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: 06
FECHA: 2021-04-08

CERTIFICACION No.	**4**	**INFORME PARCIAL:**	**X**	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	**02-BS-0087-2022**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	**29/11/2022**	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	PRAXIS DISEÑO INDISTRIAL S.A.S.	**NIT O C.C**		**900.514.360-8**	
Representante Legal:	OCTAVIO CARRILLO DIAZ	**Identificación Representante Legal**	**C.C: X** **C.E:**	79.391.697	
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL DAP- (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 ESE Y LAS LOCALIDADES DE LOS MARTIRES, ANTONIO NARIÑO, SANTA FE, LA CANDELARIA, SAN CRISTOBAL, Y RAFAEL URIBE URIBE		**FORMA DE PAGO:**	SESENTA (60) DÍAS	

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL								**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
			Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 1.370.192.000,00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 342.548.000,00**	**Plazo**	04/10/2022	03/11/2023
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	2032	21/06/2022	**Registro Inicial**	42231	26/09/2022					
Disponibilidades Números de Adiciones	2033	21/06/2022	**Registros Presupuestales de Adiciones**			**Adición 1:**		**Prórroga 1:**		
	2034	21/06/2022				**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:	**$ 342.548.000,00**	**Fecha Terminación actual:**		03/11/2023
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS		**Código(S) Rubro(S)**	4245010401		**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**				
4	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL DAP- (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 ESE Y LAS LOCALIDADES DE LOS MARTIRES, ANTONIO NARIÑO, SANTA FE, LA CANDELARIA, SAN CRISTOBAL, Y RAFAEL URIBE URIBE	9CVF05	**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	PR 4020	13/10/2022	oct-22	$ 22.756.400,00	$ 22.756.400,00	$ 319.791.600,00	6,64%	
2	PR 4021	13/10/2022	oct-22	$ 44.120.000,00	$ 66.876.400,00	$ 275.671.600,00	19,52%	
3	PR 4033	02/11/2022	nov-22	$ 70.000.000,00	$ 136.876.400,00	$ 205.671.600,00	39,96%	
4	PR 4034	04/11/2022	nov-22	$ 9.030.000,00	$ 145.906.400,00	$ 196.641.600,00	42,59%	
TOTAL				$ 145.906.400	$ 145.906.400	$ 196.641.600	42,59%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

QUE EL PROVEEDOR HA CUMPLIDO A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL.

EJECUCION DEL CONTRATO		
CONCEPTO	**VALOR EN LETRAS**	**VALOR EN NÚMEROS**
Valor ejecutado	**CIENTO CUARENTA Y CINCO MILLONES NOVECIENTOS SEIS MIL CUATROCIENTOS 00/100**	**$ 145.906.400**
Saldo por ejecutar	**CIENTO NOVENTA Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SEISCIENTOS 00/100**	**$ 196.641.600**
Valor total certificado (Acumulado)	**CIENTO CUARENTA Y CINCO MILLONES NOVECIENTOS SEIS MIL CUATROCIENTOS 00/100**	**$ 145.906.400**

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**
PR 4034	**04/11/2022**
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	**$ 9.030.000,00**
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	**SE CERTIFICA LA FACTURA PR 4034, CORRESPONDIENTE A LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIAL PERSONAL-AYUDAS TÉCNICAS, DE LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES, CIA 206/2020.**

ANEXOS: Copia de la factura, comprobante de entrada a almacén, acta de verificación y certificación de parafiscales del proveedor.

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
C.C. No.	40438710
CARGO/PERFIL	PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 27 CODIGO 242
AREA DE UBICACIÓN	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
CORREO ELECTRONICO	uel@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	MONICA NATALIA TORRES CHAVES
AREA DE UBICACIÓN	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
CORREO ELECTRONICO	uel@subredcentrooriente.gov.co

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

COMPROBANTE ENTRADA

Nº0000000006499O

PROVEEDOR:	PRAXIS DISEÑO INDUSTRIAL SAS	NIT:	900514360	FECHA:	05/11/2022 11:24 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			ESTADO:	Confirmado
DIRECCION:	CL 4 D N 26 - P 1			MONEDA:	Pesos
TELEFONO:	4070442			TASA CAM:	0,00
Nº FACTURA:	PR4034	% ICA:	6,9000	PLAZO:	0
				FECHA FAC:	04/11/2022 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
101GD015068	SILLA DE RUEDAS TIPO CUIDADOR.	UNIDAD	1,00	$ 1.250.000,00	$ 1.250.000,00	0,00	0,00
101GD015038	SILLA DE RUEDASCONVENCIONAL	UNIDAD	2,00	$ 1.420.000,00	$ 2.840.000,00	0,00	0,00
101GD015039	SILLA DE RUEDAS SEMIDEPORTIVA MANGO FIJO CON ESPALDAR ABATIBLE	UNIDAD	1,00	$ 1.980.000,00	$ 1.980.000,00	0,00	0,00
101GD015553	SILLA DED RUEDAS NEUROLOGICA PLEGABLE BASCULANTE	UNIDAD	1,00	$ 2.960.000,00	$ 2.960.000,00	0,00	0,00

DETALLE

CONTRATO 02-BS-0057-2022, SALUD PUBLICA- DRA. BERTHA SOFIA DIAZ, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL:	$ 9.030.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 62.307,00
RETE FUENTE:	$ 225.750,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 8.741.943,00

TOTAL COMPROBANTE:

OCHO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró:

Revisó Almacen

Adriana Lyo Ce.

Revisado Impuestos:

Calle 4 D N° 40 - 26 Tels: 5244401 - 3658533 CEL 3224546958 Bogotá-Colombia
www.praxis.com.co - praxis_colombia@yahoo.com info@praxis.com.co

Resolución DIAN 18764036948288 de septiembre 28 de 2022 vigencia 12 meses, Excluido Iva ley 223. Facturación Electronica desde N° PR 4001 hasta el N° PR 5000

Actividad Economica ICA: 3092 Tarifa 6,9 x 1000 y Servicios 9,66 x 1000; 3250 11,04 x 1000. Regimen Comun. No Somos Grandes Contribuyentes - No Somos Autorretenedores. Esta Factura de Venta es un titulo valor según ley 1231 de 2008.

PRAXIS DISEÑO INDUSTRIAL SAS

Nit 900514360

Factura de Venta No. PR 4034

CLIENTE SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT/CC 900959051 7
DIRECCIÓN DG 34 5 - 43
TELÉFONO 3444484
CIUDAD Bogota D.C.

VENDEDOR CRISTHIAN MAURICIO AMAYA D
FORMA DE PAGO Credito
FECHA FACTURA 04/11/2022
FECHA VENCIMIENTO 03/01/2023

ITEM	Descripción	CANT.	IVA %	Valor Unitario	Total
1	VENTAS ITEM 6 SILLA DE RUEDAS TIPO CUIDADOR EN ALUMINIO	1	0%	1.250.000	1.250.000
2	VENTAS ITEM 4 SILLA DE RUEDAS CONVENCIONAL EN ALUMINIO	2	0%	1.420.000	2.840.000
3	VENTAS ITEM 7 SILLA DE RUEDAS SEMIDEPORTIVA (MARCO RIGIDO) EN ALUMINIO	1	0%	1.980.000	1.980.000
4	VENTAS ITEM 2 SILLA DE RUEDAS NEUROLOGICA ERGONOMICA PLEGABLE BASCULANTE CONTRATO DE SUMINISTRO N° 02-BS-0087-2022 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° 206 DE 2020 LOCALIDAD MARTIRES	1	0%	2.960.000	2.960.000

04 NOV 2022

Valor en Letras: OCHO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE

TOTAL ITEMS	4
SUBTOTAL	$ 9.030.000
DESCUENTO	0
IVA	0
VALOR TOTAL	9.030.000
RETEFUENTE	225.750
RETEICA	62.307
RETEIVA	0
VALOR A PAGAR	8.741.943

Nota: Favor hacer sus pagos en la siguiente cuenta bancaria a nombre de PRAXIS DISEÑO INDUSTRIAL SAS: CTA CTE N° 21002910371 Banco Caja Social.

Bertha Sofia Diaz G
CC 40438710
Centro Costos 9CUF05
Subgerencia Servicios de Salud

Entrega:_____ **Recibido:**_____

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: fcd5612e026e57fa21a604f414c38fc1b3356e9f6a6c3485d71bd139cc529281f0ab728f27b6294f1d3cd9cfa8acbb97 --Fecha y Hora de Expedición : 04/11/2022 10:35:02 a. m.

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

PRAXIS DISEÑO INDUSTRIAL SAS

Yo, **OCTAVIO CARRILLO DÍAZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.391.697, en mi condición de Representante Legal de **PRAXIS DISEÑO INDUSTRIAL SAS** identificado con Nit: 900.514.360-8, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Bogotá, a los 04 días del mes de noviembre de 2022.

OCTAVIO CARRILLO DIAZ
Gerente General

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CÓDIGO: ET-CO-FT-001 VERSIÓN: 4 FECHA: 2022-05-27
	FORMATO ACTA DE REUNION	

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
21/11/2022	Verificación Dispositivos Asistencia Personal.	2:00 Pm	3:30 Pm

Proceso, área que lidera la reunión	Nombre de quien elabora el acta
Proyecto UEL	Evaudis Fuenmayor

1. Objetivo de la reunión:

Verificar los Dispositivos de Asistencia Personal-Ayudas tecnicas.

2. Temas a tratar:

Verificar DAP Cantidades Solicitadas de la Localidad de los Martires CtA 206-2020 Adición.

3. Desarrollo:

Se realiza verificación De los Dispositivos solicitados al Proveedor Praxis con elemento de Movilidad sillas de ruedas. las cuales fueron solicitadas segun las especificaciones requeridas por la Subred Centro Oriente.

La Facilitadora se reune con el Gerente de Praxis para verificar Cantidades y Calidad de los siguientes Dispositivos.

1. Silla de Ruedas tipo Cuidadora Cantidad = 1
2. Silla de Ruedas Convencional Cantidad = 2
3. Silla de Ruedas semideportiva Marco Rigido = 1
4. Silla de Ruedas Neurologica Ergonomica Cantidad = 1.

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CÓDIGO: ET-CO-FT-001 VERSIÓN: 4 FECHA: 2022-05-27
	FORMATO ACTA DE REUNION	

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
2/11/2022.	Verificación Dispositivos Asistencia Personal.	2:00 P.M.	3:30 P.M.

3. Desarrollo (Continuación):

Se finaliza la verificación, relacionando cada uno de lo solicitado, o Satisfacción.

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	CÓDIGO: ET-CO-FT-001 VERSIÓN: 04 FECHA: 2022-05-27
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	

FECHA AÑO/MES /DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
2/11/2022	Verificación Dispositivos Asistencia Personal	2:00 P.m	3:30 P.m.

5. Asistencia

Nombres y Apellidos	Cargo	Área (unidad)	Correo	Firma
Octavio Camilo Enaudis Fuenmayor.	Gerente Facilitadora	Pedis Subred Centro oriente.	3112337155 vdc@subredcentrooriente.gov.co	