

**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E.**

**NIT 899999032 - 5**

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**DIRECCIÓN FINANCIERA**

REGISTRO PRESUPUESTAL: 965

DEL AÑO FISCAL: 2016

CONTRATO: MOOC0020160001

A nombre de: 830055758 MEDIHUMANA COLOMBIA S.A. Se hizo el registro de el (Los) siguiente (s) compromiso (s):

RUBROS							
CDP	Fecha Disp.	Gasto	Fecha Venc.	Rubro	REC	CONCEPTO	VALOR
68	07/01/2016	B	31/12/2016	41003	01	MATERIAL PARA OSTESINTESIS	\$ 20.435.800,00
VALOR TOTAL ACTUAL:							\$ 20.435.800,00

OBJETO RP: Inventarios (Orden de Compra)

FECHA DE EXPEDICIÓN: 19/01/2016

  
\_\_\_\_\_  
**MARLESBY SOTELO PUERTO**

Subdirector Operativo con funciones de la Dirección Financiera

Usuario: 11222192

<b>SEÑOR (ES) NIT. O C.C. 830055758</b>		<b>Cotización N°</b>		<b>Orden Compra N°</b>	
<b>RAZÓN SOCIAL. MEDIHUMANA COLOMBIA S.A.</b>		<b>Lugar de Entrega</b>		<b>MOCC0020160001</b>	
<b>DIRECCIÓN: CL 90 19 A 45 OF 706</b>		<b>Forma de Pago</b>		<b>DÍA MES AÑO</b>	
<b>TELEFONO: 6114015</b>		<b>Presupuesto</b>		<b>14 01 2016</b>	
<b>VIGENCIA: 90 DIAS</b>		<b>N° FAX</b>		<b>2016</b>	
<b>reversado</b>		<b>a partir de la fecha del Rp. Posterior a esta fecha el presupuesto asignado sin ejecución, se entenderá de manera unilateral.</b>			
<b>SUR VASE SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS INDICADOS CONFORME A LAS CANTIDADES Y ESPECIFICACIONES ESTIPULADAS EN SU COTIZACION N° DE FECHA</b>					
<b>Con Cargo a CDF No.</b>					

Item	Cód. Elemento	Descripción Completa del Elemento o Servicio	Detalle	Presentación	Cantidad	Vr. Unitario	% IVA	Subtotal	Vr. IVA	Vr. Total
1	1518040910055	1201010103 MATERIAL PARA OSTESINTESIS		41003	01	RECURSOS PROPIOS HUS		20.435.800,00		20.435.800,00
2	1518040910056	PROCESADOR KIT. BASICO FREEDOM DE IMPLANTE COCLEAR MEDIHUMANA		UNIDAD	1	19.125.000,00	0,00	19.125.000		19.125.000
		CABLE DE ANTENA PARA IMPLANTE COCLAER FREEDOM		UNIDAD	1	1.310.800,00		1.310.800		1.310.800

<b>HUS</b>		<b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMAKITANA</b>		<b>Empresa Social del Estado</b>			
<b>055U05-V</b>		<b>NIT:899.999.032-5</b>					
<b>ULTIMO RENGLON</b>		<b>SON: VEINTE MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte. TOTALES</b>		<b>20.435.800</b>			
<b>V.o.Bo. SUMINISTROS</b>		<b>V.o. Bo. DIRECCION ADMINISTRATIVA</b>		<b>COMPRESA ORDENADOR</b>			
<i>[Signature]</i>		<i>[Signature]</i>		<b>RECIBI A SATISFACCION ALMACEN</b>			
<b>OBSERVACIONES</b>		<b>SOLICITUD MO000020-00004 MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, PARA LOS PACIENTES: ALABA BARRIO C.C 28656538 Y SIDNEY RAMIREZ C.C 20738832; LA SUPERVISION DE ESTA ORDEN DE COMPRA ESTARA A CARGO DEL LIDER DEL ALMACEN GENERAL; QUIEN CERTIFICARA Y APROBARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO, ASI COMO LOS RESPECTIVOS PAGOS; EN CASO DE QUE EL PRODUCTO NO CUMPLA CON LAS CONDICIONES DE CALIDAD, EL HUS PODRA RECHAZARLO EN EL MOMENTO DE LA RECEPCION O SOLICITAR EL RECAMBIO CON ANTERIORIDAD.</b>					
<b>Carrera 8 N° 0 - 55 Sur E-mail: licitaciones@hus.org.co - Compañador: 4077075 Ext. 10711 - Telé/Fax: 3371597.</b>		<b>Página: 1 de la Orden Compra N°</b>		<b>MOCC0020160001</b>			



FORMATO COTIZACIÓN ACCESORIOS Y SERVICIOS

Gestión Comercial

Código: F-GC-023

Fecha de aprobación:

2015-12-09

Versión: 02

COTIZACIÓN No. 13

Bogotá D.C.,

7 de enero de 2016

Señor(es)

**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA**

Ciudad

**ASUNTO:**

**COTIZACIÓN ACCESORIOS DE IMPLANTE COCLEAR - SISTEMA BAHA - SISTEMA CARINA**

Respetados Señores:

En atención a su solicitud, me permito cotizar el suministro de accesorios de Implante Coclear:

ACCESORIO Y/O SERVICIO	CANTIDAD	VALOR UNITE	IVA	VALOR TOTAL
<b>KIT DE ACTUALIZACION FREEDOM</b>	<b>1</b>	<b>\$ 19,125,000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 19,125,000</b>
<b>ANTENA FREEDOM</b>	<b>1</b>	<b>\$ 1,130,000</b>	<b>\$ 180,800</b>	<b>\$ 1,310,800</b>

**PLAZO DE ENTREGA**

INMEDIATO, DESPUES DE GENERADA LA AUTORIZACION

**CONDICIONES DE PAGO**

PAGO 30 DIAS

**VALIDEZ DE LA OFERTA**

OFERTA VALIDA HASTA 28 de enero de 2016

Cordialmente,

**ANGÉLICA JULIETH CÁRDENAS HENAO**

Analista de Cuentas Institucionales

DOCUMENTO NO CONTROLADO EN CASO DE SER IMPRESO O DESCARGADO

Calle 90 No. 19A - 49 Of. 706, PBX. 6114015, Fax 6101957

Website: www.medihumana.com

Bogotá D.C. - Colombia.



Formulario del Registro Único Tributario  
Hoja Principal

001

2. Concepto  0  2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14286827995



74151707212489984(8620) 00000 1428682799 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 3 0 0 5 5 7 5 8

6. DV

1

12. Dirección seccional

Instruções de Grandes Contribuyentes

14. Buzón electrónico

3 1

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otro nombre

35. Razón social

MEDIHUMANA COLOMBIA S A

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACION

38. País

Colombia

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

41. Dirección principal

CL 90 19 A 49 OF 706

42. Correo electrónico

gerencia@medihumana.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1

45. Teléfono 2

6 1 1 4 0 1 5

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

52. Número establecimientos

46. Código

4 6 4 5

47. Fecha inicio actividad

1 9 9 9 | 0 3 | 1 6

48. Código

4 6 5 9

49. Fecha inicio actividad

1 9 9 9 | 0 3 | 1 6

50. Código

1

2

51. Código

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
5	7	1	1	1	4	1	0	1	3	3	3	5	9				

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

03- Impuesto al patrimonio

07- Retención en la fuente a título de renta

35- Impuesto sobre la renta para la equidad - CREE

11- Ventas régimen común

09- Retención en la fuente en el impuesto sobre las venta

14- Informante de exogena

10- Usuario aduanero

13- Gran contribuyente

Usuarios aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	3	2	2	3	7				

55. Forma	56. Tipo
3	1

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI  NO

60. No. de Folios

2

61. Fecha

2 0 1 4 | 0 3 | 2 7

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscriba y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada:

984. Nombre: DAZA SALCEDO NHORA INES

985. Cargo: Gestor II