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: 04
FECHA: 2018-07-10

CERTIFICACION:		**INFORME PARCIAL:**	X	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.		**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	**16/09/2019**	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	TU SALUD H & G SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS SAS	**NIT O C.C**	**900.259.168-6**	
Representante Legal:	GILBERTO ORJUELA GUERRERO	**Identificación Representante Legal**	**C.C: X** **C.E:**	19388268 de Bogotá
Objeto del Contrato u orden:	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 CON LAS LOCALIDADES DE CANDELARIA, ANTONIO NARIÑO, SANTA FE, LOS MÁRTIRES, SAN CRISTÓBAL Y RAFAEL URIBE URIBE			

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

									Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
				Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 1.365.857.600,00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 341.464.400,00**	**Plazo**	**02/07/2019**	**01/01/2020**
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	1293	22/05/2019	**Registro Inicial**	15108	05/07/2019					
Disponibilidades Números de Adiciones			**Registros Presupuestales de Adiciones**			**Adición 1:**		**Prórroga 1:**		
						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:	**$ 341.464.400,00**	**Fecha Terminación actual:**		01/01/2020
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**				
0	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 CON LAS LOCALIDADES DE CANDELARIA, ANTONIO NARIÑO, SANTA FE, LOS MÁRTIRES, SAN CRISTÓBAL 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 RESOLUCION 794 DEL 19 DE DICIEMBRE DE 2017, 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.**

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: 04
FECHA: 2018-07-10

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	2397	20/08/2019	ago-19	$ 31.101.800,00	$ 31.101.800,00	$ 310.362.600,00	9,11%	
TOTAL				$ 31.101.800	$ 31.101.800	$ 310.362.600	9,11%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO
CERTIFICO

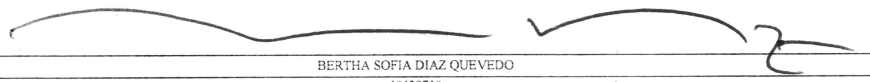
QUE EL CONTRATISTA HA CUMPLIDO A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL Y PRESENTA PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	TREINTA Y UN MILLONES CIENTO UN MIL OCHOCIENTOS PESOS	$ 31.101.800,00
Saldo por ejecutar	TRESCIENTOS DIEZ MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS	$ 310.362.600,00
Valor total certificado (Acumulado)	TREINTA Y UN MILLONES CIENTO UN MIL OCHOCIENTOS PESOS	$ 31.101.800,00

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA
2397	20/08/2019
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 31.101.800,00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	SE FACTURA $31.101.800 PESOS MCT., CORRESPONDIENTE A LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL (AYUDAS TÉCNICAS) DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, CIA 139/2018.

ANEXOS: Comprobante de entrada al almacén, acta de verificación de las ayudas técnicas, certificación de cumplimiento de pagos al sistema de seguridad social, planilla de pago de seguridad social mes agosto.

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 NATALIA TORRES CHAVES
AREA DE UBICACIÓN	INSTITUTO MATERNO INFANTIL
Correo Electronico:	uel@subredcentrooriente.gov.co

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

Especialistas en Movimiento y Aprendizaje

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

FACTURA DE VENTA
No. FV 2397

FACTURACIÓN POR COMPUTADOR
Resolucion DIAN 18762014837615
Fecha 2019/05/30
Numeracion autorizada Desde FV 2143 hasta FV 2857
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: 20 08 2019
Fecha Vencimiento: 18 11 2019

REF.	DESCRIPCION	REFEREN	SERIAL	CAN	IVA	V UNI	V TOTAL
	COLCHONETA ANTIESCARAS DOBLE	COLC 02		1.00	0.00	450,000.00	450,000.00
	COLCHONETA ANTIESCARAS SEMIDOBLE	COLC 02		1.00	0.00	420,000.00	420,000.00
	COLCHON ANTIESCARAS SENCILLO	COL 02		8.00	0.00	650,000.00	5,200,000.00
	COLCHON ANTIESCARAS SENCILLO CAMA HOSPITALARIA	COL 02		5.00	0.00	650,000.00	3,250,000.00
	COLCHON ANTIESCARAS SEMIDOBLE	COL 02		2.00	0.00	700,000.00	1,400,000.00
	COLCHON ANTIESCARAS DOBLE	COL 02		5.00	0.00	800,000.00	4,000,000.00
	COJIN DE POSICIONAMIENTO ESPUMA	CNE		6.00	0.00	130,000.00	780,000.00
	LOTERIA DE HABILIDADES COMUNICATIVAS BASICA	CC 48		2.00	60,800.00	160,000.00	320,000.00
	GUIA DE ESCRITURA PAGINA COMPLETA PLASTICA	CC 31		3.00	0.00	90,000.00	270,000.00
	DESPERTADOR PARLANTE	REL 02		11.00	0.00	120,000.00	1,320,000.00
	GRABADORA DIGITAL	CC 22		10.00	0.00	520,000.00	5,200,000.00
	LUZ BLANCA			1.00	0.00	180,000.00	180,000.00
	ATRIL	CC 132		7.00	0.00	190,000.00	1,330,000.00
	PUNZÓN			3.00	0.00	12,000.00	36,000.00
	ENHEBRADOR	CC 07		7.00	0.00	55,000.00	385,000.00
	PELADOR DE PAPA			10.00	0.00	70,000.00	700,000.00
	ABRE FRASCOS			11.00	0.00	110,000.00	1,210,000.00
	JUEGO DE AJEDREZ	CC 128		11.00	0.00	250,000.00	2,750,000.00
	CUBO RUBIK			2.00	0.00	120,000.00	240,000.00
	TABLET PARA PERSONA CIEGA 10ICD015302	CC 85		1.00	0.00	1,600,000.00	1,600,000.00
	CON CARGO AL CONTRATO 02-BS-0130-2019						
	LOCALIDAD SANTA FE						

TOTAL EN LETRAS
SON : TREINTA Y UN MILLONES CIENTO UN MIL OCHOCIENTOS 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	31,041,000.00
I.V.A.	60,800.00
DESCUE - COPAGO	0.00
TOTAL VENTA	**31,101,800.00**

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 presente 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.

23 AGO 2019
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO

Bertha Sofia Diaz Quevedo
CC 40439710
Centro Costos 653P02

Firma Cliente C.C. / NIT

Subgerencia Servicios de Salud

Firma Autorizada Tu Salud H&G S.A.S.

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

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

Fecha Actual : viernes, 30 agosto 2019

Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA

Nº00000000029508

PROVEEDOR:	TU SALUD H&G S.A.S	**NIT:**	900259168	**FECHA:**	28/08/2019 12:11 p. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	CL 62 N 22 - 16			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	3108508579			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	FV 2397	**% ICA:**	11,0400	**PLAZO:**	30
				FECHA FAC:	20/08/2019 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
101CD015036	COLCHONETA ANTIESCARAS SOBRE MEDIDAS TIPO SEMI DOBLE	UNIDAD	1,00	$450.000,00	$450.000,00	0,00	0,00
101CD015036	*COLCHONETA ANTIESCARAS SOBRE MEDIDAS TIPO SEMI DOBLE*	*UNIDAD*	*1,00*	*$420.000,00*	*$420.000,00*	*0,00*	*0,00*
101CD015031	COLCHON ANTIESCARAS EN ESPUMA SENCILLO	UNIDAD	13,00	$650.000,00	$8.450.000,00	0,00	0,00
101CD015063	COLCHON ANTIESCARAS TIPO SEMI DOBLE	UNIDAD	2,00	$700.000,00	$1.400.000,00	0,00	0,00
101CD015032	COLCHON ANTIESCARAS EN ESPUMA DOBLE	UNIDAD	5,00	$800.000,00	$4.000.000,00	0,00	0,00
101CD015033	COJIN ESPUMA DE MEMORIA SOBRE MEDIDA O POSICIONAMIENTO	UNIDAD	6,00	$130.000,00	$780.000,00	0,00	0,00
101CD015241	LOTERIA DE HABILIDADES COMUNICATIVAS BASICA	UNIDAD	2,00	$160.000,00	$320.000,00	0,00	19,00
101CD015042	GUIA ESCRITURA PAGINA COMPLETA	UNIDAD	3,00	$90.000,00	$270.000,00	0,00	0,00
101CD015111	DESPERTADOR PARLANTE	UNIDAD	11,00	$120.000,00	$1.320.000,00	0,00	0,00
101CD015112	GRABADORA DIGITAL	UNIDAD	10,00	$520.000,00	$5.200.000,00	0,00	0,00
101CD015243	LUZ BLANCA	UNIDAD	1,00	$180.000,00	$180.000,00	0,00	0,00
101CD010004	ATRIL PORTA SUERO	UNIDAD	7,00	$190.000,00	$1.330.000,00	0,00	0,00
101CD015244	PUNZON	UNIDAD	3,00	$12.000,00	$36.000,00	0,00	0,00
101CD015043	ENHEBRADORES DE AGUJAS	UNIDAD	7,00	$55.000,00	$385.000,00	0,00	0,00
101CD015045	PELADOR DE PAPAS	UNIDAD	10,00	$70.000,00	$700.000,00	0,00	0,00
101CD015046	ABRE FRASCOS	UNIDAD	11,00	$110.000,00	$1.210.000,00	0,00	0,00
101CD015249	JUEGO DE AJEDREZ	UNIDAD	11,00	$250.000,00	$2.750.000,00	0,00	0,00
101CD015254	CUBO RUBIK	UNIDAD	2,00	$120.000,00	$240.000,00	0,00	0,00
101CD015302	TABLET PARA PERSONA CIEGA	UNIDAD	1,00	$1.600.000,00	$1.600.000,00	0,00	0,00

DETALLE

INGRESA AL ALMACEN PRINCIPAL SANTA CLARA CONTRATO 02-BS-0130-2019[(*ω*)].

SUBTOTAL:	$31.041.000,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$60.800,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$9.120,00
RETE ICA:	$342.693,00
RETE FUENTE:	$776.025,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
TOTAL COMPROBANTE:	

GENERADO A [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900259168-0]

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

COMPROBANTE ENTRADA

VEINTINUEVE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$29.973.962,00

Elaboró

Revisó Almacen

Revisado Impuestos

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 Veinte (20) días del mes de Agosto del año 2019.

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

Viernes 9 de Agosto de 2019, 04:11 PM
Código único CUS: 480439446

Pago PSE
No. Cliente Empresarial: 44205

¡Su transacción fue realizada con éxito!

Número de aprobación: 00439446
Esta transacción estará sujeta a verificación
Salir Guardar PDF

Detalles de la transacción

Destino del pagoSOI ACH
MotivoPago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales
Fecha del pago09/08/2019
Valor del pago$10.223.100,00
Referencia 1172.16.20.158

Referencia 2NI

Referencia 3900259168

Costo de la transacción$0,00 IVA incluido

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2019.

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2019.

C C

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900259168
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			TU SALUD H G SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 62 # 22-16	TELÉFONO:	2356515
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7728191480	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES:	agosto
	AÑO: 2019			AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/08/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			480439446

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201-PROTECCION (ING+PROTEC.)	3	$ 728.000
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	7	$ 3.473.500
800227940	231001	231001-COLFONDOS	2	$ 356.800
800224808	230301	230301-PORVENIR	5	$ 1.040.800
SUBTOTAL:			17	$ 5.599.100
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	3	$ 236.400
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3	$ 33.000
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 33.200
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	8	$ 401.600
901097473	EPS044	EPS044-MEDIMÁS	2	$ 1.689.300
SUBTOTAL:			17	$ 2.443.500
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	17	$ 1.368.200
SUBTOTAL:			17	$ 1.368.200
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	17	$ 179.800
SUBTOTAL:			17	$ 179.800
OTROS PARAFISCALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
899999034	PASENA	PASENA-SENA	1	$ 253.000
899999239	PAICBF	PAICBF-ICBF	1	$ 379.500
SUBTOTAL:			1	$ 632.500

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 900258184
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: TU SALUD H O SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS
CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN: CALLE 71 # 22-18 TELÉFONO: 2356615
TIPO APORTANTE: 01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE: MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA: Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 7728191450 TIPO DE PLANILLA: E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES Julio AÑO 2019 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES Agosto AÑO 2019
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 20190809 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 60033444

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION (IXXI PROTEC)	3	$ 724.000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$ 728.000	$0	$ 728.000
230301	230301-PORVENIR	5	$ 1.040.800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$ 1.040.800	$0	$ 1.040.800
231001	231001-COLFONDOS	2	$ 558.800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$ 558.800	$0	$ 558.800
25-14	25-14 COLPENSIONES	7	$ 3.348.900	$0	$0	$ 63.300	$ 63.300	$0	$0	$ 3.473.500	$0	$ 3.473.500
SUBTOTALES:										$ 5.889.100	$0	$ 5.889.100

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	8		$0		$0		$0	$ 401.600	$0	$0	$0	$ 401.600	$0	$0	$ 401.600
EPS017	EPS017-FAMISANAR	3		$0		$0		$0	$ 238.400	$0	$0	$0	$ 238.400	$0	$0	$ 238.400
EPS044	EPS044-MEDIMAS	2		$0		$0		$0	$ 1.888.300	$0	$0	$0	$ 1.888.300	$0	$0	$ 1.888.300
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3		$0		$0		$0	$ 63.000	$0	$0	$0	$ 63.000	$0	$0	$ 63.000
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$0		$0		$0	$ 33.200	$0	$0	$0	$ 33.200	$0	$0	$ 33.200
SUBTOTALES:													$ 2.663.600	$0	$0	$ 2.663.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ATEP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	17		$0	$0		$0	$ 173.800	$ 173.800	$0	$0	$ 173.800
SUBTOTALES:									$ 173.800			$ 173.800

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	17	$ 1.368.200	$0	$ 1.368.200
SUBTOTALES:			$ 1.368.200	$0	$ 1.368.200

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	1	$ 379.600	$0	$ 379.600
PASENA	PASENA - SENA	1	$ 253.000	$0	$ 253.000
SUBTOTALES:			$ 632.600	$0	$ 632.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

TP	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL. INTEGRAL	COL. RESIDENTE EXTERIOR	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 1.050.000				SI	15															
	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 2.070.000				SI		20														
	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 1.900.000				SI																
	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 1.800.000				SI	22															
	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 2.700.000				SI																

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

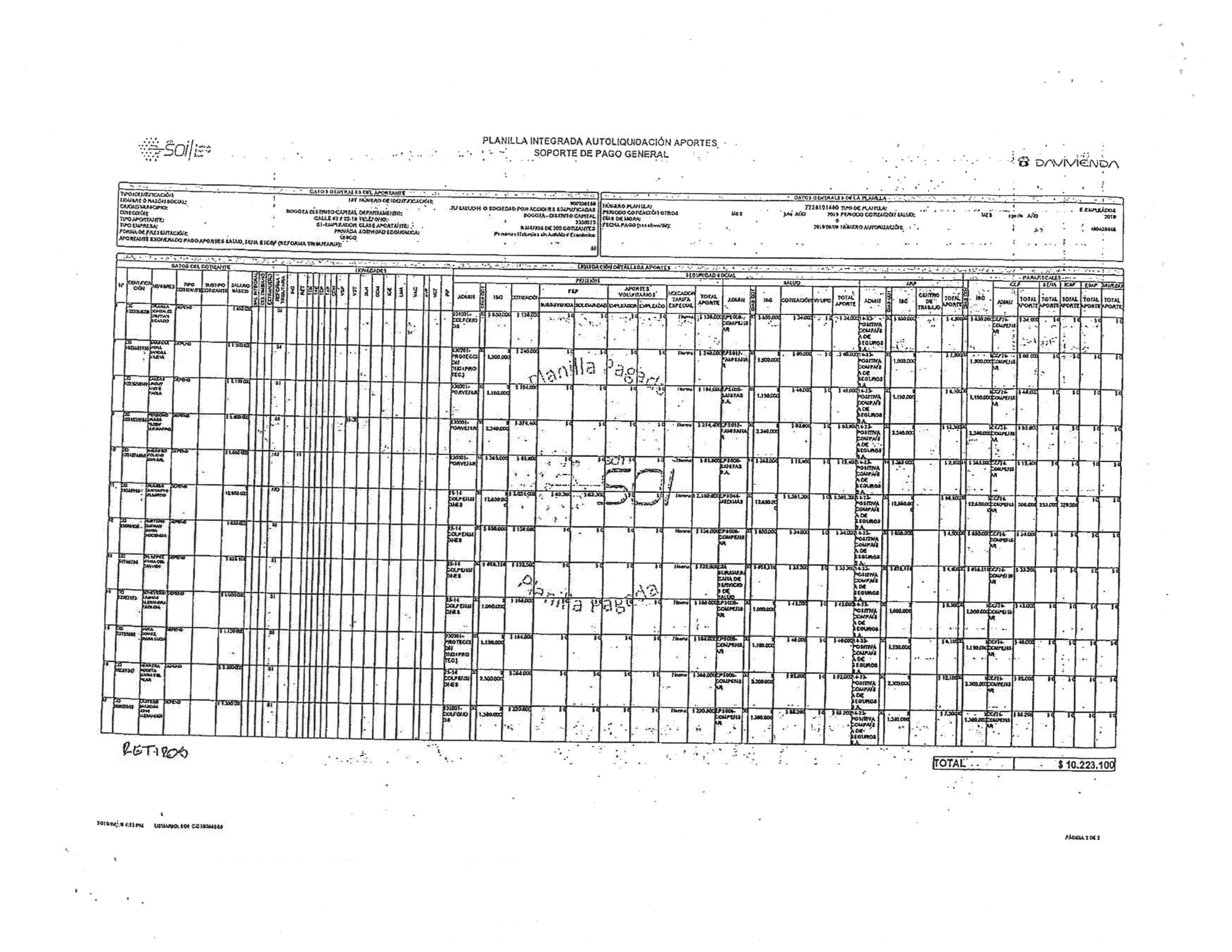
IDENTIFICACIÓN	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
CC [illegible]	230301-PORVENIR	15	$ 560.000	$ 89.600	$0	$0	$0	$0	Normal	$ 89.600
CC [illegible]	230301-PORVENIR	30	2.070.000	$ 331.200	$0	$0	$0	$0	Normal	$ 331.200
CC [illegible]	230201-PROTECCION (IXXI PROTEC)	30	1.900.000	$ 304.000	$0	$0	$0	$0	Normal	$ 304.000
CC [illegible]	25-14 COLPENSIONES	9	$ 540.000	$ 86.400	$0	$0	$0	$0	Normal	$ 86.400
CC [illegible]	25-14 COLPENSIONES	30	2.700.000	$ 432.000	$0	$0	$0	$0	Normal	$ 432.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

IDENTIFICACIÓN	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	V. UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
CC [illegible]	EPS008-COMPENSAR	14	$ 560.000	$ 22.400	$0	$ 22.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	14	$ 560.000		$ 3.000
CC [illegible]	EPS017-FAMISANAR	30	2.070.000	$ 82.800	$0	$ 82.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	2.070.000		$ 10.800
CC [illegible]	EPS008-COMPENSAR	30	1.900.000	$ 76.000	$0	$ 76.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.900.000		$ 10.000
CC [illegible]	EPS005-SANITAS S.A.	8	$ 540.000	$ 21.600	$0	$ 21.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	8	$ 540.000		$ 2.900
CC [illegible]	EPS044-MEDIMAS	30	2.700.000	$ 108.000	$0	$ 108.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	2.700.000		$ 14.100

PARAFISCALES

IDENTIFICACIÓN	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
CC [illegible]	14	$ 560.000	CCF24-COMPENSAR	$ 22.400	$0	$0	$0	$0
CC [illegible]	30	2.070.000	CCF24-COMPENSAR	$ 82.800	$0	$0	$0	$0
CC [illegible]	30	1.900.000	CCF24-COMPENSAR	$ 76.000	$0	$0	$0	$0
CC [illegible]	8	$ 540.000	CCF24-COMPENSAR	$ 21.600	$0	$0	$0	$0
CC [illegible]	30	2.700.000	CCF24-COMPENSAR	108.000	$0	$0	$0	$0


PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL
DAVIVIENDA
DATOS GENERALES DEL APORTANTE
DATOS GENERALES DE LA PLANILLA
DATOS DEL COTIZANTE
LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES
SEGURIDAD SOCIAL
PARAFISCALES
PENSIÓN
SALUD
ARP
CCF
SENA
ICBF
ESAP
MINEDU
Planilla Pagada
RETIROS
TOTAL
$ 10.223.100
PÁGINA 2 DE 2

ACTA DE REUNIÓN

FECHA AÑO/MES/ DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
05/08/2019	**Recibido y verificación de Dispositivos de Asistencia Personal Contrato 02-BS-0130-2019**	**11:00 AM**	**1:00 PM**

Proceso, área que lidera la reunión	Nombre de quien elabora el acta
Proyecto de dispositivos de asistencia personal N°139/2018	**Gisselle Triana**

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 Santa Fe
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-0130-2019 celebrado entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente y la empresa Tu Salud H&G Sociedad por Acciones Simplificadas S.A.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, para el Convenio Interadministrativo 139/2018 de la Localidad de Santa Fe.

Los Dispositivos entregados por el proveedor son:

DISPOSITIVO (DAP)	CANTIDAD	CUMPLE ESPECIFICACIONES TECNICAS	VALOR TOTAL
Colchoneta Antiescaras Doble	1	Si	$450.000
Colchoneta Antiescaras Semidoble	1	Si	$420.000
Colchón Antiescaras Sencillo	8	Si	$5.200.000
Colchón Antiescaras Sencillo Cama Hospitalaria	5	Si	$3.250.000
Colchón Antiescaras Semidoble	2	Si	$1.400.000
Colchón Antiescaras Doble	5	Si	$4.000.000
Cojín De Posicionamiento Espuma	6	Si	$780.000

FECHA AÑO/MES/ DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
05/08/2019	**Recibido y verificación de Dispositivos de Asistencia Personal Contrato 02-BS-0130-2019**	11:00 AM	1:00 PM

Lotería De Habilidades Comunicativas Básica	2	Si	$380.800
Guía De Escritura Página Completa Plástica	3	Si	$270.000
Despertador Parlante	11	Si	$1.320.000
Grabadora Digital	10	Si	$5.200.000
Luz Blanca	1	Si	$180.000
Atril	7	Si	$1.330.000
Punzón	3	Si	$36.000
Enhebrador	7	Si	$385.000
Pelador De Papa	10	Si	$700.000
Abre Frascos	11	Si	$1.210.000
Juego De Ajedrez	11	Si	$2.750.000
Cubo Rubik	2	Si	$240.000
Tablet Para Persona Ciega	1	Si	$1.600.000

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
	ACTA DE REUNIÓN

FECHA AÑO/MES/ DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
05/08/2019	Recibido y verificación de Dispositivos de Asistencia Personal Contrato 02-BS-0130-2019	11:00 AM	1:00 PM

5. Asistencia

Nombres y Apellidos	Cargo	Área (unidad)	Correo	Firma
Gisselle Triana	Facilitadora	SPAO	gistriana@gmail.com	
Bertha Sarania Z	Líder proyectos FSL	Subred		
Miguel Angel Cortes T	Profesional Universitario	Almacen	almacen100@sicoo.gov.co	
[illegible]	Asesora Comercial	TU Salud	a.comercial@tusalud.com	