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

CÓDIGO: AP-IA-FT-010
VERSIÓN: 06
FECHA: 2021-04-08

CERTIFICACION No.	6	**INFORME PARCIAL:**	X	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	**02-BS-0129-2021**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	**08/11/2021**	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	SOLUCIONES INTEGRALES VER S.A.S E.P. – VER S.A.S. E.P.	**NIT O C.C**		**830.029.829-6**	
Representante Legal:	SANDRA EMILSE SILVA PEREZ	**Identificación Representante Legal**	C.C: X C.E:	52.097.715	
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR EL 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 ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LAS LOCALIDADES LOS MARTIRES, ANTONIO NARIÑO, SANTA FE, LA CANDELARIA, SAN CRISTOBAL, Y RAFAEL URIBE URIBE	**FORMA DE PAGO:**	Noventa (90) dias		

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

				Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 119.475.356,00**	**Valor Inicial contrato:**	$ 29.868.839,00	**Plazo**	**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA** 09/07/2021	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA** 08/01/2022
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	1504, 1505, 1506,1507, 1508	07/05/2021	**Registro Inicial**	25951, 25952, 25953, 25954, 25955	28/06/2021					
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:	$ 29.868.839,00	**Fecha Terminación actual:**		08/01/2022
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	**MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS**			**Código(S) Rubro(S)**	421501040101	**Validación Tope Máximo del Contrato**	**Adicionar**			

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME CERTIFICACION	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO**	**CENTRO DE COSTO**	**ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO**				
6	CONTRATAR EL 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 ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LAS LOCALIDADES LOS MARTIRES, ANTONIO NARIÑO, SANTA FE, LA CANDELARIA, SAN CRISTOBAL, Y RAFAEL URIBE URIBE	9CVF06	**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 RESOLUCIÓN 152 DEL 18 DE MARZO DE 2019 , 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.

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS

No.	No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO - Ver Fila 39 del Instructivo	FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO: DD/MM/AAAA	PERIODO FACTURADO	VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 43 en Instructivo	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	VER29	08/09/2021	sep-21	**$ 4.623.450,00**	$ 4.623.450,00	$ 25.245.389,00	15,48%	
2	VER32	15/10/2021	oct-21	**$ 7.731.080,00**	$ 12.354.530,00	$ 17.514.309,00	41,36%	
3	VER33	20/10/2021	oct-21	**$ 7.218.941,00**	$ 19.573.471,00	$ 10.295.368,00	65,53%	
4	VER34	20/10/2021	oct-21	**$ 4.941.832,00**	$ 24.515.303,00	$ 5.353.536,00	82,08%	
5	VER35	20/10/2021	oct-21	**$ 4.184.397,00**	$ 28.699.700,00	$ 1.169.139,00	96,09%	
6	VER36	20/10/2021	oct-21	**$ 1.162.035,00**	$ 29.861.735,00	$ 7.104,00	99,98%	
TOTAL				$ 29.861.735	$ 29.861.735	$ 7.104	99,98%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

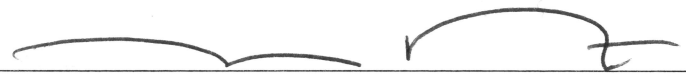
CERTIFICO

QUE EL PROVEEDOR A CUMPLIDO CON LAS ENTREGAS EN LAS CANTIDADES Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS.

EJECUCION DEL CONTRATO		
CONCEPTO	**VALOR EN LETRAS**	**VALOR EN NÚMEROS**
Valor ejecutado	**VEINTINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y UN MIL SETECIENTOS TREINTA Y CINCO 00/100**	**$ 29.861.735**
Saldo por ejecutar	**SIETE MIL CIENTO CUATRO 00/100**	**$ 7.104**
Valor total certificado (Acumulado)	**VEINTINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y UN MIL SETECIENTOS TREINTA Y CINCO 00/100**	**$ 29.861.735**

No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	**FECHA DE EMISION DE LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA**
VER36	**20/10/2021**
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	**$ 1.162.035,00**
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	**SE CERTIFICA LA FACTURA No VER36, CORRESPONDIENTE A LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL-AYUDAS TÉCNICAS, DE LA LOCALIDAD RAFAEL URIBE URIBE CIA 460/2020.**

ANEXOS: Comprobante de entrada al almacén, copia de la factura, certificación de cumplimiento de pagos al sistema de seguridad social del mes de octubre 2021.

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

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

Fecha Actual: sábado, 23 octubre 202

1/1

COMPROBANTE ENTRADA

Nº0000000000054435

PROVEEDOR: [illegible] NIT: [illegible] FECHA: 23/10/2021 09:13 a. m.

CIUDAD: [illegible] ESTADO: Documento

DIRECCION: [illegible] MONEDA: Pesos

TELEFONO: [illegible] TASA CAM: 0,00

Nº FACTURA: [illegible] %ICA: [illegible] PLAZO: 30 FECHA FAC: 23/10/2021 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
[illegible]	[illegible]	UNIDAD	10,00	$ 68.000,00	$ 680.000,00	0,00	19,00
[illegible]	[illegible]	[illegible]	1,00	$ 69.000,00	$ 69.000,00	0,00	19,00
[illegible]	[illegible]	[illegible]	18,00	$ 17.861,00	$ 321.500,00	0,00	19,00

DETALLE

[illegible] SUBSECRETARIA, SUBSECRETARIA SECRETARIA DE SALUD, [illegible]

SUBTOTAL:	$ 976.500,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 183.535,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 27.530,00
RETE ICA:	$ 10.781,00
RETE FUENTE:	$ 24.413,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP INSTRI:	$ 0,00
AJUSTE PESO:	$ 0,00
AJUSTE ACTUAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 1.099.011,00

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON NOVENTA Y NUEVE MIL ONCE PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE

Realizado Almacen

Revisado Impuestos

SOLUCIONES INTEGRALES

SOLUCIONES INTEGRALES VER S .A .S . E .P.
NIT/CC: 830029829-6
DIRECCIÓN: CL 101 12 42 / BOGOTÁ, D.C.
DEPARTAMENTO: Bogotá, D.C
TELÉFONO: 7553030
TIPO DE EMPRESA: Persona Jurídica
RÉGIMEN TRIBUTARIO: Impuesto sobre las ventas IVA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. VER36
FECHA FACTURA: 20 de octubre de 2021
FECHA DE VENCIMIENTO: 20 de enero de 2022
FECHA DE VALIDACIÓN: 20 de octubre de 2021 a las 03:39 PM
FORMA DE PAGO: Crédito
MEDIO DE PAGO: Consignación bancaria
CUFE: ebe67dde86ba47aac40df8e6d8c1422895f29f85a90cd0bb9922670ba1397722f5697435ae622c8d275cb2ddced322f8

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Nº DE IDENTIFICACIÓN: 900959051
DIRECCIÓN:
TELÉFONO: 34444484
CONTRATO: RAFAEL URIBE

Autorización de numeración de facturación DIAN No. 18764006284617 del 26 de octubre de 2020 al 26 de octubre de 2021 con prefijo VER del No. 1 al 2000.

OBSERVACIÓN:

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente
Subred Integrada de Servicios Centro Oriente
21 OCT 2021
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO

Item	*Código*	*Descripción*	*Cantidad*	*Unidad Medida*	*Valor Unitario*	*Valor Total*
1	LFC	LOTERIA FORMA Y COLOR	10,00	unidad	68.000,00	680.000,00
2	DH	DOMINO DE HORAS	1,00	unidad	69.000,00	69.000,00
3	PX3	PENTOMINO X 3	13,00	unidad	17.500,00	227.500,00

VALOR EN LETRAS: UN MILLÓN CIENTO SESENTA Y DOS MIL TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE.

SUBTOTAL : 976.500,00
IVA: 185.535,00
TOTAL : 1.162.035,00

Bertha Sofia Diaz
cc 40438710
Centro Costo 9CVF06
Subgerencia Servicios de Salud

Digitally signed by OLIMPIA IT SAS - FACTURACION ELECTRONICA
Date: 2021.10.20 15:40:12 -05:00
Location - Hash: CO - 8C3EB1B8D9D6554EFD D77F210312753ADF33F 71FDE2C3E2339B36C5 47427EA71

FIRMA RESPONSABLE | **RECIBIDO POR** | **FIRMA DIGITAL**

Contrato 02-BS-0329-2021

SOLUCIONES INTEGRALES
VER

TECNOLOGÍA PARA LA INCLUSIÓN

CERTIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE CONTRIBUCIONES Y APORTES PARAFISCALES

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL

CERTIFICA QUE:

La sociedad **SOLUCIONES INTEGRALES VER S.A.S E.P.,** identificada con NIT 830.029.829-6 debidamente inscrita en la cámara de comercio de Bogotá certifica el pago de los siguientes aportes de seguridad social (Pensión, Salud y Riesgos Profesionales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar CCF), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario exigibles a la fecha de presentación de la presente.

Lo anterior, en cumplimiento de los dispuesto en el Art. 50 de la ley 789 de 2002.

Se expide en Bogotá D.C. el primero (1) del mes de Octubre de 2021.

cordialmente,

FRANCISCO EDUARDO SIERRA VARGAS
Revisor fiscal
T.P. 48188-T
CEL. 3153398477

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
2021-10-06	Recibir Dispositivos Asistencia P. CIA 460	4:50 PM.	5.30 pm

Proceso, área que lidera la reunión	Nombre de quien elabora el acta
Proyecto Fondo Desarrollo Local - RUV	Rossmary Flores S.

1. Objetivo de la reunión:

Recibir Dispositivos Asistencia Personal Vigencia 2020 en el Marco del Convenio 460 - 2020. - Soluciones Ver.

2. Temas a tratar:

→ Verificar DAP. — según Anexo técnico.

3. Desarrollo:

En el Marco del Convenio 460 - 2020.
Se recibe 2 calculadoras de bolsillo pendiente los cargadores de pila (pend) triple A.
los soportes para vaso con Asas - NO se entrega.

Segunda Solicitud.
Item 86 - Lotería forma y Figura N° 10.
92 - Rompecabezas 50 a 80 Fichas N° 17 (por 2. cada U.)
102 - Secuencias Lógicas (Pendientes).
108 - Lotería Suma y resta N° 4 pend. 3.
112 - Domino Horas N° 3.
113. pentomino x3 N° 13

Visual
Item 140 - Medidor Líquidos N° 5

Vida Diaria
Item 49 Vaso Escotadura N° 3
→ pendiente los demás Dispositivos Solicitados / próximo viernes 8-10/21.

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
2021-10-06	Recibir Dispositivos Asistencia Personal CIA 460	4.50 pm.	

5. Asistencia				
Nombres y Apellidos	**Cargo**	**Área (unidad)**	**Correo**	**Firma**
Ivanna Velásquez	D Pedagógica	Sal. Int VSR	i.velasquez@ver.coma	
Rossmary Torres Sánchez	Facilitadora Local	Prog. VCH	vcl@subsdcuriente.gov.co	