Secretaria 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**

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | **Valor Tope del Contrato (Maximo)**** | **$ 1.365.857.600,00** | **Valor Inicial contrato:** | **$ 341.464.400,00** | **Plazo** | **Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA** **02/07/2019** | **Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA** **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)** | 232010201O2 | **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% | |
| 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% | |
| 7 | 2411 | 26/08/2019 | ago-19 | $ 1.497.000,00 | $ 83.280.000,00 | $ 258.184.400,00 | 24,39% | |
| 8 | 2414 | 27/08/2019 | ago-19 | $ 2.057.000,00 | $ 85.337.000,00 | $ 256.127.400,00 | 24,99% | |
| 9 | 2415 | 27/08/2019 | ago-19 | $ 2.380.000,00 | $ 87.717.000,00 | $ 253.747.400,00 | 25,69% | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | $ 87.717.000 | $ 87.717.000 | $ 253.747.400 | 25,69% | |

**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 SIETE MILLONES SETECIENTOS DIECISIETE MIL PESOS | $ 87.717.000,00 |
| Saldo por ejecutar | DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS PESOS | $ 253.747.400,00 |
| Valor total certificado (Acumulado) | OCHENTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS DIECISIETE MIL PESOS | $ 87.717.000,00 |

| No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO | FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA |
|---|---|
| 2415 | 27/08/2019 |
| VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO | $ 2.380.000,00 |
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: | SE FACTURA $2.380.000 PESOS MCT., CORRESPONDIENTE A LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL (AYUDAS TÉCNICAS) DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES, CIA 194/2018. |

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.a subredcentrooriente.gov.co |
| NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA | MONICA NATALIA TORRES CHAVES |
| AREA DE UBICACIÓN | INSTITUTO MATERNO INFANTIL |
| Correo Electronico: | uel.a subredcentrooriente.gov.co |

Tu Salud IPS
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 2415**

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: 27 08 2019
Fecha Vencimiento: 25 11 2019

| REF. | DESCRIPCION | REFEREN | SERIAL | CAN | IVA | V UNI | V TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SILLA DE RUEDAS NEUROLOGICA ERGONOMICA | MOV15 | | 1.00 | 0.00 | 2,380,000.00 | 2,380,000.00 |
| | BASCULANTE SOBRE MEDIDAS ALUMINIO BASICA | | | | | | |
| | CON CARGO AL CONTRATO 02-BS-0130-2019 | | | | | | |
| | LOCALIDAD LOS MARTIRES | | | | | | |

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

TOTAL EN LETRAS
SON : DOS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA 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 | 2,380,000.00 |
| I.V.A. | 0.00 |
| DESCUE - COPAGO | 0.00 |
| TOTAL VENTA | 2,380,000.00 |

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

Bertha Sofia Diaz Quevedo
Cc 40438710
Centro costo 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



Scanned by CamScanner

# 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

## Nº0000000029467

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROVEEDOR:** | TU SALUD H&G S.A.S | **NIT:** | 900259168 | **FECHA:** | 28/08/2019 08:04 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 2415 | **% ICA:** | 11,0400 | **PLAZO:** | 30 |
| | | | | **FECHA FAC:** | 27/08/2019 12:00 a. m. |

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 101CD015037 | SILLA DE RUEDAS NEUROLOGICA SOBRE MEDIDAS Y/O BASCULABLE | UNIDAD | 1,00 | $2.380.000,00 | $2.380.000,00 | 0.00 | 0,00 |

**DETALLE**

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

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | $2.380.000,00 |
| **DESCUENTO:** | $0,00 |
| **IMPUESTO:** | $0,00 |
| **FLETES:** | $0,00 |
| **IMP FLETES:** | $0,00 |
| **RETE IVA:** | $0,00 |
| **RETE ICA:** | $26.275,00 |
| **RETE FUENTE:** | $59.500,00 |
| **OTRAS RETE:** | $0,00 |
| **OTRAS DEDUC:** | $0,00 |
| **IMP DISTRI:** | $0,00 |
| **AJUSTE RED:** | $0,00 |
| **AJUSTE AL TOTAL:** | $0,00 |
| **TOTAL COMPR:** | $2.294.225,00 |

***TOTAL COMPROBANTE:***

DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Recibe:

Revisó Almacen

Revisado Impuestos

CONTROLADO AL COPIADO INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. NIT 900259168-1

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 ]

# 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 | $ 235.400 |
| 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 |

Soi|les

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 900258188 | |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | TU SALUD IPS SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS | |
| CIUDAD Y DEPARTAMENTO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL | |
| DIRECCIÓN: | CALLE 97 # 22-18 TELÉFONO: | 2336615 | |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE: | 8 A MENOS DE 200 COTIZANTES | |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA: | Prestación de Servicios sin Actividad Económica | |
| FORMA DE PAGO PLANILLA: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 77285914650 | TIPO DE PLANILLA: | E-EMPLEADOS | | |
| PERIODO COTIZACIÓN Y OTROS DATOS DE MORA: | MES Julio AÑO 2018 | PERIODO COTIZACIÓN PAGO: | MES Agosto AÑO 2018 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2018/08/08 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 690038144 | | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA / NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTE VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTE VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | 30201- PROTECCION (EX-PROTEG) | 5 | $ 724.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 724.000 | $ 0 | $ 724.000 |
| 230301 | 30301-PORVENIR | 5 | $ 1.040.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.040.800 | $ 0 | $ 1.040.800 |
| 231001 | 31001-COLPENSIONES | 2 | $ 558.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 558.800 | $ 0 | $ 558.800 |
| 25-14 | 25-14 COMPENSIONES | 7 | $ 3.348.900 | $ 0 | $ 0 | $ 83.300 | $ 83.300 | $ 0 | $ 0 | $ 3.473.300 | $ 0 | $ 3.473.300 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 6.849.100 | $ 0 | $ 6.849.100 |

**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 | $ 401.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 401.800 | $ 0 | $ 0 | $ 401.800 |
| EPS017 | EPS017-FAMISANITAS | 3 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 238.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 238.400 | $ 0 | $ 0 | $ 238.400 |
| EPS044 | EPS044-SURA EPS | 2 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 1.068.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.068.300 | $ 0 | $ 0 | $ 1.068.300 |
| EPS046 | EPS046-SANITAS S.A. | 3 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 83.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 83.000 | $ 0 | $ 0 | $ 83.000 |
| EPS010 | EPS010-SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 53.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 53.300 | $ 0 | $ 0 | $ 53.300 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 1.443.800 | $ 0 | $ 0 | $ 1.443.800 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA / NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD ILP: NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD ILP: VALOR | INCAPACIDAD ILP: 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 | | | $ 179.800 | $ 179.800 | $ 0 | $ 0 | $ 179.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 179.800 | $ 0 | $ 0 | $ 179.800 |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

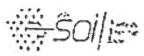
| CÓDIGO | ADMINISTRADORA / NOMBRE | No. COTIZANTES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | CCF24-COMFENALCO | 17 | $ 1.364.200 | $ 0 | $ 1.364.200 |
| SUBTOTALES: | | | $ 1.364.200 | $ 0 | $ 1.364.200 |

**TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES**

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

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| IP | IDENTIFICACIÓN | NOVEDADES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | INT | EXT | RET | TDA | AVP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VST | IRP | DÍAS COT | SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN: ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP: SUBSISTENCIA | FSP: SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS: EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS: EMPLEADO | INDICADOR 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: DÍAS COT | IBC | CCF: ADMIN | CCF: TOTAL APORTE | SENA: TOTAL APORTE | ICBF: TOTAL APORTE | ESAP Y ESCUELA MINISTERIO DE DEFENSA: TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1013634389 | [redacted] | DEPEND | | $ 1.064.000 | | | | | | | | | | | | | | 30 | 30001-PORVENIR | 30 | $ 560.000 | $ 63.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 63.800 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 560.000 | $ 22.400 | $ 0 | $ 22.400 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 560.000 | | $ 2.000 | 30 | $ 560.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 22.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 1065601130 | [redacted] | DEPEND | | $ 2.070.000 | | | | | | | | | | | | | | 30 | 30301-PORVENIR | 30 | $ 2.070.000 | $ 331.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 331.200 | EPS017-FAMISANITAS | 30 | $ 2.070.000 | $ 82.800 | $ 0 | $ 82.800 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 2.070.000 | | $ 10.300 | 30 | $ 2.070.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 82.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 1015413183 | [redacted] | DEPEND | | $ 1.900.000 | | | | | | | | | | | | | | 30 | 30201-PROTECCION (EX-PROTEG) | 30 | $ 1.900.000 | $ 304.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 304.000 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 1.900.000 | $ 76.000 | $ 0 | $ 76.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.900.000 | | $ 9.500 | 30 | $ 1.900.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 76.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 4 | CC 1020761406 | [redacted] | DEPEND | | $ 1.800.000 | | | | | | | | | | | | | | 30 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 540.000 | $ 64.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 64.400 | EPS046-SANITAS S.A. | 30 | $ 540.000 | $ 21.600 | $ 0 | $ 21.600 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 540.000 | | $ 2.700 | 30 | $ 540.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 21.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 5 | CC 1022344125 | [redacted] | DEPEND | | $ 2.700.000 | | | | | | | | | | | | | | 30 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.700.000 | $ 432.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 432.000 | EPS044-SURA EPS | 30 | $ 2.700.000 | $ 108.000 | $ 0 | $ 108.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 2.700.000 | | $ 13.500 | 30 | $ 2.700.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 108.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |



# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL



**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

TIPO IDENTIFICACIÓN:
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:
CIUDAD MUNICIPIO:
CONEXIÓN:
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 67 # 22-18 TELÉFONO:
01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:
PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA:
ÚNICO

TU SALUD H O SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS
BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
3350515
8 AUTOS DE 200 COTIZANTES
Personas Naturales sin Actividad Económica
SI

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

NÚMERO PLANILLA: 7738191440 TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES AÑO 2019 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES Aporte AÑO E.EMPLEADOS
DÍAS DE MORA: 0 2019
FECHA PAGO (aaaa-mm-dd): 2019-09-09 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 480438448

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

| Nº | CEDULA CIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | IBC | COTIZACIÓN | PENSIÓN FSP SUBSISTENCIA | PENSIÓN FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | SALUD ADRES | SALUD IBC | SALUD COTIZACIÓN | SALUD UPC | SALUD TOTAL APORTE | ARP ADMIN | ARP IBC | ARP CENTRO DE TRABAJO | ARP TOTAL APORTE | PARAFISCALES CCF IBC | PARAFISCALES CCF ADMIN | PARAFISCALES CCF TOTAL APORTE | PARAFISCALES SENA TOTAL APORTE | PARAFISCALES ICBF TOTAL APORTE | PARAFISCALES ESAP TOTAL APORTE | PARAFISCALES ESAP TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1222336328 | SEGURA SOSA EDUARDO ALEJANDRO | APORTE | | $ 650.000 | | | | | | | | | 23101-COLFONDOS | $ 650.000 | $ 134.000 | | EPS008-COMPENSAR | $ 134.000 | 1-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | $ 650.000 | $ 34.000 | | $ 34.000 | $ 650.000 | CCF16-COMPENSAR | $ 34.000 | | | | |
| 2 | CC 1023441156 | VALLEJO SOSA SANDRA MILENA | APORTE | | $ 1.500.000 | | | | | | | | | 23701-PROTECCION (123-PROTEG) | 1.500.000 | $ 240.000 | | EPS017-FAMISANAR | $ 240.000 | 1-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1.500.000 | $ 60.000 | | $ 60.000 | 1.500.000 | CCF16-COMPENSAR | $ 60.000 | | | | |
| 3 | CC 1023656047 | CASTRO PINZON ANGIE PAOLA | APORTE | | $ 1.150.000 | | | | | | | | | 23001-PORVENIR | 1.150.000 | $ 184.000 | | EPS005-SANITAS E.P.S. | $ 184.000 | 1-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1.150.000 | $ 46.000 | | $ 46.000 | 1.150.000 | CCF16-COMPENSAR | $ 46.000 | | | | |
| 4 | CC 1024533266 | PERDOMO CHAVEZ LEIDY ALEJANDRA | APORTE | | $ 2.340.000 | | | | | | | | | 23001-PORVENIR | 2.340.000 | $ 374.400 | | EPS017-FAMISANAR | $ 374.400 | 1-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 2.340.000 | $ 93.600 | | $ 93.600 | 2.340.000 | CCF16-COMPENSAR | $ 93.600 | | | | |
| 5 | CC 1014376868 | MEDINA DIAZ JOHAN MIL | APORTE | | $ 1.060.000 | | | | | | | | | 23001-PORVENIR | $ 265.000 | $ 81.800 | | EPS005-SANITAS E.P.S. | $ 81.800 | 1-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | $ 265.000 | $ 15.400 | | $ 15.400 | $ 265.000 | CCF16-COMPENSAR | $ 15.400 | | | | |
| 6 | CC 1014369168 | DUARTE SARMIENTO JULIANITH | APORTE | | $ 12.650.000 | | | | | | | | | 15-14 COMPENSACIONES | 12.650.000 | $ 2.024.000 | | EPS044-SURAMERICANA | $ 2.150.500 | 1-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 12.650.000 | $ 1.581.200 | | $ 1.581.200 | 12.650.000 | CCF16-COMPENSAR | $ 68.300 | 506.000 | 253.000 | 379.500 | |
| 7 | CC 1030567268 | CASTILLO SARMIENTO JULIETH | APORTE | | $ 650.000 | | | | | | | | | 15-14 COMPENSACIONES | $ 650.000 | $ 104.000 | | EPS008-COMPENSAR | $ 104.000 | 1-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | $ 650.000 | $ 34.000 | | $ 34.000 | $ 650.000 | CCF16-COMPENSAR | $ 34.000 | | | | |
| 8 | CC 1073174734 | PEÑALOZA MARIA DEL SALVADOR | APORTE | | $ 823.116 | | | | | | | | | 15-14 COMPENSACIONES | $ 816.116 | $ 132.500 | | EPS044-SURAMERICANA DE SERVICIO S DE SALUD | $ 132.500 | 1-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | $ 816.116 | $ 33.300 | | $ 33.300 | $ 816.116 | CCF16-COMPENSAR | $ 33.300 | | | | |
| 9 | CC 1024521373 | CASTELLANOS CARMEN ALEXANDRA PAOLINA | APORTE | | $ 1.050.000 | | | | | | | | | 15-14 COMPENSACIONES | 1.050.000 | $ 168.000 | | EPS008-COMPENSAR | $ 168.000 | 1-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1.050.000 | $ 42.000 | | $ 42.000 | 1.050.000 | CCF16-COMPENSAR | $ 43.000 | | | | |
| 10 | CC 52725500 | DIAZ GOMEZ DIANA LUCIA | APORTE | | $ 1.150.000 | | | | | | | | | 23701-PROTECCION (123-PROTEG) | 1.150.000 | $ 184.000 | | EPS008-COMPENSAR | $ 184.000 | 1-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1.150.000 | $ 46.000 | | $ 46.000 | 1.150.000 | CCF16-COMPENSAR | $ 46.000 | | | | |
| 11 | CC 1014187347 | RAMIREZ MORATA MARIA DEL PILAR | APORTE | | $ 2.300.000 | | | | | | | | | 15-14 COMPENSACIONES | 2.300.000 | $ 368.000 | | EPS008-COMPENSAR | $ 368.000 | 1-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 2.300.000 | $ 92.000 | | $ 92.000 | 2.300.000 | CCF16-COMPENSAR | $ 92.000 | | | | |
| 12 | CC 1030525502 | CASTILLO SALAMANCA JOHN ALEXANDER | APORTE | | $ 1.330.000 | | | | | | | | | 23101-COLFONDOS | 1.340.000 | $ 225.800 | | EPS008-COMPENSAR | $ 225.800 | 1-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1.340.000 | $ 53.200 | | $ 53.200 | 1.340.000 | CCF16-COMPENSAR | $ 56.200 | | | | |

Planilla pagada

Planilla pagada

RETIROS

| 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<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO |
|---|---|
| | ACTA DE REUNIÓN |

| FECHA AÑO/MES/ DÍA | NOMBRE DE LA REUNIÓN | HORA INICIO | HORA FINAL |
|---|---|---|---|
| 09/08/2019 | **Recibido y verificación de Dispositivos de Asistencia Personal Contrato 02-BS-0130-2019** | **3:30 PM** | **4:00 PM** |

| Proceso, área que lidera la reunión | Nombre de quien elabora el acta |
|---|---|
| Proyecto de dispositivos de asistencia personal N°194/2018 | **Enaudis Fuenmayor** |

**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 Los Mártires
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 194/2018 de la Localidad de Los Mártires.

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 | 1 | Si | $2.380.000 |

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 |
|---|---|---|---|
| 09/08/2019 | Recibido y verificación de Dispositivos de Asistencia Personal Contrato 02-BS-0130-2019 | 3:30 PM | 4:00 PM |

**5. Asistencia**

| Nombres y Apellidos | Cargo | Área (unidad) | Correo | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Enaudis Flenmaja | Facilitadora | SRCO | celo@subredcentrooriente.gov.co | |
| Bertha Sofia Diaz Acevedo | Lider proyecto TOTAL | subred centro oriente | | |
| MIGUEL ANGEL CORTES T. | PROFESIONAL UNIV. | Almacén. | M.cortes@subredcentrooriente.gov.co | |
| Nina Agudelo Bonilla | Asesora Comercial | Tu Salud | asesorcomercial3@tusalud.com.co. | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |