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: 05
FECHA: 2020-12-30

CERTIFICACION:	4	INFORME PARCIAL:	0	Marque con una (X) según corresponda
CONTRATO No.	2-BS-052-2020	FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA	22/01/2021	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	TU SALUD H & G SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA S.A.S.	**NIT O C.C**	900.259.168-6	
Representante Legal:	GILBERTO ORJUELA GUERRERO	**Identificación Representante Legal**	C.C: X C.E:	19.388.268
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL (AYUDAS TÉCNICAS) NO INCLUÍDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD, PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD IDENTIFICADAS CON LOS CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS SUSCRITOS ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LAS LOCALIDADES LOS MARTIRES, ANTONIO NARIÑO, SANTA FE, SAN CRISTOBAL, Y RAFAEL URIBE URIBE.			

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

				Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 155.596.000,00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 38.899.000,00**	**Plazo**	**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
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	560	25/02/2020	**Registro Inicial**	10619	06/04/2020					
Disponibilidades Números de Adiciones	3530	22/10/2020	**Registros Presupuestales de Adiciones**	27140	27/10/2020	**Adición 1:**	$ 12.971.000,00	**Prórroga 1:**	27/10/2020	26/01/2021
						Adición 2:		**Prórroga 2:**		
						Adición 3:		**Prórroga 3:**		
						Adición 4:		**Prórroga 4:**		
						Adición 5:		**Prórroga 5:**		
						Modificacion 10		**Prórroga 6:**		
						Adición 6:		**Prórroga 7:**		
						Adición 7:		**Prórroga 8:**		
						Adición 8:		**Prórroga 9:**		
						Adición 9:		**Prórroga 10:**		
						Valor Total:	**$ 51.870.000,00**	**Fecha Terminación actual:**		26/01/2021
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	**MATERIAL MEDICO - QUIRURGICOS**			**Código(S) Rubro(S)**	23201020102	**Validación Tope Máximo del Contrato**	**Adicionar**			
	0				0					

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				
4	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL (AYUDAS TÉCNICAS) NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD, PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD IDENTIFICADAS CON LOS CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS SUSCRITOS ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LAS LOCALIDADES LOS MARTIRES, ANTONIO NARIÑO, SANTA FE, SAN CRISTOBAL, Y RAFAEL URIBE URIBE.	6S3P02	**Oportunidad de entrega**	SI: X N/A NO:	**Cumplimiento de documentación tramitada o presentada**	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 o CUENTA DE COBRO - Ver Fila 38 del Instructivo	FECHA DE FACTURA O CUENTA COBRO: DD/MM/AAAA	PERIODO FACTURADO	VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 42 en Instructivo	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	721	19/10/2020	oct-20	$ 1.040.000,00	$ 1.040.000,00	$ 50.830.000,00	2,01%	
	Adicion No. 1	27/10/2020		$ 0,00	$ 1.040.000,00	$ 50.830.000,00	2,01%	
2	814	18/11/2020	nov-20	$ 32.764.000,00	$ 33.804.000,00	$ 18.066.000,00	65,17%	
3	882	14/12/2020	dic-20	$ 520.000,00	$ 34.324.000,00	$ 17.546.000,00	66,17%	
4	883	14/12/2020	dic-20	$ 3.971.000,00	$ 38.295.000,00	$ 13.575.000,00	73,83%	

TOTAL				$ 38.295.000	**$ 38.295.000**	$ 13.575.000	73.83%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

QUE EL CONTRATISTA HA CUMPLIDO A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL Y PRESENTA PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	TREINTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS	$ 38.295.000,00
Saldo por ejecutar	TRECE MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS	$ 13.575.000,00
Valor total certificado (Acumulado)	TREINTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS	$ 38.295.000,00

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA
883	14/12/2020
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	**$ 3.971.000,00**
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	**SE FACTURA $3.971.000 MCT., CORRESPONDIENTE A LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL (AYUDAS TÉCNICAS) DE LA LOCALIDAD DE ANTONIO NARIÑO, CIA 138/2019.**

ANEXOS: Comprobante de entrada al almacén de la Subred Centro Oriente,acta de verificación de las ayudas técnicas, certificación de cumplimiento de pagos al sistema de seguridad social del mes de diciembre.

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
C.C. No.	40438710
CARGO/PERFIL	PROFESIONAL ESPECIALIZADA AREA DE LA SALUD CODIGO 242 GRADO 27 - PROYECTOS UEL
AREA DE UBICACIÓN	INSTITUTO MATERNO INFANTIL
Correo Electronico:	uel@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	MONICA TORRES CHAVES
AREA DE UBICACIÓN	INSTITUTO MATERNO INFANTIL
Correo Electronico:	uel@subredcentrooriente.gov.co

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

Fecha Actual : jueves, 24 diciembre 20

1/1

COMPROBANTE ENTRADA
Nº000000000044320

PROVEEDOR:	TU SALUD H&G S.A.S	NIT:	900259168	FECHA:	24/12/2020 11:02 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			ESTADO:	Confirmado
DIRECCION:	CL 62 N 22 - 16			MONEDA:	Pesos
TELEFONO:	3108308579			TASA CAM:	0,00
Nº FACTURA:	FH883	% ICA:	11,0400	PLAZO:	30
				FECHA FAC:	14/12/2020 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
101CD013465	SILLA DE BAÑO ESPECIAL TIPO PLAYERA	UNIDAD	1,00	$ 2.900.000,00	$ 2.900.000,00	0,00	19,00
101CD015112	GRABADORA DIGITAL	UNIDAD	1,00	$ 520.000,00	$ 520.000,00	0,00	0,00

DETALLE

CONTRATO 02-BS-032-2020, SALUD PUBLICA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL:	$ 3.420.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 551.000,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 82.650,00
RETE ICA:	$ 37.757,00
RETE FUENTE:	$ 85.500,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 3.765.093,00

TOTAL COMPROBANTE:

TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL NOVENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Revisó Almacen

Revisado Impuestos

Especialistas en Movimiento y Aprendizaje

TU SALUD H&G SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS S.A.S

N.I.T. 900.259.168-6
Unidad Integral de Rehabilitacion

FACTURA DE VENTA
No. FE 883

Autorizacion de numeracion N° 18763002382961.
Numeracion autorizada Desde la N° FE 1 hasta la N° FE 2140.
Act. Economica ICA 3250. TARIFA 11.04
Act. Economica Dian Cod CIIU 3250
NO SOMOS RETENEDORES DE IVA.
REGIMEN COMÚN

Cod Cliente:
Nombre : SUBRED INTEGRADA SERV. SALUD DE CENTRO
Dirección : DG 34 5 43
Ciudad: BOGOTÁ

Nit: 900959051
Teléfono: 3444484
Fecha Factura: 14 12 2020
Fecha Vencimiento: 14 03 2021

REF.	DESCRIPCION	REFEREN	SERIAL	CAN	IVA	V UNI	V TOTAL
	SILLA DE BAÑO ESPECIAL TIPO PLAYERA	MOV 10		1.00	551,000.00	2,900,000.00	2,900,000.00
	GRABADORA DIGITAL	CC 22		1.00	0.00	520,000.00	520,000.00
	CON CARGO AL CONTRATO No 02-BS-052-2020						
	LOCALIDAD ANTONIO NARIÑO						

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
15 DIC 2020
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO

TOTAL EN LETRAS
SON : TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y UN MIL PESOS

Favor consigne en cualquier cuenta corriente: Banco Colpatria No. 4451015023, Banco Davivienda No 0560008669996459, Banco Occidente No 247050297 a nombre de TU SALUD H&G S.A.S. reportar a contabilidad@tusalud.com.co

VALOR BRUTO	3,420,000.00
I.V.A.	551,000.00
DESCUE - COPAGO	0.00
TOTAL VENTA	**3,971,000.00**

La presente Factura de Venta, se aplicara en lo pertinente a las normas relativas de la letra de cambio Articulo 779 de C. de Comercio. El comprador del bien no podra alegar falta de representacion o indebida representacion por razon de la persona que reciba las mercancias de sus dependencias y firma de la presete factura para efectos de aceptacion del Titulo Valor Articulo 773 del C de Comercio. El comprador acepta que el pago de la presente factura debe cumplirse en la ciudad de Bogota. Nos reservamos la propiedad de la mercancia hasta tanto no sea cancelado su valor de conformidad del paragrafo del Articulo 2 del Decreto 1165 de 1996 Articulo 617 del ET Se entrega copia de la factura de venta Articulo 1 Ley 1231 de 2008 La mercancia amparada por este documento transportada por cuenta y riesgo del comprador. Despues de vencida la factura liquidamos intereses al maximo autorizado por la ley. Todo abono se aplicara primero a intereses causados.

Bertha Sofia Diaz Q.
CC. 40438710
Centro Costos 633P02.
Subgerencia Servicios de Salud.

Firma Cliente C.C. / NIT

¡¡¡ REPRESENTACION GRAFICA DE FACTURACION ELECTRONICA !!!

CUFE:
828336abbb9c94db21165dfa68fcc8048b6d6ec70cd9d03dd9

PBX: (571) 235 6515 Celular: 320 524 7544 / 300 204 2399 Direccion: Calle 62 N 22 16 Barrio San Luis Bogota D.C. / Colombia
Email: contacto@tusalud.com.co / comercial@tusalud.com.co
www.tusalud.com.co

COPIA

Tu Salud I.P.S
Especialistas en Movimiento y Aprendizaje

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002

El suscrito **GILBERTO ORJUELA GUERRERO**, identificado con cedula de ciudadanía No. 19.388.268 de Bogotá D.C. En mi calidad de Representante Legal de la empresa **TU SALUD IPS**. Con **N.I.T. 900.259.168 – 6** ; bajo la gravedad de juramento manifiesto, que la empresa ha cumplido durante los seis (06) meses anteriores a la fecha de la presentación de la presente propuesta con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes 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-, los fondos de pensiones , las administradoras de Riesgos Profesionales – ARP -, las cajas de compensación familiar , el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF- y el servicio Nacional de Aprendizaje – SENA -.

Dada en Bogotá, a los Once (11) días del mes de Diciembre del año 2020.

Atentamente,

GILBERTO ORJUELA GUERRERO
CC. 19.388.268
Representante Legal

PBX (57) 1- 2 356515 · **Cels** (57) 320 524 7544 - (57) 310 8513854
Dirección: Calle 62 # 22 - 16 · Barrio San Luis · Bogotá D.C./Colombia
contacto@tusalud.com.co / comercial@tusalud.com.co
www.tusalud.com.co

FECHA AÑO/MES/ DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
14/12/2020	Recibido y verificación de Dispositivos de Asistencia Personal Contrato 02-BS-052-2020	11:00 AM	12:00 PM

Proceso, área que lidera la reunión	Nombre de quien elabora el acta
Proyecto de dispositivos de asistencia personal N°138/2019	ANGELA PATRICIA GARCIA

1. Objetivo de la reunión:

Verificar el cumplimiento por parte del proveedor de las especificaciones técnicas en la elaboración de los Dispositivos de Asistencia Personal (DAP) recibidos.

2. Temas a tratar:

Recibir los Dispositivos prescritos para la localidad de Antonio Nariño
Verificar que los DPA cumplan con las especificaciones técnicas solicitadas, así como la calidad, cantidad y medidas.

3. Desarrollo:

De acuerdo al contrato 02-BS-052-2020 celebrado entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente y la empresa Tu Salud I.P.S. Nos reunimos el día de hoy en las instalaciones del Instituto Materno Infantil, con el fin de recibir y verificar los Dispositivos de Asistencia Personal solicitados a la empresa Tu Salud I.P.S., para el Convenio Interadministrativo 138/2019 de la Localidad de Antonio Nariño.

Los Dispositivos entregados por el proveedor son:

DISPOSITIVO (DAP)	CANTIDAD	CUMPLE ESPECIFICACIONES TECNICAS	VALOR TOTAL
SILLA DE BAÑO ESPECIAL TIPO PLAYERA	1	Si	$2.900.000
GRABADORA DIGITAL	1	Si	$520.000

Teniendo en cuenta lo anterior, se concluye que los elementos cumplen con las especificaciones técnicas y las cantidades solicitadas para la localidad.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CÓDIGO: ET-CO-FT-001 VERSIÓN: 03 FECHA: 2020-02-10
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	

FECHA AÑO/MES /DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
14/12/2020	Recibido y Verificación DAP.	11:00 A.M	12:00 P.M.

5. Asistencia

Nombres y Apellidos	Cargo	Área (unidad)	Correo	Firma
Kim Cabrera	Tu salud	Dirección ad	a.contratos1@subredsalud	
Angela Garcia	Facilitadora L.	FDL.	vel@subredcentrooriente.gov.co	Angela G