686,344.40**

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

CUFE: 990e9603e9ff1ae1559559b54c782e0926f40632c46f49b827059d121ad95150627bc04b769dc76b6b85df92bef40c7c

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.

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000022306

PROVEEDOR: OPIMED SAS **NIT:** 830062565 **FECHA:** 31/10/2025 08:52 a. m.

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

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

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

Nº FACTURA: FE45598 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 30/10/2025 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
MQ0225	CUCHILLETE COM MANGO DE 15 MM	UNIDAD	12,00	$ 26.950,00	$ 323.400,00	0,00	19,00
MQ0921	CUCHILLETES CON MANGO 2MM	UNIDAD	12,00	$ 51.960,00	$ 623.520,00	0,00	19,00
MQ0924	CUCHILLETES DE CRESCENT	UNIDAD	6,00	$ 51.960,00	$ 311.760,00	0,00	19,00
MQ1787	PUNTA DE VITRECTOMIA 20G REF G 42001	UNIDAD	3,00	$ 795.000,00	$ 2.385.000,00	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
MQ0271	FIBRA OPTICA WS 23G REF G 46323	UNIDAD	10,00	$ 522.359,00	$ 5.223.590,00	0,00	19,00
MQ0870	CASSETTE MEGATRON HPS INCLUIDO TUBO REF G60700	UNIDAD	3,00	$ 265.000,00	$ 795.000,00	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

10-2025 CTO 044-2025 FACT FE45598

SUBTOTAL:	$ 25.444.270,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 4.834.411,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 725.162,00
RETE ICA:	$ 105.339,00
RETE FUENTE:	$ 636.107,00
OTRAS RETE:	$ 127.221,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 28.684.852,00

TOTAL COMPROBANTE:

VEINTIOCHO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General
Recibido:

COMPROBANTE ENTRADA

Elaborado Por **Aprobado Por**

FACTURA DE VENTA

No. FE45598

2722

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	30/10/25 13:56:25	28/01/26
NIT	**RESPONSABLE**	**TELEFONOS:**
900971006	Lmenolascina	4431790 3164277185
VENDEDOR	**CONDICIONES DE PAGO**	**ORDEN DE COMPRA**
000 OFICINA	90	CS 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-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 250717 17/07/30	12	51,960	118,468	623,520.00
GE-34181	CUCHILLETE MVR 1.2 MM 240426 26/04/29	6	51,960	59,234	311,760.00
GE-42001	PUNTA DE VITRECTOMIA 20G BBE226000 21/03/28	3	795,000	453,150	2,385,000.00
GE-46302	PUNTA DE VITRECTOMIA 23G 6000 CORTES X 6 BBE266000 21/03/28	6	798,000	909,720	4,788,000.00
GE-46302	PUNTA DE VITRECTOMIA 23G 6000 CORTES X 6 BBE266000 21/03/28	4	798,000	606,480	3,192,000.00
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) 106520 30/04/30	3	265,000	151,050	795,000.00
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: Paola Castillo
CARGO: Tec. Farmacia
FECHA: 30-10-25 HORA: 15:00
FIRMA:

E. Umbacía
30/10/2025

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	25,444,270.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	4,834,411.30
RTFE	36,594.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**30,242,087.30**

SON:
TREINTA MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL OCHENTA Y SIETE TRM CON TREINTA CVS M/CTE.

CONTRATO BYS 044-2025 PEDIDO POR PAOLA DAZA EL 29-10-25

Simón.

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

CUFE: d97d5466486264e68a068773bc00be58374e214165f1e77c5f93465b841da0f3a42baaf0c1f1312ba43ddb6e21bd668d
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, 31 octubre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000022303

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565	**FECHA:**	31/10/2025 08:49 a. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CR 33 7 A 78		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3108454328		**TASA CAM:**		0,00
Nº FACTURA:	FE45599	**% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	30/10/2025 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	4,00	$ 384.000,00	$ 1.536.000,00	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

10-2025 CTO 044-2025 FACT FE45599

SUBTOTAL:	$ 2.066.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 392.540,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 58.881,00
RETE ICA:	$ 8.553,00
RETE FUENTE:	$ 51.650,00
OTRAS RETE:	$ 10.330,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 2.329.126,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTINUEVE MIL CIENTO VEINTISEIS 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. FE45599

2723

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	30/10/25 14:31:34	28/01/26
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.. 844123 31/10/27	4	384,000	291,840	1,536,000.00
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106520 30/04/30	2	265,000	100,700	530,000.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
NOMBRE BODEGA: ALCE
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carla Castillo
CARGO: Q- Farmacia
FECHA: 30/10/25 HORA: 15:00
FIRMA:

E. Umbacia
30/10/2025

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	2,066,000.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	392,540.00
RTFE	38,400.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**2,420,140.00**

SON:
DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL CIENTO CUARENTA TRM CON CERO CVS M/CTE.

CONTRATO CS BYS 044-2025 PEDIDO HOSPITAL DE ENGATIVA POR PAOLA DAZA EL 29-10-25

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

CUFE: 371da2b4ed8f7f0470ccb500ad1a9c69836f8fc716dc2189b3a7d5aee99929e8e67160d19f92e7afb6017ce7a30c4e32

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

Osteosíntesis Subred Norte <osteosintesissubrednorte@gmail.com>

SOLICITUD LENTES E INSUMOS OFTALMOLOGIA - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

Para: ventas@opimed.com

Si hay problemas con el modo en que se muestra este mensaje, haga clic aquí para verlo en un explorador web.

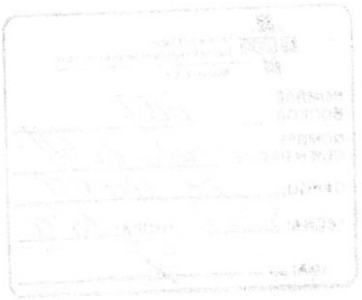
Buenas tardes Lino

Cordial saludo,

Por medio del presente solicito del favor y de su colaboración para la confirmación de disponibilidad y despacho de los siguientes insumos:

miércoles 29-10-2025	**HOSPITAL SIMON BOLIVAR**	
	Casette	3 unidades
	Vitrectores rojos	3 unidades
	Vitrectores verdes	10 unidades
	Láser vitrectomía	10 unidades
	Fuentes de luz	10 unidades
	Cuchilletes de 15º	12 unidades
	Cuchilletes de 20G	6 unidades
	Kit punta faco 2.75mm	3 unidades
	Cuchilletes de 2.75mm	12 unidades

miércoles 29-10-2025	**HOSPITAL DE ENGATIVÁ**	
	Kit de Faco 2.75mm	4 unidades
	Casette	2 unidades
	Cánulas de simcoe	2 cajas
	Cánulas de irrigación	2 cajas



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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000022315

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	31/10/2025 01:53 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE45600	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	30/10/2025 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 UNIDAD TUBO REF G60700		1,00	$ 265.000,00	$ 265.000,00	0,00	19,00

DETALLE

10-2025 CTO 044 2025 FACT FE45600
PRE-5827

SUBTOTAL:	$ 265.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 50.350,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 7.553,00
RETE ICA:	$ 1.097,00
RETE FUENTE:	$ 6.625,00
OTRAS RETE:	$ 1.325,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 298.750,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOSCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA 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. FE45600

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	30/10/25 15:07:12	28/01/26
NIT 900971006	**RESPONSABLE** Bmoreno	**TELEFONOS:** 4431790 3164277185
VENDEDOR 001 0	**CONDICIONES DE PAGO** 90	**ORDEN DE COMPRA** CS- BYS 044-2025

ITEM	DESCRIPCION LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106520 30/04/30	1	265,000	50,350	265,000.00

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

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

FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

VALOR	265,000.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	50,350.00
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**315,350.00**

SON:
TRESCIENTOS QUINCE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA TRM CON CERO CVS M/CTE.

CONTRATO CS- BYS 044-2025 PEDIDO POR EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR
ENTREGADO EL 21-10-2025

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

CUFE: 22a11953f082f3fed1f4d6c85407cd1751846af922d40d62b20c61f1ecc25b31ffa4349e7b7c1b480db067faa4e5c6b3

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, 31 octubre 2025

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000022316

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	31/10/2025 01:57 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE45601	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	30/10/2025 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 UNIDAD TUBO REF G60700		1,00	$ 265.000,00	$ 265.000,00	0,00	19,00

DETALLE

10-2025 CTO 044-2025 FACT FE45601
PRE-5826

SUBTOTAL:	$ 265.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 50.350,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 7.553,00
RETE ICA:	$ 1.097,00
RETE FUENTE:	$ 6.625,00
OTRAS RETE:	$ 1.325,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 298.750,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOSCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Almacén General
Recibido

Elaborado Por

Aprobado Por

FACTURA DE VENTA

No. FE45601

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	30/10/25 15:18:30	28/01/26
NIT 900971006	**RESPONSABLE** Bmoreno	**TELEFONOS:** 4431790 3164277185
VENDEDOR 001 0	**CONDICIONES DE PAGO** 90	**ORDEN DE COMPRA** CS BYS 044-2025

ITEM	DESCRIPCION LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106520 30/04/30	1	265,000	50,350	265,000.00

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

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

FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

SON:
TRESCIENTOS QUINCE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA TRM CON CERO CVS M/CTE.

AMPARADO BJO EL CONTRTO CS BYS 044-2025 ENTREGADO AL H DE ENGATIVA EL 21-10-2025

VALOR	265,000.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	50,350.00
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**315,350.00**

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

CUFE: 248c48f29dfa1a28bbe46c0a6232f339d5dc620fa503ece521811d8a27c7b9d4fa7cb19470acbf706de0cd2b53343b5f

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.

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000022318

PROVEEDOR:	OPIMED SAS	**NIT:** 830062565		**FECHA:**	31/10/2025 02:07 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CR 33 7 A 78			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108454328			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE45602	**% ICA:** 4,1400	**PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	30/10/2025 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	4,00	$ 384.000,00	$ 1.536.000,00	0,00	19,00
MQ0923	CUCHILLETES DE 2.75 MM	UNIDAD	6,00	$ 51.960,00	$ 311.760,00	0,00	19,00
MQ0870	CASSETTE MEGATRON HPS INCLUIDO TUBO REF G60700	UNIDAD	1,00	$ 265.000,00	$ 265.000,00	0,00	19,00

DETALLE

10-2025 CTO 044-2025 FACT FE45602
PRE-5853

SUBTOTAL:	$ 2.112.760,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 401.424,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 60.214,00
RETE ICA:	$ 8.747,00
RETE FUENTE:	$ 52.819,00
OTRAS RETE:	$ 10.564,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 2.381.840,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CUARENTA 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. FE45602

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	30/10/25 15:47:51	28/01/26
NIT	**RESPONSABLE**	**TELEFONOS:**
900971006	Bmoreno	4431790 3164277185
VENDEDOR	**CONDICIONES DE PAGO**	**ORDEN DE COMPRA**
001 0	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	4	384,000	291,840	1,536,000.00
GE-34096	CUCHILLETE CON MANGO DE 2.75mm 250717 17/07/30	6	51,960	59,234	311,760.00
GE-60700	CASETE HPS (INCLUYE TUBOS I/A) 106521 30/04/30	1	265,000	50,350	265,000.00

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

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

FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE OPIMED SAS

SON:
DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO TRM CON CUARENTA CVS M/CTE.

AMPARADO BAJO EL CONTRATO CS BYS 044-2025 ENTREGADO AL HOSPITAL DE ENGATIVA EL 28-10-2025

VALOR	2,112,760.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	401,424.40
RTFE	38,400.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	**2,475,784.40**

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

CUFE: 70bf1777bf82690c528f6713da75b29f6ed08a34a66bf8e8bd7891a00c4abba2d2eb60cd137ebe013b2989987f8e4c10

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