89478

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MAURICO ARIZA ORTIZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	xx	C.E		NO.	79661342						
CORREO ELECTRONICO:	maoariza14@hotmail.com				CELULAR:	3015188191						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED SUROCCIDENTE											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADMINISTRATIVO				SEDE:	Sur						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU37R13											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8100760894								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	OPS 3685-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 3				
NÚMERO DE CDP	27	FECHA	8/01/2020	NÚMERO DE CRP	15753	FECHA	31/01/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asisitencial en la Direccion Administrativa dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, de acuerdo al requerimineto institucional										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	2	2020		29	2	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.488.866										
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%									

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.466.598
VALOR EJECUTADO	$1.488.866
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.488.866
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.977.732
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$2.194.508**, el valor para IBC debe ser sobre un salario minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1026760843	$877.803,00	$109.725	$140.448	4	$0	**$250.174**

Dado en Bogotá , mes de Febrero del año Dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CARLOS FONSECA SAMACA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MAURICIO ARIZA ORTIZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

CONTRATO No. 6310 DE 2019

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	FRIDEN DE COLOMBIA HOSPITALARIA LTDA	NIT O C.C	830.018.535-9	Valor Inicial:
Representante Legal:	FANNY BECERRA SERRANO	Cedula Representante	37.810.707	Adición 1:
Objeto del Contrato u orden:	SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRURGICOS HOSPITALARIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESTACIÓN DEL SERVICIOS DE SALUD			Adición 2:
Duración Inicial	DOS (2) MESES			Adición 3:
Disponibilidades Números	950-15/07/2019	Registros Presupuestales		Adición 4:
				Adición 5:
				Adición 6:
				Adición 7:
				Adición 8:
				Adición 9:
Rubro presupuestal	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO		CODIGO 321020102	Adición 10:
				Adición 11:
				Valor Total:

2. AVANCE DE EJECUCION DEL

INFORMACION DE AC

No. INFORME/CERTIF.	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO	CENTRO DE COSTO	CUMPLIO	
			SI	NO
1	EL CONTRATISTA CUMPLIO CON EL OBJETO CONTRACTUAL PACTADO:SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRURGICOS HOSPITALARIOS,			

1	35114	24-07-2019	AC000000000973			15.990.300
2	35115	24-07-2019	SA000000000290			4.998.000
3	35116	24-07-2019	AC000000000956			5.320.200
4	35117	24-07-2019	SA000000000292			2.499.000
5	35118	24-07-2019	SA000000000291			15.658.200
6	35119	24-07-2019	FA000000000518			3.659.700
7	35120	27-07-2019	FA000000000519			1.660.500
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
			TOTAL			49.785.900

COMO SUPERVISOR DEL C

CERTIFICO

EL CONTRATISTA CUMPLIO A SATISFACCIÓN CON LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE LA ORDEN DE COMPRA 17375 DE 2

EJECUCION DEL CON

CONCEPTO	VALOR EN
Valor ejecutado	CUARENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS
Saldo por ejecutar	TREINTA MILLONES DOSCIENTOS CATORCE MIL CIEN PESOS MCTE
VALOR TOTAL CERTIFICADO	

No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO	
SIETE (7) FACTURAS: DE LA 35114 A LA 35120	
VALOR A PAGAR	**CUARENTA Y NUEVE M**

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión: 1 Fecha de aprobación: 9/11/2016 Código: 16-02-FO-0003	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:				Sede:						
No. DE CONTRATO: 3685-2020		**Periodo certificado desde el**		**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
				1	2	2.020		29	2	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MAURICIO ARIZA ORTIZ			**C. C.**		79.661.342		**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI ___ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Realizar la conducción de los vehículos de propiedad de la Subred en cumplimiento de las actividades asignadas por la Dirección Administrativa - Subproceso de Servicios de Apoyo.	Programado	Desplazó a los funcionarios y equipos a sus diferentes actividades programadas.	Planillas de actividades y soportes. En oficina Apoyo Administrativo
2. Realizar la conducción para la Subred en cumplimiento de las actividades programadas.	Programado	Desplazó a los funcionarios y equipos a sus diferentes actividades programadas.	Planillas de actividades y soportes. En oficina Apoyo Administrativo
3. Solicitar el mantenimiento y preventivo al vehículo asignado cuando sea necesario.	Programado	Diligenciar planillas de Inspección Pre Operacional diaria	Planillas
4. Informar el vencimiento de los seguros y demás documentos del vehículo.	Programado	No Aplica	No Aplica
5. Prestar el servicio de conducción con calidad y oportunidad para el adecuado cumplimiento de las actividades programadas.	Programado	Desplazó a los funcionarios y equipos a sus diferentes actividades programadas.	Planillas de actividades y soportes. En oficina Apoyo Administrativo
6. Apoyar las actividades de cargue y descargue de elementos, sin descuidar la seguridad e integridad del vehículo.	Programado	Desplazó a los funcionarios y equipos a sus diferentes actividades programadas.	Planillas de actividades y soportes. En oficina Apoyo Administrativo
7. Realizar el traslado de los funcionarios y colaboradores de la Subred a los diferentes puntos de atención o entidades, según la programación asignada.	Programado	Desplazó a los funcionarios y equipos a sus diferentes actividades programadas.	Planillas de actividades y soportes. En oficina Apoyo Administrativo
8. Utilizar el vehículo para realizar actividades de la institución única y exclusivamente.	Programado	Desplazó a los funcionarios y equipos a sus diferentes actividades programadas.	Planillas de actividades y soportes. En oficina Apoyo Administrativo
9. Responder por los elementos e insumos que hacen parte del inventario del vehículo.	Programado	Se Realiza Verificación de Inventario con el area de activos Fijos	Acta
10. Manejar adecuadamente los elementos de comunicación que la institución le suministre para el desarrollo del objeto contractual.	Programado	No Aplica	No Aplica
11. Mantener el vehículo asignado en óptimas condiciones de aseo y funcionamiento.	Programado	Diligenciar planillas de Inspección Pre Operacional diaria	Planillas
12. Todas las demás actividades que le sean solicitadas para garantizar el cumplimiento del objeto contractual.	Programado	Mantuvo disponibilidad de tiempo en el evento de ser requerido por transportes.	Planillas de actividades y soportes. En oficina Apoyo Administrativo
13. Realizar el curso de seguridad vial institucional y presentar certificado de aprobación con un porcentaje mínimo del 80%.		Según programación del area de Seguridad y Salud en el Trabajo	Certificación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.488.866,oo UN MILLON CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

Mauricio Ariza
7/11/2022

supervisor: Fecha . dd/mm/aaaa Firma de recibido

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Toyocar's Ltda.

INGENIERIA AUTOMOTRIZ
NIT.: 800.240.740-3
CARRERA 47 No. 134-45
TEL.: 6278199 - 5221410 FAX.: 6272751

RECIBO A SATISFACCION

NOMBRE Hospital del Sur (Sur Occidente)
NIT.:
DIRECCION
TELEFONO

Nº ORDEN 20166
FECHA DE INGRESO 01/03/13
FECHA DE SALIDA 01/03/13

MARCA Chevrolet NPR
MOTOR
KMS. 85694
COLOR Blanco
CHASIS
PLACAS
MODELO

	CANTIDAD		VALOR
MANO DE OBRA			
Cambio de Filtro de Combustibles			
Corregir Fuga Agua			
Limpieza de Motor			
REPUESTOS			
Filtros de Combustible	3		

Recibido a satisfación:

FIRMA:_____

NOMBRE CLARO:_____
Nº CEDULA:_____

Antonio Cuervo T

ANTONIO CUERVO T

Contrato 3685

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-02-13, 09:59:59 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1026760843 **Referencia pago(PIN)** 8814045960

Periodo Cotización 202001 **Periodo Servicio** 202001

Cliente:

PAGADA 2020-02-12

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ARIZA ORTIZ MAURICIO				
Documento	CC 79661342	**Dirección**	CLL 65 SUR 1 A 51 ESTE		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3015188191		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 79661342		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00					ARIZA ORTIZ MAURICIO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	0	0			$ 828.116	230201		16 %	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	NIN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

BOGOTA D.C.
Carrera 47 No.123A-09 Batán
PBX 6199095 - Fax 2131524
ventas@dentalnader.com

BUCARAMANGA
Calle 48 No.32-18
PBX 6574580 - Fax 6474748
bucaramanga@dentalnader.com

MONTERIA
Carrera 5 No.31-33 CENTRO
TELEFAX - 7821041
monteria@dentalnader.com

VILLAVICENCIO
Carrera 36 No.36-11 Barzal
PBX 6706405 - Fax 6628844
villavicencio@dentalnader.com

DENTAL NADER S.A.S.
Productos Médicos y Odontológicos

www.dentalnader.com

FACTURA DE VENTA
BTA-7656

NIT: 900.486.577-8 REGIMEN COMUN

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E UPS DEL SUR
Dirección: CL 35A 75B 17 SUR
Correo Elec: sugerservicios@hospitalsur.gov.co
Ciudad: BOGOTÁ

CC/NIT: 900959048-4
No. Pedido: RM-000000901244 ; RM-000000901245 ; RM-000000901246 ; RM-000000901247 ;
Vendedor: NADER BOGOTA
Nota: PRODUCTO ENTREGADO - CONTRATO 4181-2019

Teléfono: 4530715-7560505 EXT.1212
Celular: 7560505
Forma de pago: Credito a 90 Dias

Fecha: 04 /02 /2020
Fecha Vence: 04 /05 /2020

IVA	CANT.	PRODUCTO	PRESENTACION	MARCA	LOTE/SERIE	VENCE	V.UNIT	TOTAL
19	20	FRESA DE DIAMANTE REF.(BR-31) REDONDA	UNIDAD	YUN DA	20190628	25/12/2021	1,309	26,180
19	20	FRESA DE DIAMANTE REF.(BR-31) REDONDA	UNIDAD	YUN DA	20190628	25/12/2021	1,309	26,180
19	20	FRESA DE DIAMANTE REF.(BR-41) REDONDA	UNIDAD	YUN DA	20190628	30/01/2030	1,309	26,180
19	20	FRESA DE DIAMANTE REF.(BR-41) REDONDA	UNIDAD	YUN DA	20190628	30/01/2030	1,309	26,180
19	10	FRESA DE DIAMANTE REF.(BR-46) REDONDA	UNIDAD	YUN DA	20190628	30/01/2030	1,309	13,090
19	20	FRESA DE DIAMANTE REF.(BR-46) REDONDA	UNIDAD	YUN DA	20190628	30/01/2030	1,309	26,180
0	2	GASA PARA EXODONCIA SIN ALGODÓN	PQTE X 200 UND	PROGEDENT	20190628	28/06/2024	2,300	4,600
0	8	GASA PARA EXODONCIA SIN ALGODÓN	PQTE X 200 UND	PROGEDENT	20190628	28/06/2024	2,300	18,400
0	2	GASA PARA EXODONCIA SIN ALGODÓN	PQTE X 200 UND	PROGEDENT	20190628	28/06/2024	2,300	4,600
0	2	GASA PARA EXODONCIA SIN ALGODÓN	PQTE X 200 UND	PROGEDENT	20190628	28/06/2024	2,300	4,600
0	1	GASA PARA EXODONCIA SIN ALGODÓN	PQTE X 200 UND	PROGEDENT	20190628	28/06/2024	2,300	2,300
0	2	GASA PARA EXODONCIA SIN ALGODÓN	PQTE X 200 UND	PROGEDENT	20190628	28/06/2024	2,300	4,600
0	2	GASA PARA EXODONCIA SIN ALGODÓN	PQTE X 200 UND	PROGEDENT	20190628	28/06/2024	2,300	4,600
0	1	GASA PARA EXODONCIA SIN ALGODÓN	PQTE X 200 UND	PROGEDENT	20190628	28/06/2024	2,300	2,300

BASE EXCLUIDO:	4,739,700.00	BASE GRAVADA 16%:	0.00	BASE GRAVADA 19%:	920,458.00

VALOR EN LETRAS: cinco millones seiscientos cuarenta y tres mil ochocientos setenta y cinco pesos

DENTAL NADER S.A.S. Productos Médicos y Odontológicos
FIRMA DENTAL NADER

RECIBÍ CONFORME Y ACEPTO ESTE TITULO VALOR

DIA	
MES	
AÑO	

Autorizacion Numeracion de Facturacion DIAN No.18762011549461 de Dic.3-2018 Autorizacion por computador BTA 1-50.000,Vigencia 18 meses Actividad ICA 4773 Tarifa 4,14 x 1000.

Después del vencimiento de ésta factura se cobra intereses de mora a la tasa máxima permitida por ley. Por devoluciones de cheques se cobra el 20% del importe del cheque (Articulo 731 del Código de Comercio). La firma puesta por terceros en representación del comprador implica su obligación. (Articulo 640 del Código de Comercio) Realice sus pagos en la cuenta corriente Bancolombia #174778418-45 formato recaudo empresarial o Banco Davivienda cuenta Ahorros 450800184241. Reporte su pago a: contabilidad@dentalnader.com DESPUÉS DE 5 DIAS HÁBILES NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES-A ESTA FACTURA DE VENTA APLICAN LAS NORMAS RELATIVAS A LA LETRA DE CAMBIO (Art. 774 del C.de C. y Art.5 Ley 1231 Jul.17/2008)

Autorizo expresamente a DENTAL NADER S.A.S. para que mis datos personales ya sea como persona natural, sociedad y/o representante legal y/o socio sean consultados en cualquier base de datos de las centrales de riesgo, igualmente los autorizo para que en caso de mora en el pago de mis obligaciones comerciales sea reportado a la base de datos que elija DENTAL NADER S.A.S., la persona que firma la factura obra en mi nombre y representación, por lo tanto esta autorización es igualmente valida; acepto que si a la fecha estoy en mora o en un futuro presento retraso en los pagos, he sido notificado, de acuerdo a la ley 1266 de 2008 "habeas data"

23,433.00

Pasa...

ELABORADO POR: DANIEL GIL

- COPIA ADICIONAL -