COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000662124

O.D.C 0043 / 25 OK

Consecutivo : 000000000662124 Estado : Confirmado
Fecha del Egreso : 6/07/2026 11:20:16 a. m. Valor : $ 4.000.060,00
Beneficiario 800151064 POLIMEDIC´S FARMACEUTICA S A S
Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000005643 *Numero Nota:* 00000005643
Valor en Letras CUATRO MILLONES SESENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE
Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.
Numero : Consignar : 07/06/2026 Impuesto X Mil : $ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS Nº 008400747591	800151064	111006001	$ 0,00	$ 4.000.060,00
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000005643	800151064	240101001	$ 4.000.060,00	$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
FE17894	$ 2.666.707,00	FE17948	$ 1.333.353,00		

OP 25828

TESORERIA	DIRECCIÓN FINANCIERA	GERENTE	FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró. :65757131 MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO
Usuario Id. :74379421

662124 C

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

900959051-7

Fecha Actual : viernes, 07 noviembre 2

1/1

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000087049

PROVEEDOR:	POLIMEDIC S FARMACEUTICA S A POLIFARMA S A S	**NIT:** 800151064	**FECHA:** 07/11/2025 02:37 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)		**ESTADO:** Confirmado
DIRECCION:	CL 71 29 A 23		**MONEDA:** Pesos
TELEFONO:	2405051		**TASA CAM:** 0,00
Nº FACTURA:	FEI 7894	**% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 0	**FECHA FAC:** 07/11/2025 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
121QQ034964	ENVOLVEDERA DE TELA NO TEJIDA CON FIBRAS SINTETICAS DE POLIPROPILENO TRES CAPAS 50 A 60 Grs 75cm-77cm X 75cm-77cm	UNIDAD	3.000,00	$ 785,00	$ 2.355.000,00	0,00	19,00

DETALLE

ORDEN DE COMPRA 043-2025 SANTA CLARA (DM)

SUBTOTAL:	$ 2.355.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 447.450,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 67.118,00
RETE ICA:	$ 9.750,00
RETE FUENTE:	$ 58.875,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 2.666.707,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró: Danna Montes

Revisó Almacen

Adriana M. Lugo
CUENTAS POR PAGAR
Revisado Impuestos:

0025629126

TESORERIA S.C.O. 03-12-25

053112/25

TESORERIA S.C.O. 26-06-26

Fisico

polifarma®
PRODUCTOS MÉDICOS

POLIFARMA S.A.S. - POLIMEDIC´S FARMACEUTICA S.A.S.

NIT : 800,151,064 - 0
CL 77 28 B 33
BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA
6013112668 3102340035
polifarma_sa@yahoo.com
Responsables de iva - No somos autorretenedores

FACTURA ELECTRONICA VENT

FE 17894

Fecha y Hora de Factura

Generación	2025-11-07	09:10:46
Expedición	2025-11-07	09:10:59
Vencimiento	2026-02-07	

Cliente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900,959,051 - 7 /Id. Extranjero :	**Teléfono**	3444484
Dirección	DG 34 5 43	**Vendedor**	VENDEDOR PRINCIPAL
Ciudad	BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	recepcionfacturasbienes@subredcentrooriente.gov.co	**Remisión**	19.735
Order Reference Prefijo		**Numero**	

Descripción	Cantidad	UN	INVIMA	MARCA	CUM	Valor Unitario	% IVA	Valor Total
ENVOLVEDERA DE TELA POLIPROPILENO 50 GR 75 X 75	3,000	UN	NA	SURGICAL HEALTH	NA	785.00	19	2,355,000
11957ENV01 . F.V : 2030-11-05						3,000.00		

76980

Total Bruto	2,355,000.00
IVA	447,450.00
RETEFUENTE VENT	58,875.00
Retenc. IVA	67,117.50
Retenc. ICA	9,749.70
Total a Pagar	**$ 2.666.707,80**

CONDICION DE PAGO

Credito Clientes Efectivo 2.666.707,80 Cuota 1 Vence el 2026-02-07

VALOR EN LETRAS

Dos Millones Seiscientos Sesenta Y Seis Mil Setecientos Siete Pesos M/Cte Con 80/100

OBSERVACIONES

OC 043 2025
SOLICITADO POR LA DRA. LORENA ROJAS-DIR. ADMINISTRATIVA
ENTREGA HOSP. SANTA CLARA
L-V 7AM-3PM

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E.
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
07 NOV 2025
Almacén General Santa Clara
RECIBIDO

RECIBE: _____
C.C NO: _____
CARGO: _____
FECHA: _____ HORA: _____
FIRMA: _____
SELLO: _____

POLIFARMA S.A.S.
NIT. 800.151.064-0

Firma Elaborado por : DANIEL REYES

Firma Recibido

Elaborado e Impreso por Siigo SAS Nit: 830.048.145 -8

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No.** 18764074118558 **aprobado en** 2024-07-02 **vigente** 18 Meses, **prefijo** FE **desde el número** 13150 **al** 20000

CUFE :bd54700872d8e41812cc42404a0c9f3075affc0c7a3c386f9f93e2e0f0871a658d59594b6266914ca9f410c22b8c0550

ORIGINAL

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

SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION

CÓDIGO: AP-IA-FT-010
VERSIÓN: 08
FECHA: 2025-10-28

CERTIFICACION:	**1**	**INFORME PARCIAL:**		**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	**OC 043 2025**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	**27/11/2025**	

OC 0035 2025

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	POLIMEDIC'S FARMACÉUTICA S.A.S	**NIT O C.C**	**800.151.064-0**	
Representante Legal:	ALVARO DE JESUS GALVIS BARRIOS	**Identificación Representante Legal**	**C.C: X** **C.E:**	9.080.277
Objeto del Contrato u orden:	COMPRA DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRURGICOS HOSPITALARIOS PARA LAS UNIDADES QUE SON NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	**FORMA DE PAGO:**	90 DÍAS	

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL								**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
APLICA CESIÓN DE PAGOS					**SI**			**NO**	**X**
			Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 4,203,675.00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 4,203,675**	**1 MES**	10/10/2025	9/11/2025
Consecutivo CDP		**Fecha CDP DD/MM/AAAA**	**Registros Presupuestales**	**Consecutivo CRP**	**Fecha CRP DD/MM/AAAA**	**Adiciones/ Modificación**	**Valor Adiciones**	**Prórrogas**	**Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	2839	2/10/2024	**Registro Inicial**	29143	10/10/2025					
Disponibilidades Números de Adiciones						**Adición 1:**		**Prórroga 1:**		
						Adición 2:		**Prórroga 2:**		
						Adición 3:		**Prórroga 3:**		
						Adición 4:		**Prórroga 4:**		
						Adición 5:		**Prórroga 5:**		
						Adición 6:		**Prórroga 6:**		
						Adición 7:		**Prórroga 7:**		
						Valor Total:	**$ 4,203,675.00**	**Fecha Terminación actual:**		**9/11/2025**
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	MATERIAL MÉDICOQUIRÚRGICOS		**Código(S) Rubro(S)**	4245010401	**Validación Tope Máximo del Contrato**	Realice tramite para Contratación Nueva				

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME/CERTIF.	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO**	**CENTRO DE COSTO**	**ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO**				
1	COMPRA DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRURGICOS HOSPITALARIOS PARA LAS UNIDADES QUE SON NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		**Oportunidad de entrega**	SI: X N/A NO:	**Cumplimiento de documentación tramitada o**	**SI: X**	**NO:**
			Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A NO:	**Cumplimiento calidad de la prestación**	**SI: X**	**NO:**

**** DE ACUERDO AL MANUAL DE CONTRATACION RESOLUCIÓN 152 DEL 18 DE MARZO DE 2019 , LOS CONTRATOS QUE CELEBRE LA SUBRED, SE PODRAN ADICIONAR HASTA TRES(3) VECES EL VALOR INICIAL; SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA JUSTIFICACIÓN DEL CONTRATO, QUE SOPORTE LA ADICIÓN Y LAS CONDICIONES DEL MISMO LO PERMITAN.**

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS

No.	**No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CRÉDITO O NOTA DEBITO - Ver Fila 39 del Instructivo**	**FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CRÉDITO O NOTA DEBITO: DD/MM/AAAA**	**PERIODO FACTURADO**	**VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 43 en Instructivo**	**ACUMULADO EJECUTADO**	**SALDO**	**% EJECUCIÓN**	**OBSERVACIONES**
1	FE 17894	7/11/2025	NOVIEMBRE 2025.	**$ 2,802,450.00**	$ 2,802,450.00	$ 1,401,225.00	66.67%	
						$ 1,401,225.00		
						$ 1,401,225.00		
TOTAL				**$ 2,802,450**	**$ 2,802,450**	**$ 1,401,225**	66.67%	

¿Cuenta con Facturas pendientes?	Observación:

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

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

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	DOS MILLONES OCHOCIENTOS DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00/100	$ 2,802,450.00
Saldo por ejecutar	UNO MILLONES CUATROCIENTOS UNO MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO PESOS CON 00/100	$ 1,401,225.00
Valor total certificado (Acumulado)	DOS MILLONES OCHOCIENTOS DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00/100	$ 2,802,450.00

FE 17894	7/11/2025
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 2,802,450.00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	Verificadas las obligaciones contractuales establecidas en la Orden de Compra , como Supervisor manifiesto que el contratista cumplio a satisfacion con la entrega de los bienes solicitados del citada Orden de Compra dentro del plazo establecido. Lo entregado y facturado corresponde al pedido de lo solicitado de los meses de Octubre y facturado en Noviembre 2025.

ANEXOS : Comprobante de Entrada No 87049 , Factura FE 17894 ,y Certificado de Parafiscales

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
C.C. No.	1,065,651,623
CARGO/PERFIL	DIRECTORA ADMINISTRATIVA Codigo 009 Grado 05
AREA DE UBICACIÓN	DIRECCION administrativa
Correo Electronico:	directoradminstrativoco@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	JAIRO NELSON TORRES BELTRAN
AREA DE UBICACIÓN	APOYO DIRECCION ADMINISTRATIVA
Correo Electronico:	apoyosupervisioncontratos@subredcentrooriente.gov.co

ALBERTO OBANDO LEON
Contador Público - Universidad Santo Tomas

A QUIEN INTERESE

El suscrito Revisor Fiscal,

Certifica que la sociedad, **POLIFARMA S.A.S. "POLIMEDIC'S FARMACEUTICA S.A.S."**, con domicilio en esta ciudad, e identificada con el Nit. No. 800.151.064-0, ha apropiado y cumplido cabalmente en el año 2024 y en lo que va corrido del 2025 con la liquidación y el pago oportuno por concepto de la cancelación de sus obligaciones con los Sistemas de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y Parafiscales (aportes a las Cajas de Compensación familiar) de todo el personal que se encuentra laborando dentro de la misma y que así lo requiere. De acuerdo con el artículo 25 de la ley 1607 del 26 de diciembre de 2012 se encuentra exonerada del pago de aportes parafiscales al instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y al servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) desde el 1 de julio del año 2013 fecha en la que se implementó el sistema de retenciones en la fuente para el recaudo del impuesto sobre la renta para la equidad –CREE. También certifico que la empresa ha cumplido con el pago oportuno de sus nóminas, encontrándose a paz y salvo por todo concepto laboral y prestacional.

Lo anterior para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, Articulo 1° de la ley 828 de 2003 y del Art. 23 de la ley 1150 de 2007.

La presente se expide a los diez (10) días del mes de octubre del año dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente,

C.P. ALBERTO OBANDO LEON
Revisor Fiscal – POLIFARMA S.A.S.
CC # 13.837.414
TP # 9463-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

06D5E9BF09FFF1D9

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ALBERTO OBANDO LEON** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 13837414 de BUCARAMANGA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 9463-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 4 días del mes de Noviembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 13.837.414
OBANDO LEON
APELLIDOS
ALBERTO
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-1955
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.77
ESTATURA
O-
G.S. RH
M
SEXO
02-JUN-1976 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
A-1500150-00131739-M-0013837414-20081127 0006981104A 2 1340003857

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



9463-T

ALBERTO
OBANDO LEON
C.C. 13.837.414
RESOLUCION INSCRIPCION 1425-T FECHA 15-XI-83
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

Presidente

00016841

Firma del titular

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

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

Fecha Actual : viernes, 21 noviembre 2

1/1

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

COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000000087304

PROVEEDOR:	POLIMEDIC S FARMACEUTICA S A POLIFARMA S A S	**NIT:**	800151064	**FECHA:**	21/11/2025 11:04 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CL 71 29 A 23			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	2405051			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FE17948	**% ICA:**	4,1400 **PLAZO:** 0	**FECHA FAC:**	14/11/2025 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
121QQ034964	ENVOLVEDERA DE TELA NO TEJIDA CON FIBRAS SINTETICAS DE POLIPROPILENO TRES CAPAS 50 A 60 Grs 75cm-77cm X 75cm-77cm	UNIDAD	1.500,00	$ 785,00	$ 1.177.500,00	0,00	19,00

DETALLE

ORDEN DE COMPRA 043-2025 SANTA CLARA (DM)

SUBTOTAL:	$ 1.177.500,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 223.725,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 33.559,00
RETE ICA:	$ 4.875,00
RETE FUENTE:	$ 29.438,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 1.333.353,00

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Donna Montes
Elaboró:

Revisó Almacen

Adriana M. Lug
CUENTAS POR PAGAR
Revisado Impuestos:

OP 2503126

TESORERIA S.C.O. 05-12-25

CDP 53113/25

TESORERIA S.C.O. 26-06-26

polifarma®
PRODUCTOS MÉDICOS

POLIFARMA S.A.S. - POLIMEDIC´S FARMACEUTICA S.A.S.

NIT : 800,151,064 - 0
CL 77 28 B 33
BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA
6013112668 3102340035
polifarma_sa@yahoo.com
Responsables de iva - No somos autorretenedores

FACTURA ELECTRONICA VENT

FE 17948

Fecha y Hora de Factura

Generación	2025-11-14	12:25:08
Expedición	2025-11-14	12:27:06
Vencimiento	2026-02-14	

Cliente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900,959,051 - 7 /Id. Extranjero :	**Teléfono**	3444484
Dirección	DG 34 5 43	**Vendedor**	VENDEDOR PRINCIPAL
Ciudad	BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	recepcionfacturasbienes@subredcentrooriente.gov.co	**Remisión**	19.646
Order Reference Prefijo		**Numero**	

Descripción	Cantidad	UN	INVIMA	MARCA	CUM	Valor Unitario	% IVA	Valor Total
ENVOLVEDERA DE TELA POLIPROPILENO 50 GR 75 X 75	1,500	UN	NA	SURGICAL HEALTH	NA	785.00	19	1,177,500
11950ENV01 .	F.V : 2030-10-24			1,500.00				

Total Bruto	1,177,500.00
IVA	223,725.00
RETEFUENTE VENT	29,437.50
Retenc. IVA	33,558.75
Retenc. ICA	4,874.85
Total a Pagar	**$ 1.333.353,90**

CONDICION DE PAGO

Credito Clientes Efectivo 1.333.353,90 Cuota 1 Vence el 2026-02-14

VALOR EN LETRAS

Un Millon Trescientos Treinta Y Tres Mil Trescientos Cincuenta Y Tres Pesos M/Cte Con 90/100

OBSERVACIONES

NISTRATIVA
ENTREGA HOSP. SANTA CLARA
L-V 7AM-3PM

768910

Elaborado e Impreso por Siigo SAS Nit: 830.048.145 -8

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E.
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
14 NOV 2025
Almacén General Santa Clara
RECIBIDO
POLIFARMA S.A.S.
NIT: 800.151.064-0

Firma Elaborado por : CARMEN ALICIA J

RECIBE: _____
C.C.NO: _____
CARGO: _____
FECHA: _____ HORA: _____
FIRMA: _____
SELLO: _____

Firma Recibido

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No.** 18764074118558 **aprobado en** 2024-07-02 **vigente** 18 Meses, **prefijo** FE **desde el número** 13150 **al** 20000

CUFE :cd0594944f636c45f94fd23dd42f24ff22122c65c16b8da480447bedb8a4939a6dd8795b35f8acb8284faf53d16737d0

ORIGINAL

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

SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION

CODIGO: AP-IA-FT-010
VERSIÓN: 08
FECHA: 2025-10-28

CERTIFICACION:	**2**	**INFORME PARCIAL:**		**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	**OC 043 2025**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	**27/11/2025**	

OC 0035 2025

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	POLIMEDIC'S FARMACEUTICA S.A.S	**NIT O C.C**	**800.151.064-0**	
Representante Legal:	ALVARO DE JESUS GALVIS BARRIOS	**Identificación Representante Legal**	**C.C: X** **C.E:**	9.080.277
Objeto del Contrato u orden:	COMPRA DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRURGICOS HOSPITALARIOS PARA LAS UNIDADES QUE SON NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	**FORMA DE PAGO:**	90 DÍAS	

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

APLICA CESIÓN DE PAGOS					**SI**			**NO**	**X**	
			Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 4,203,675.00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 4,203,675**	**1 MES**	**10/10/2025**	**9/11/2025**	
Consecutivo CDP		**Fecha CDP DD/MM/AAAA**	**Registros Presupuestales**	**Consecutivo CRP**	**Fecha CRP DD/MM/AAAA**	**Adiciones/ Modificación**	**Valor Adiciones**	**Prórrogas**	**Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	2839	2/10/2024	**Registro Inicial**	29143	10/10/2025					
Disponibilidades Números de Adiciones						**Adición 1:**		**Prórroga 1:**		
						Adición 2:		**Prórroga 2:**		
						Adición 3:		**Prórroga 3:**		
						Adición 4:		**Prórroga 4:**		
						Adición 5:		**Prórroga 5:**		
						Adición 6:		**Prórroga 6:**		
						Adición 7:		**Prórroga 7:**		
						Valor Total:	**$ 4,203,675.00**	**Fecha Terminación actual:**		**9/11/2025**
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	MATERIAL MÉDICOQUIRÚRGICOS		**Código(S) Rubro(S)**	4245010401		**Validación Tope Máximo del Contrato**	Realice tramite para Contratación Nueva			

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME/CERTIF.	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO**	**CENTRO DE COSTO**	**ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO**				
2	COMPRA DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRURGICOS HOSPITALARIOS PARA LAS UNIDADES QUE SON NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		**Oportunidad de entrega**	SI: X N/A NO:	**Cumplimiento de documentación tramitada o**	SI: X	NO:
			Respuesta de Imprevistos y Emergencias	SI: X N/A NO:	**Cumplimiento calidad de la prestación**	SI: X	NO:

** DE ACUERDO AL MANUAL DE CONTRATACION RESOLUCIÓN 152 DEL 18 DE MARZO DE 2019 , LOS CONTRATOS QUE CELEBRE LA SUBRED, SE PODRAN ADICIONAR HASTA TRES(3) VECES EL VALOR INICIAL; SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA JUSTIFICACIÓN DEL CONTRATO, QUE SOPORTE LA ADICIÓN Y LAS CONDICIONES DEL MISMO LO PERMITAN.

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS

No.	No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CRÉDITO O NOTA DEBITO - Ver Fila 39 del Instructivo	FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CRÉDITO O NOTA DEBITO: DD/MM/AAAA	PERIODO FACTURADO	VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 43 en Instructivo	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	%EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	FE 17894	7/11/2025	NOVIEMBRE 2025.	**$ 2,802,450.00**	$ 2,802,450.00	$ 1,401,225.00	66.67%	
2	FE 17948	14/11/2025	NOVIEMBRE 2025.	**$ 1,401,225.00**	$ 4,203,675.00	$ 0.00	100.00%	
						$ 0.00		
TOTAL				**$ 4,203,675**	**$ 4,203,675**	**$ 0**	100.00%	

¿Cuenta con Facturas pendientes?	Observación:

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

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

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL SEISCIENTOS SETENTA y CINCO PESOS CON 00/100	$ 4,203,675.00
Saldo por ejecutar	PESOS CON 00/100	$ -
Valor total certificado (Acumulado)	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL SEISCIENTOS SETENTA y CINCO PESOS CON 00/100	$ 4,203,675.00

FE 17948	14/11/2025
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 1,401,225.00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	Verificadas las obligaciones contractuales establecidas en la Orden de Compra , como Supervisor manifiesto que el contratista cumplio a satisfacion con la entrega de los bienes solicitados del citada Orden de Compra dentro del plazo establecido. Lo entregado y facturado corresponde al pedido de lo solicitado de los meses de Octubre entregado el 30 de octubre con remision 76890 y facturado en Noviembre 2025

ANEXOS : Comprobante de Entrada No 87304 , Factura FE 17948 ,y Certificado de Parafiscales

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
C.C. No.	1,065,651,623
CARGO/PERFIL	DIRECTORA ADMINISTRATIVA Codigo 009 Grado 05
AREA DE UBICACIÓN	DIRECCION administrativa
Correo Electronico:	directoradminstrativoco@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	JAIRO NELSON TORRES BELTRAN
AREA DE UBICACIÓN	APOYO DIRECCION ADMINISTRATIVA
Correo Electronico:	apoyosupervisioncontratos@subredcentrooriente.gov.co

ALBERTO OBANDO LEON

Contador Público - Universidad Santo Tomas

A QUIEN INTERESE

El suscrito Revisor Fiscal,

Certifica que la sociedad, **POLIFARMA S.A.S. "POLIMEDIC'S FARMACEUTICA S.A.S."**, con domicilio en esta ciudad, e identificada con el Nit. No. 800.151.064-0, ha apropiado y cumplido cabalmente en el año 2024 y en lo que va corrido del 2025 con la liquidación y el pago oportuno por concepto de la cancelación de sus obligaciones con los Sistemas de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y Parafiscales (aportes a las Cajas de Compensación familiar) de todo el personal que se encuentra laborando dentro de la misma y que así lo requiere. De acuerdo con el artículo 25 de la ley 1607 del 26 de diciembre de 2012 se encuentra exonerada del pago de aportes parafiscales al instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y al servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) desde el 1 de julio del año 2013 fecha en la que se implementó el sistema de retenciones en la fuente para el recaudo del impuesto sobre la renta para la equidad –CREE. También certifico que la empresa ha cumplido con el pago oportuno de sus nóminas, encontrándose a paz y salvo por todo concepto laboral y prestacional.

Lo anterior para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, Articulo 1° de la ley 828 de 2003 y del Art. 23 de la ley 1150 de 2007.

La presente se expide a los seis (6) días del mes de noviembre del año dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente,

C.P. ALBERTO OBANDO LEON
Revisor Fiscal – POLIFARMA S.A.S.
CC # 13.837.414
TP # 9463-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

06D5E3BF03FFF1D3

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ALBERTO OBANDO LEON** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 13837414 de BUCARAMANGA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 9463-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 4 días del mes de Noviembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado





INDICE DERECHO

A-1500150-0013173?-M-0013837414-20081127 0006981104A 2 1340030957

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

9463-T



ALBERTO
OBANDO LEON
C.C. 13.887.414
RESOLUCION INSCRIPCION 1425-T FECHA 15-XI-83
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

Presidente

00016841

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.