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.	**No. 02-BS-0130-2019**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	**03/12/2019**	

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**	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
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:**		11/01/2020
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%	
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%	
10	2503	12/09/2019	sep-19	**$ 2.502.800,00**	$ 90.219.800,00	$ 251.244.600,00	26,42%	
TOTAL				**$ 90.219.800**	**$ 90.219.800**	**$ 251.244.600**	26,42%	

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	NOVENTA MILLONES DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS	$ 90.219.800,00
Saldo por ejecutar	DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS PESOS	$ 251.244.600,00
Valor total certificado (Acumulado)	NOVENTA MILLONES DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS	$ 90.219.800,00

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA
2503	12/09/2019
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 2.502.800,00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	**SE FACTURA $2.502.800 PESOS MCT., CORRESPONDIENTE A LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL (AYUDAS TÉCNICAS) DE LA LOCALIDAD DE SANTAFE, CIA 139/2018.**

ANEXOS: Comprobante de entrada al almacén, certificación de cumplimiento de pagos al sistema de seguridad social, planilla de pago de seguridad social mes septiembre.

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

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

Fecha Actual : jueves, 19 septiembre 2

1/1

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000030174

PROVEEDOR:	TU SALUD H&G S.A.S	**NIT:**	900259168	**FECHA:**	19/09/2019 10:19 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:	FV2503	**% ICA:**	11,0400	**PLAZO:**	30
				FECHA FAC:	12/09/2019 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
101CD015109	RELOJ PARLANTE DE PULSO	UNIDAD	11,00	$ 170.000,00	$ 1.870.000,00	0,00	0,00
101CD013246	LIBRO SENSORIAL BASICO	UNIDAD	1,00	$ 120.000,00	$ 120.000,00	0,00	19,00
101CD013027	TELESCOPIO MANUAL PARA BAJA VISION DE LENTE DE AUMENTO AJUSTABLE	UNIDAD	1,00	$ 490.000,00	$ 490.000,00	0,00	0,00

DETALLE

SALUD PUBLICA, DIGITA LUDY NILSA TORRES LEGUIZAMON

SUBTOTAL:	$ 2.480.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 22.800,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 3.420,00
RETE ICA:	$ 27.379,00
RETE FUENTE:	$ 62.000,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 2.410.001,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ MIL UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró

Revisó Almacen

Revisado Impuestos:

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

Especialistas en Movimiento y Aprendizaje

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

FACTURA DE VENTA
No. FV 2503

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: 12 09 2019
Fecha Vencimiento: 11 12 2019

REF.	DESCRIPCION	REFEREN	SERIAL	CAN	IVA	V UNI	V TOTAL
	RELOJ PARLANTE	REL 03		10.00	0.00	170,000.00	1,700,000.00
	RELOJ PARLANTE	REL 03		1.00	0.00	170,000.00	170,000.00
	LIBRO SENSORIAL BASICO	CC 44		1.00	22,800.00	120,000.00	120,000.00
	TELESCOPIO MANUAL 8 X 20	T 8X21		1.00	0.00	490,000.00	490,000.00
	CON CARGO AL CONTRATO 02-BS-0130-2019						
	LOCALIDAD SANTAFE						

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

TOTAL EN LETRAS
SON : DOS MILLONES QUINIENTOS DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS

Favor consigne en cualquier cuenta corriente: Banco Colpatria No. 4451015023, Banco Davivienda No 0560008669996459, Banco Occidente No 247050297 a nombre de TU SALUD H&G S.A.S. reportar a contabilidad@tusalud.com.co

VALOR BRUTO	2,480,000.00
I.V.A.	22,800.00
DESCUE - COPAGO	0.00
TOTAL VENTA	**2,502,800.00**

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

Bertha Sofia Diaz Acevedo
CC 40438710 Centro Costos 653p02

Firma Cliente C.C. / NIT

Subgerencia Servicio 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

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 Diez (10) días del mes de Septiembre 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
ontacto@tusalud.com.co / comercial@tusalud.com.co
www.tusalud.com.co