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 0			Código(S) Rubro(S)	23201020102 0	Validación Tope Máximo del Contrato	Adicionar			

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%	
2	2398	20/08/2019	ago-19	$ 13.877.200,00	$ 44.979.000,00	$ 296.485.400,00	13,17%	
3	2399	20/08/2019	ago-19	$ 6.494.000,00	$ 51.473.000,00	$ 289.991.400,00	15,07%	
TOTAL				$ 51.473.000	$ 51.473.000	$ 289.991.400	15,07%	

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	CINCUENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL PESOS	$ 51.473.000,00
Saldo por ejecutar	DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS	$ 289.991.400,00
Valor total certificado (Acumulado)	CINCUENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL PESOS	$ 51.473.000,00

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA
2399	20/08/2019
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 6.494.000,00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	SE FACTURA $6.494.000 PESOS MCT., CORRESPONDIENTE A LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL (AYUDAS TÉCNICAS) DE LA LOCALIDAD DE CANDELARIA, CIA 107/2018.

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

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. FV 2399

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
	COLCHON ANTIESCARAS SENCILLO	COL 02		1.00	0.00	650,000.00	650,000.00
	COLCHON ANTIESCARAS PARA CAMA HOSPITALARIA	COL 02		1.00	0.00	650,000.00	650,000.00
	COLCHON ANTIESCARAS DOBLE	COL 02		1.00	0.00	800,000.00	800,000.00
	DESPERTADOR PARLANTE	REL 02		3.00	0.00	120,000.00	360,000.00
	PIZARRA BRAILLE DE CUATRO RENGLONES	PM 01		2.00	0.00	90,000.00	180,000.00
	GRABADORA DIGITAL	CC 22		2.00	0.00	520,000.00	1,040,000.00
	ATRIL	CC 132		1.00	0.00	190,000.00	190,000.00
	METRO BRAILLE	CC 65		1.00	0.00	70,000.00	70,000.00
	PUNZÓN			2.00	0.00	12,000.00	24,000.00
	ENHEBRADOR	CC 07		4.00	0.00	55,000.00	220,000.00
	PELADOR DE PAPA			4.00	0.00	70,000.00	280,000.00
	ABRE FRASCOS			4.00	0.00	110,000.00	440,000.00
	JUEGO DE AJEDREZ	CC 128		1.00	0.00	250,000.00	250,000.00
	CUBO RUBIK			1.00	0.00	120,000.00	120,000.00
	CALZADOR DE MEDIAS	CC 111		2.00	0.00	90,000.00	180,000.00
	CALZADOR DE ZAPATOS DE MANGO LARGO	CC 05		2.00	0.00	140,000.00	280,000.00
	GANCHO ABOTONADOR	CC 19		2.00	0.00	90,000.00	180,000.00
	JUEGO DE CUBIERTOS	CC 106		1.00	0.00	180,000.00	180,000.00
	ABRE FRASCOS			2.00	0.00	110,000.00	220,000.00
	MANGO MULTIFUNCIONAL	CC 55		2.00	0.00	90,000.00	180,000.00
	CON CARGO AL CONTRATO 02-BS-0130-2019 LOCALIDAD CANDELARIA						

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

23 AGO 2019

Almacén General de Suministros Calara
RECIBIDO

TOTAL EN LETRAS
SON : SEIS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO 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	6,494,000.00
I.V.A.	0.00
DESCUE - COPAGO	0.00
TOTAL VENTA	**6,494,000.00**

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 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.

Bertha Sofia Diaz Quevedo
CC 40438710
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

Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA

Nº0000000029483

PROVEEDOR: TU SALUD H&G S.A.S. **NIT:** 900259168 **FECHA:** 28/08/2019 09:44 a. 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 2399 **% ICA:** 11,0400 **PLAZO:** 30 **FECHA FAC:** 20/08/2019 12:00 a. m

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
101CD015055	COLCHONETA ANTIESCARAS SOBRE MEDIDAS TIPO SENCILLO	UNIDAD	1,00	$650.000,00	$650.000,00	0,00	0,00
101CD015031	*COLCHON ANTIESCARAS EN ESPUMA SENCILLO*	*UNIDAD*	*1,00*	*$650.000,00*	*$650.000,00*	*0,00*	*0,00*
101CD015032	COLCHON ANTIESCARAS EN ESPUMA DOBLE	UNIDAD	1,00	$800.000,00	$800.000,00	0,00	0,00
101CD015111	DESPERTADOR PARLANTE	UNIDAD	3,00	$120.000,00	$360.000,00	0,00	0,00
101CD015242	PIZARRA BRAILLE	UNIDAD	2,00	$90.000,00	$180.000,00	0,00	0,00
101CD015112	GRABADORA DIGITAL	UNIDAD	2,00	$520.000,00	$1.040.000,00	0,00	0,00
101CD010004	ATRIL PORTA SUERO	UNIDAD	1,00	$190.000,00	$190.000,00	0,00	0,00
101CD015244	PUNZON	UNIDAD	2,00	$12.000,00	$24.000,00	0,00	0,00
101CD015043	ENHEBRADORES DE AGUJAS	UNIDAD	4,00	$55.000,00	$220.000,00	0,00	0,00
101CD015045	PELADOR DE PAPAS	UNIDAD	4,00	$70.000,00	$280.000,00	0,00	0,00
101CD015046	ABRE FRASCOS	UNIDAD	6,00	$110.000,00	$660.000,00	0,00	0,00
101CD015248	METRO BRAILLE	UNIDAD	1,00	$70.000,00	$70.000,00	0,00	0,00
101CD015249	JUEGO DE AJEDREZ	UNIDAD	1,00	$250.000,00	$250.000,00	0,00	0,00
101CD015250	CALZADOR DE ZAPATOS DE MANGO LARGO	UNIDAD	2,00	$140.000,00	$280.000,00	0,00	0,00
101CD015251	GANCHO ABOTONADOR	UNIDAD	2,00	$90.000,00	$180.000,00	0,00	0,00
101CD015252	JUEGO DE CUBIERTOS	UNIDAD	1,00	$180.000,00	$180.000,00	0,00	0,00
101CD015253	MANGO MULTIFUNCIONAL	UNIDAD	2,00	$90.000,00	$180.000,00	0,00	0,00
101CD015254	CUBO RUBIK	UNIDAD	1,00	$120.000,00	$120.000,00	0,00	0,00
101CD015255	CALZADOR DE MEDIAS	UNIDAD	2,00	$90.000,00	$180.000,00	0,00	0,00

DETALLE

CONTRATO 02-BS-0130-2019 (JT) SALUD PUBLICA

SUBTOTAL:	*$6.494.000,00*
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$71.694,00
RETE FUENTE:	$162.350,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00

TOTAL COMPROBANTE:

SEIS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA

TOTAL COMPR: $8.209.936,00 ✓

Elaboró

Revisó Almacen

Revisado Impuestos

Tu Salud IPS
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	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2019	SALUD:		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	$ 235.400
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3	$ 83.000
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:				$ 632.500

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI | LEC

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT (NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN): 900258168
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	TU SALUD H. O SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS
CIUDAD/UBICACIÓN:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 73 # 22-16 TELÉFONO: 2356515
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE: A-APORTES DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA: Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	U-HCO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (PERSONA TRIBUTARIA):	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	77281914S0 TIPO DE PLANILLA: E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES julio AÑO 2018 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES agosto AÑO 2018
DÍAS DE MORA:	0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/08/08 NÚMERO AUTOLIQUIDACIÓN: 6406188448

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION (NIT PROTEC)	3	$ 728.000	$ 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	$ 334.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 334.800	$ 0	$ 334.800
25-14	25-14 COLPENSIONES	7	$ 3.348.800	$ 0	$ 0	$ 63.200	$ 63.200	$ 0	$ 0	$ 3.472.200	$ 0	$ 3.472.200
SUBTOTALES:		17		$ 0	$ 0	$ 63.200	$ 63.200	$ 0	$ 0	$ 5.849.800	$ 0	$ 5.849.800

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: VALOR	LICENCIA MATERNIDAD: NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD: VALOR	SALDO A FAVOR: PLANILLA	SALDO A FAVOR: VALOR	LIQUIDACIÓN: COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN: UPC	MORA: COTIZACIÓN	MORA: UPC	TOTALES: APORTES	TOTALES: MORA	TOTALES: DESCUENTO	TOTALES: VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	8		$ 0		$ 0		$ 0	$ 401.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 401.800	$ 0	$ 0	$ 401.800
EPS017	EPS017-FAMISANAR	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 238.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 238.400	$ 0	$ 0	$ 238.400
EPS044	EPS044-SURA EPS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.808.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.808.200	$ 0	$ 0	$ 1.808.200
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 63.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 63.000	$ 0	$ 0	$ 63.000
EPS010	CAJA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 33.200
SUBTOTALES:		17		$ 0		$ 0		$ 0	$ 2.443.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.443.600	$ 0	$ 0	$ 2.443.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP: NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP: VALOR	INCAPACIDAD IRP: PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR: PLANILLA	SALDO A FAVOR: VALOR	LIQUIDACIÓN: COTIZACIÓN	TOTALES: APORTES	TOTALES: MORA	TOTALES: DESCUENTO	TOTALES: VALOR PAGADO
1633	1633-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	17		$ 0	$ 0			$ 1.173.800	$ 1.173.800	$ 0	$ 0	$ 1.173.800
SUBTOTALES:		17		$ 0	$ 0			$ 1.173.800	$ 1.173.800	$ 0	$ 0	$ 1.173.800

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES: APORTES	TOTALES: MORA	TOTALES: VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMFAMILIAR	17	$ 1.368.200	$ 0	$ 1.368.200
SUBTOTALES:		17	$ 1.368.200	$ 0	$ 1.368.200

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES: APORTES	TOTALES: MORA	TOTALES: VALOR PAGADO
PARCIP	PARCIP - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	1	$ 379.500	$ 0	$ 379.500
PASENA	PASENA - SENA	1	$ 253.000	$ 0	$ 253.000
SUBTOTALES:		1	$ 632.500	$ 0	$ 632.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: TIPO IDENTIFICACIÓN | NÚMERO IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | SALARIO INTEGRAL | COLOMBIA MAYOR | EXTRANJERO SIN PENSIÓN OBLIGATORIA | RETENCIÓN FUENTE | NOVEDADES: ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | SLP | VCT | IRP

SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN: ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | COTIZACIÓN TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE

SALUD: ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VR UPC | TOTAL APORTE

ARP: ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE

PARAFISCALES: CCF: DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE — SENA: TOTAL APORTE — ICBF: TOTAL APORTE — ESAP: TOTAL APORTE — MINEDU: TOTAL APORTE

IP	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIA MAYOR	EXTRANJERO SIN PENSIÓN OBLIGATORIA	RETENCIÓN FUENTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	SLP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	COTIZACIÓN TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VR UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1013434387	JESSICA ESTEFANIA	DEPEND		$ 1.056.000																				230301-PORVENIR	30	$ 560.000	$ 59.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Horas	$ 59.800	1633-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 560.000	$ 22.400	$ 0	$ 22.400	1633-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 560.000		$ 3.000	30	$ 560.000	CCF24-COMFAMILIAR	$ 22.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1015400350	CLARISSA MAITRETA LAURA CAMARENA	DEPEND		$ 2.070.000																				230301-PORVENIR	30	$ 2.070.000	$ 331.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Horas	$ 331.200	EPS008-COMPENSAR	30	$ 2.070.000	$ 82.800	$ 0	$ 82.800	1633-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.070.000		$ 15.800	30	$ 2.070.000	CCF24-COMFAMILIAR	$ 82.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1015412681	ALEJOS DOMINGUEZ CRISTIAN ADRIANO	DEPEND		$ 1.900.000																				230301-PROTECCION (NIT PROTEC)	30	$ 1.900.000	$ 304.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Horas	$ 304.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.900.000	$ 76.000	$ 0	$ 76.000	1633-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.900.000		$ 15.800	30	$ 1.900.000	CCF24-COMFAMILIAR	$ 76.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1019761408	GIRON GOMEZ LAURA VALERIA	DEPEND		$ 1.800.000																				25-14 COLPENSIONES	30	$ 540.000	$ 64.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Horas	$ 64.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 540.000	$ 21.600	$ 0	$ 21.600	1633-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 540.000		$ 2.900	30	$ 540.000	CCF24-COMFAMILIAR	$ 21.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1022344133	CALDERA CARVAJAL LAURA GABRIELA	DEPEND		$ 2.700.000																				25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.700.000	$ 432.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Horas	$ 432.000	EPS044-SURA EPS	30	$ 2.700.000	$ 108.000	$ 0	$ 108.000	1633-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.700.000		$ 14.100	30	$ 2.700.000	CCF24-COMFAMILIAR	$ 108.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Soi | DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: NIT
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 900254188
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: TU SALUD IPS SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS
CIUDAD Y DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN: CALLE 67 # 22-18 TELÉFONO: 3350515
TIPO APORTANTE: 01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE: RANGOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Prestadores Servicios de Salud y Asistencia
FORMA DE PRESENTACIÓN: CENSO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 7728191480 TIPO DE PLANILLA: E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS: MES AÑO 2019 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES AÑO 2019
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (dd/mm/aa): 2019/06/06 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 480438468

DATOS DEL COTIZANTE

No	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	IBC INTEGRAL	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 1222364628	GRANADA CHICA ES CRISTIAN RICARDO	23/04/0		$ 650.000				54
2	CC 1032441199	GRANADA LOPEZ PAOLA SANDRA MILENA	23/04/0		$ 1.500.000				54
3	CC 1032454849	GALEANO LAGUNA VICTOR PAOLA	23/04/0		$ 1.150.000				01
4	CC 1032453916	HERNANDEZ MARIA TERESA ALEJANDRA	23/04/0		$ 1.605.000				01
5	CC 1018376468	MARTINEZ MOLANO JUAN PABLO	23/04/0		$ 1.650.000				01
6	CC 1032457168	OSORIO MARTINEZ CRISTIAN	23/04/0		18.850.000				030
7	CC 1030967458	MARTINEZ CRISTIAN CAMILO ESCOBEDO	23/04/0		$ 650.000				01
8	CC 1019748734	DELGADO LOPEZ MARIA DEL CARMEN	23/04/0		$ 1.605.316				01
9	CC 1020421973	ZEA RIVERA LAURA VANESSA TABORDA	23/04/0		$ 1.650.000				01
10	CC 1032755001	VERA GOMEZ JUAN PABLO	23/04/0		$ 1.150.000				01
11	CC 1026819267	RAMIREZ AGUDELO JUAN DE LA PAZ	23/04/0		$ 3.300.000				01
12	CC 1026825452	CASTELLAR MANJARRES JOHN ALEXANDER	23/04/0		$ 1.300.00				01

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

ADMIN	CÓDIGO COTIZ	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-COLFONDOS	23	$ 650.000	$ 156.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 156.000
230701-PROTECCION (RIESGOS PROTEC.)	23	1.500.000	$ 240.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240.000
230301-PORVENIR	23	1.150.000	$ 184.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 184.000
230301-PORVENIR	23	2.340.000	$ 374.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 374.400
230301-PORVENIR	23	$ 565.000	$ 81.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 81.000
15-14 COLPENSIONES	23	12.650.000	$ 2.024.000	$ 63.300	$ 63.300	$ 0	$ 0	Normal	$ 2.150.600
15-14 COLPENSIONES	23	$ 650.000	$ 104.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 104.000
15-14 COLPENSIONES	23	$ 816.316	$ 130.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 130.500
15-14 COLPENSIONES	23	1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000
230701-PROTECCION (RIESGOS PROTEC.)	23	1.150.000	$ 184.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 184.000
15-14 COLPENSIONES	23	2.300.000	$ 364.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 368.000
230301-COLFONDOS	23	1.300.000	$ 220.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 220.800

ADMIN	CÓDIGO COTIZ	IBC	COTIZACIÓN	YY UPC	TOTAL APORTE
EPS018-SANITAS	23	$ 650.000	$ 54.000	$ 0	$ 54.000
EPS017-FAMISANAR	23	1.500.000	$ 60.000	$ 0	$ 60.000
EPS005-SANITAS	23	1.150.000	$ 46.000	$ 0	$ 46.000
EPS017-FAMISANAR	23	2.340.000	$ 93.600	$ 0	$ 93.600
EPS005-SANITAS	23	$ 565.000	$ 15.400	$ 0	$ 15.400
EPS044-MEDIMÁS	23	12.650.000	$ 1.581.300	$ 0	$ 1.581.300
EPS008-COMPENSAR	23	$ 650.000	$ 34.000	$ 0	$ 34.000
EPS EMPRESA UNIPERSONAL CAJA DE SERVICIO DE SALUD	23	$ 816.316	$ 32.500	$ 0	$ 32.500
EPS008-COMPENSAR	23	1.000.000	$ 40.000	$ 0	$ 40.000
EPS008-COMPENSAR	23	1.150.000	$ 46.000	$ 0	$ 46.000
EPS008-COMPENSAR	23	2.300.000	$ 92.000	$ 0	$ 92.000
EPS008-COMPENSAR	23	1.300.000	$ 88.200	$ 0	$ 88.200

ADMIN	CÓDIGO COTIZ	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	23	$ 650.000		$ 4.300
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	23	1.500.000		$ 7.300
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	23	1.150.000		$ 6.150
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	23	2.340.000		$ 12.500
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	23	$ 565.000		$ 2.800
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	23	12.650.000		$ 68.100
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	23	$ 650.000		$ 4.500
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	23	$ 816.316		$ 4.400
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	23	1.000.000		$ 5.500
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	23	1.150.000		$ 6.100
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	23	2.300.000		$ 12.100
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	23	1.300.000		$ 7.300

IBC	ADMIN	TOTAL APORTE
$ 650.000	CCF16-COMPENSAR	$ 54.000
1.500.000	CCF16-COMPENSAR	$ 60.000
1.150.000	CCF16-COMPENSAR	$ 46.000
2.340.000	CCF16-COMPENSAR	$ 93.600
$ 565.000	CCF16-COMPENSAR	$ 15.400
12.650.000	CCF16-COMPENSAR	$ 506.000
$ 650.000	CCF16-COMPENSAR	$ 34.000
$ 816.316	CCF16-COMPENSAR	$ 32.700
1.000.000	CCF16-COMPENSAR	$ 40.000
1.150.000	CCF16-COMPENSAR	$ 46.000
2.300.000	CCF16-COMPENSAR	$ 92.000
1.300.000	CCF16-COMPENSAR	$ 52.000

SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

RETIROS

TOTAL	$ 10.223.100

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°107/2018	QUINDI MESIAS ROJAS

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 Candelaria
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 107/2018 de la Localidad de Candelaria.

Los Dispositivos entregados por el proveedor son:

DISPOSITIVO (DAP)	CANTIDAD	CUMPLE ESPECIFICACIONES TECNICAS	VALOR TOTAL
Colchón Antiescaras Sencillo	1	Si	$ 650.000
Colchón Antiescaras Sencillo Cama Hospitalaria	1	Si	$ 650.000
Colchón Antiescaras Doble	1	Si	$ 800.000
Despertador Parlante	3	Si	$ 360.000
Grabadora Digital	2	Si	$ 1.040.000
Atril	1	Si	$ 190.000
Metro Braille	1	Si	$ 70.000
Pizarras Braille de Cuatro Renglones	2	Si	$ 180.000
Punzón	2	Si	$ 24.000
Enhebrador	4	Si	$ 220.000
Pelador de Papa	4	Si	$ 280.000
Abre Frascos	4	Si	$ 440.000
Juego De Ajedrez	1	Si	$ 250.000

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

Cubo Rubik	1	Si	$ 120.000
Calzador de Medias	2	Si	$ 180.000
Calzador de Zapatos de Mango Largo	2	Si	$ 280.000
Gancho Abotonador	2	Si	$ 180.000
Juego de Cubiertos	1	Si	$ 180.000
Abre Frascos	2	Si	$ 220.000
Mango Multifuncional	2	Si	$ 180.000

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
Quindi Mesias Rojas	Facilitadora	U.E.L.	uel@subredcentrooriente.gov.co	
Bertha Sonia Niato	Líder proyectos PDL	Subred Centro Oriente	ud@subred-gov.co	
MIGUEL ANGEL CORTES T.	PROFESIONAL 4	Almacen	almacen1000@srdo.gov.co	
Yibar Martinez Duarte	Asesora comercial	TU SALUD	a.comercial1@tusalud.com	