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

CODIGO: 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%	
4	2400	21/08/2019	ago-19	**$ 1.830.000,00**	$ 53.303.000,00	$ 288.161.400,00	15,61%	
5	2401	21/08/2019	ago-19	**$ 13.860.000,00**	$ 67.163.000,00	$ 274.301.400,00	19,67%	
6	2402	21/08/2019	ago-19	**$ 14.620.000,00**	$ 81.783.000,00	$ 259.681.400,00	23,95%	
TOTAL				**$ 81.783.000**	**$ 81.783.000**	**$ 259.681.400**	23,95%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO
CERTIFICO

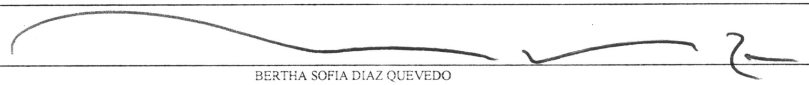
QUE EL CONTRATISTA HA CUMPLIDO A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL Y PRESENTA PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	OCHENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS	$ 81.783.000,00
Saldo por ejecutar	DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS	$ 259.681.400,00
Valor total certificado (Acumulado)	OCHENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS	$ 81.783.000,00

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA
2402	21/08/2019
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 14.620.000,00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	SE FACTURA $14.620.000 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

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 2402

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: 21 08 2019
Fecha Vencimiento: 19 11 2019

REF.	DESCRIPCION	REFEREN	SERIAL	CAN	IVA	V UNI	V TOTAL
	SILLA BAÑO / SANITARIA BASCULABLE CON RUEDAS PEDIATRICA	MOV34		2.00	0.00	850,000.00	1,700,000.00
	SILLA BAÑO / SANITARIA BASCULABLE CON RUEDAS JUNIOR	MOV34		2.00	0.00	850,000.00	1,700,000.00
	SILLA BAÑO / SANITARIA BASCULABLE CON RUEDAS ADULTO	MOV34		2.00	0.00	850,000.00	1,700,000.00
	SILLA DE RUEDAS NEUROLOGICA ERGONOMICA BASCULANTE SOBRE MEDIDAS ALUMINIO BASICA CON CARGO AL CONTRATO 02-BS-0130-2019 LOCALIDAD SANTA FE	MOV15		4.00	0.00	2,380,000.00	9,520,000.00

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
23 AGO 2019
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO

TOTAL EN LETRAS
SON : CATORCE MILLONES SEISCIENTOS VEINTE 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	14,620,000.00
I.V.A.	0.00
DESCUE - COPAGO	0.00
TOTAL VENTA	**14,620,000.00**

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

ORIGINAL

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

Fecha Actual : miércoles, 28 agosto 20

1/1

Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA

Nº0000000029464

PROVEEDOR:	TU SALUD H&G S.A.S	**NIT:**	900259168	**FECHA:**	28/08/2019 07:36 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 2402	**% ICA:**	11,0400	**PLAZO:**	30
				FECHA FAC:	21/08/2019 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
101CD015152	SILLA DE BAÑO /SANITARIA BASCULABLE	UNIDAD	6,00	$850.000,00	$5.100.000,00	0,00	0,00
101CD015037	SILLA DE RUEDAS NEUROLOGICA SOBRE MEDIDAS Y/O BASCULABLE	UNIDAD	4,00	$2.380.000,00	$9.520.000,00	0,00	0,00

DETALLE

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

SUBTOTAL:	$14.620.000,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$161.405,00
RETE FUENTE:	$365.500,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$14.093.095,00

TOTAL COMPROBANTE:

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

Elaboro:

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

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 AÑO: 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES: agosto 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	$ 238.400
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3	$ 83.000
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 32.200
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

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900258168	
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		TU SALUD H. O SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	
DIRECCIÓN:	CALLE 82 # 22-18 TELÉFONO:	2358615	
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:	B-MIEMBROS DE 200 COTIZANTES	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica	
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		SI	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7726191450	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 (dd/mm/aa):	2019/08/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	480438444		

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	23020 I- PROTECCION (ING PROTEC.)	3	$ 728.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 728.000	$ 0	$ 728.000
230301	23030 I-PORVENIR	5	$ 1.040.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.040.800	$ 0	$ 1.040.800
231001	23101 I-COLFONDOS	2	$ 356.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 356.800	$ 0	$ 356.800
25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 345.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 345.800	$ 0	$ 345.800
SUBTOTALES:		7	$ 3.348.900	$ 0	$ 0	$ 63.300	$ 63.300	$ 0	$ 0	$ 3.473.500	$ 0	$ 3.473.500
										$ 6.869.100	$ 0	$ 6.869.100

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	$ 401.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 401.600	$ 0	$ 0	$ 401.600
EPS017	EPS017-FAMISANAR	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 236.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 236.400	$ 0	$ 0	$ 236.400
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.659.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.659.300	$ 0	$ 0	$ 1.659.300
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 83.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 83.000	$ 0	$ 0	$ 83.000
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 33.200
SUBTOTALES:													$ 2.449.500	$ 0	$ 0	$ 2.449.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD INP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD INP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	17		$ 0	$ 0		$ 0	$ 179.800	$ 179.800	$ 0	$ 0	$ 179.800
SUBTOTALES:									$ 179.800	$ 0	$ 0	$ 179.800

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

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

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: N° | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | SAL INTEGRAL | COL CAMINERO | EXTRANJERO PENSIONADO | PLANILLA PILA

NOVEDADES: ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP

N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COL CAMINERO	EXTRANJERO PENSIONADO	PLANILLA PILA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1013653389	BOLIVA LEDEZMA ESTEFANIA	DEPEND		$ 1.068.000				SI	15															
2	CC 1015401850	SILVA CRUZ MAITREYA LAURA CAYAUMA	DEPEND		$ 2.070.000				SI		30														
3	CC 1015413481	RAMOS RODRIGUEZ CRISTIAN LEONARDO	DEPEND		$ 1.900.000				SI																
4	CC 1020761826	SILVA GOMEZ LAURA PAULA	DEPEND		$ 1.800.000				SI	23															
5	CC 1022344123	CALDERA RAMOS LAURA MARCELA	DEPEND		$ 2.700.000				SI																

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	18	$ 560.000	$ 89.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 89.600
2	230301-PORVENIR	30	$ 2.070.000	$ 331.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 331.200
3	230201-PROTECCION (ING PRO TEC.)	30	$ 1.900.000	$ 304.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 304.000
4	25-14 COLPENSIONES	23	$ 540.000	$ 86.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 86.400
5	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.700.000	$ 432.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 432.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	V/r UPC	TOTAL APORTE
1	EPS008-COMPENSAR	18	$ 560.000	$ 22.400	$ 0	$ 22.400
2	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.070.000	$ 82.800	$ 0	$ 82.800
3	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.900.000	$ 76.000	$ 0	$ 76.000
4	EPS005-SANITAS S.A.	23	$ 540.000	$ 21.600	$ 0	$ 21.600
5	EPS044-MEDIMÁS	30	$ 2.700.000	$ 108.000	$ 0	$ 108.000

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

	ADMIN	CLASE POST	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	18	$ 560.000		$ 3.000
2	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.070.000		$ 10.300
3	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.900.000		$ 10.000
4	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	23	$ 540.000		$ 2.900
5	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.700.000		$ 14.100

PARAFISCALES

	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	ARMADO TOTAL APORTE
1	18	$ 560.000	CCF24-COMPENSAR	$ 22.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	30	$ 2.070.000	CCF24-COMPENSAR	$ 82.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	30	$ 1.900.000	CCF24-COMPENSAR	$ 76.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	23	$ 540.000	CCF24-COMPENSAR	$ 21.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	30	$ 2.700.000	CCF24-COMPENSAR	$ 108.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Soi | DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:
CIUDAD/MUNICIPIO:
DIRECCIÓN:
TIPO APORTANTE:
TIPO EMPRESA:
FORMA DE PRESENTACIÓN:
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):

NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:
BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:
CALLE 62 # 22-18 TELÉFONO:
01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:
PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:
Único

TU SALUD H O SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS
BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
2358515
B.NEMOS DE 200 COTIZANTES
Personas Naturales sin Actividad Económica
SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN OTROS
DÍAS DE MORA:
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):

77281914B0 TIPO DE PLANILLA:
MES Mayo AÑO 2019 PERIODO COTIZACIÓN SALUD:
0
2019/06/09 NÚMERO AUTORIZACIÓN:

MES Mayo AÑO 2019
E-EMPLEADOS
480439448

DATOS DEL COTIZANTE | **NOVEDADES** | **LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

#	TP	CERTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	RESIDENTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN						SALUD						ARP									CCF		SENA		ICBF		ESAP	MINEDU
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	V/r 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	1022356238	CRUELLA GONZALEZ CRISTINA CAMILO	DEPEND		$ 650.000				SI																23100I - COLFONDOS	30	$ 650.000	$ 156.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 156.000	EPS008 - COMPENSAR	30	$ 650.000	$ 34.000	$ 0	$ 34.000	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 650.000		$ 4.500	30	$ 650.000	CCF24 - COMPENSAR	$ 34.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC	1023351656	MANRIQUE VERA SANDRA MILENA	DEPEND		$ 1.500.000				SI																23020I - PROTECCION (INCL PROTEC.)	30	$ 1.500.000	$ 240.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 240.000	EPS017 - FAMISANAR	30	$ 1.500.000	$ 69.000	$ 0	$ 69.000	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.500.000		$ 7.500	30	$ 1.500.000	CCF24 - COMPENSAR	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC	1023561647	CALDAS URQUIJO ANGIE PAOLA	DEPEND		$ 1.150.000				SI																23030I - PORVENIR	30	$ 1.150.000	$ 184.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 184.000	EPS005 - SANITAS S.A.	30	$ 1.150.000	$ 46.000	$ 0	$ 46.000	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.150.000		$ 8.100	30	$ 1.150.000	CCF24 - COMPENSAR	$ 46.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC	1024533246	PERDOMO MORA FREDY ALEJANDRO	DEPEND		$ 1.800.000				SI									31-X							23030I - PORVENIR	30	$ 2.340.000	$ 374.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 374.400	EPS017 - FAMISANAR	30	$ 2.340.000	$ 93.600	$ 0	$ 93.600	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.340.000		$ 12.300	30	$ 2.340.000	CCF24 - COMPENSAR	$ 93.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC	1071571860	MOLANO OLIVO LUIS MIL	DEPEND		$ 1.650.000				SI	11															23030I - PORVEJAR	11	$ 385.000	$ 61.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 61.600	EPS005 - SANITAS S.A.	11	$ 385.000	$ 15.400	$ 0	$ 15.400	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	11	$ 385.000		$ 2.100	11	$ 385.000	CCF24 - COMPENSAR	$ 15.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC	1030479481	CRUELLA ENRIQUEZ FILIBERTO	DEPEND		$ 12.650.000				SI																25-14 COLPENSIONES	30	12.650.000	$ 2.024.000	$ 63.300	$ 63.300	$ 0	$ 0	Norma	$ 2.150.600	EPS044 - MEDIMÁS	30	$ 12.650.000	$ 1.581.200	$ 0	$ 1.581.200	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 12.650.000		$ 68.100	30	$ 12.650.000	CCF24 - COMPENSAR	$ 506.000	$ 253.000	$ 379.500	$ 0	$ 0
12	CC	23569535	HURTADO ESPINOSA MARIA MAGDALENA	DEPEND		$ 650.000				SI																25-14 COLPENSIONES	30	$ 650.000	$ 156.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 156.000	EPS008 - COMPENSAR	30	$ 650.000	$ 34.000	$ 0	$ 34.000	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 650.000		$ 4.500	30	$ 650.000	CCF24 - COMPENSAR	$ 34.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC	51760784	GIL LOPEZ MARIA DEL CARMEN	DEPEND		$ 828.116				SI																25-14 COLPENSIONES	30	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 132.500	CAJA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 33.200	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 828.116		$ 4.400	30	$ 828.116	CCF24 - COMPENSAR	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC	52207173	SCHNEIDER ARANA ALEXANDRA PATRICIA	DEPEND		$ 1.050.000				SI																25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.050.000	$ 168.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 168.000	EPS008 - COMPENSAR	30	$ 1.050.000	$ 42.000	$ 0	$ 42.000	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.050.000		$ 5.500	30	$ 1.050.000	CCF24 - COMPENSAR	$ 42.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC	53725501	MOTA GOMEZ DIANA LUCIA	DEPEND		$ 1.150.000				SI																23020I - PROTECCION (INCL PROTEC.)	30	$ 1.150.000	$ 184.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 184.000	EPS008 - COMPENSAR	30	$ 1.150.000	$ 46.000	$ 0	$ 46.000	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.150.000		$ 6.100	30	$ 1.150.000	CCF24 - COMPENSAR	$ 46.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CC	52647347	RIVERA ACOSTA MARIA DEL PILAR	DEPEND		$ 2.300.000				SI																25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.300.000	$ 368.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 368.000	EPS008 - COMPENSAR	30	$ 2.300.000	$ 92.000	$ 0	$ 92.000	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.300.000		$ 12.100	30	$ 2.300.000	CCF24 - COMPENSAR	$ 92.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CC	80802552	CASTELLO MADROÑERO JOHN ALEXANDER	DEPEND		$ 1.380.000				SI																23100I - COLFONDOS	30	$ 1.380.000	$ 220.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 220.800	EPS008 - COMPENSAR	30	$ 1.380.000	$ 55.200	$ 0	$ 55.200	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.380.000		$ 7.300	30	$ 1.380.000	CCF24 - COMPENSAR	$ 55.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

RETIRO

TOTAL	$ 10.223.100

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
08/08/2019	Recibido y verificación de Dispositivos de Asistencia Personal Contrato 02-BS-0130-2019	10:00 AM	12:00 M

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
Silla de Ruedas Neurológica Ergonómica Basculante Sobre Medidas Aluminio Básica	4	Si	$9.520.000
Silla Baño/Sanitaria Basculable con Ruedas Adulto	2	Si	$1.700.000
Silla Baño/Sanitaria Basculable con Ruedas Pediátrica	2	Si	$1.700.000
Silla Baño/Sanitaria Basculable con Ruedas Junior	2	Si	$1.700.000

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
08/08/2019	Recibido y verificación de Dispositivos de Asistencia Personal Contrato 02-BS-0130-2019	10:00 AM	12:00 M

5. Asistencia

Nombres y Apellidos	Cargo	Área (unidad)	Correo	Firma
Gisselle Triana	Facilitadora	SRCO	gestriana@gmail.com	
Bertha Soha Mateo	Líder proyecto PIC	subred centro oriente	bsoha@subredsantafe.gov.co	
MIGUEL ANGEL CORTES T.	PROFESIONAL U.	Almacén	almacen.sco@saludcapital.gov.co	
Alan Cabrera Acosta	Asesora comercial	Tu salud	a.comercial@tusalud.com	