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.	**3**	**INFORME PARCIAL:**	**X**	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	**02-BS-0089-2022**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	**01/12/2022**	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	SOLUCIONES INTEGRALES VER S.A.S. E.P.	**NIT O C.C**	**830.029.829-6**		
Representante Legal:	HELMUTH MAURICIO GALLEGO SANCHEZ	**Identificación Representante Legal**	**C.C: X** **C.E:**	79.367.815	
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 E.S.E 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

				Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 246.925.640,00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 61.731.410,00**	**Plazo**	**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA** 12/10/2022	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA** 11/03/2023
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**	42232	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:	**$ 61.731.410,00**	**Fecha Terminación actual:**		11/03/2023
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**				
3	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 E.S.E 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

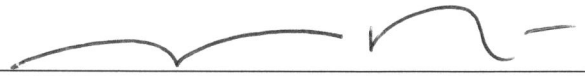
No.	No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO - Ver Fila 39 del Instructivo	FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO: DD/MM/AAAA	PERIODO FACTURADO	VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 43 en Instructivo	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	VER 91	19/10/2022	oct-22	$ 3.800.000,00	$ 3.800.000,00	$ 57.931.410,00	6,16%	
2	VER 93	04/11/2022	nov-22	$ 38.029.950,00	$ 41.829.950,00	$ 19.901.460,00	67,76%	
3	VER 95	17/11/2022	nov-22	$ 2.475.200,00	$ 44.305.150,00	$ 17.426.260,00	71,77%	

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

EJECUCION DEL CONTRATO		
CONCEPTO	**VALOR EN LETRAS**	**VALOR EN NÚMEROS**
Valor ejecutado	**CUARENTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCO MIL CIENTO CINCUENTA 00/100**	**$ 44.305.150**
Saldo por ejecutar	**DIECISIETE MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISEIS MIL DOSCIENTOS SESENTA 00/100**	**$ 17.426.260**
Valor total certificado (Acumulado)	**CUARENTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCO MIL CIENTO CINCUENTA 00/100**	**$ 44.305.150**

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**
VER 95	**17/11/2022**
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	**$ 2.475.200,00**
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	**SE CERTIFICA LA FACTURA VER 95, CORRESPONDIENTE A LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIAL PERSONAL-AYUDAS TÉCNICAS, DE LA LOCALIDAD DE MARTIRES, 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	ucl@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	MONICA NATALIA TORRES CHAVES
AREA DE UBICACIÓN	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
CORREO ELECTRONICO	ucl@subredcentrooriente.gov.co

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

Fecha Actual : sabado, 19 noviembre 2

Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA

Nº0000000000065269

PROVEEDOR:	SOLUCIONES INTEGRALES VER. SAS EP	NIT:	830029829	FECHA:	19/11/2022 09:52 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C)			ESTADO:	Confirmado
DIRECCION:	CL 101 N 12 - 42			MONEDA:	Pesos
TELEFONO:	7553030			TASA CAM:	0,00
Nº FACTURA:	VEF95	% ICA:	11,0400	PLAZO:	0
				FECHA FAC:	17/11/2022 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
101CD015112	GRABADORA DIGITAL	UNIDAD	4,00	$ 520.000,00	$ 2.080.000,00	0,00	19,00

DETALLE

CONTRATO 02-BS-0088-2022, SALUD PUBLICA-DRA. BERTHA SOFIA, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL:	$ 2.080.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 395.200,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 59.280,00
RETE ICA:	$ 22.963,00
RETE FUENTE:	$ 52.000,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 2.340.957,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboro

Revisa Almacen

Revisado Impuestos:

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

Fecha Actual : sabado, 19 noviembre 2

Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA

Nº0000000000065269

PROVEEDOR: SOLUCIONES INTEGRALES VER. SAS EP NIT: 830029829 FECHA: 19/11/2022 09:57 a. m.

CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C)



SOLUCIONES INTEGRALES VER S .A .S . E .P.
NIT/CC: 830029829-6
DIRECCIÓN: CL 101 12 42 / BOGOTÁ, D.C.
DEPARTAMENTO: Bogotá
TELÉFONO: 5522500
TIPO DE EMPRESA: Persona Jurídica
RÉGIMEN TRIBUTARIO: Impuesto sobre las ventas IVA
CORREO: contabilidad@ver.com.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. VER95
FECHA FACTURA: 17 de noviembre de 2022
FECHA DE VENCIMIENTO: 17 de febrero de 2023
FECHA DE VALIDACIÓN: 17 de noviembre de 2022 a las 11:01 AM
FORMA DE PAGO: Crédito
MEDIO DE PAGO: Consignación bancaria
CUFE: a226b41ba011f02628b41140912079611e53e9727546e74942e392d56a930d793530a81379d4e78e534cf07c217bb558

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Nº DE IDENTIFICACIÓN: 900959051
DIRECCIÓN: DIAGONAL 34 # 5 - 43
TELÉFONO: 34444484
CORREO: uel@subredcentrooriente.gov.co
CONTRATO: Martires

Autorización de numeración de facturación DIAN No. 18764039140951 del 04 de noviembre de 2022 al 04 de noviembre de 2023 con prefijo VER del No. 93 al 2000.

OBSERVACIÓN:

Item	*Código*	*Descripción*	*Cantidad*	*Unidad Medida*	*Valor Unitario*	*Valor Total*
1	GD	GRABADORA DIGITAL	4,00	unidad	520.000,00	2.080.000,00

VALOR EN LETRAS: DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE.

SUBTOTAL : 2.080.000,00
IVA: 395.200,00
TOTAL : 2.475.200,00

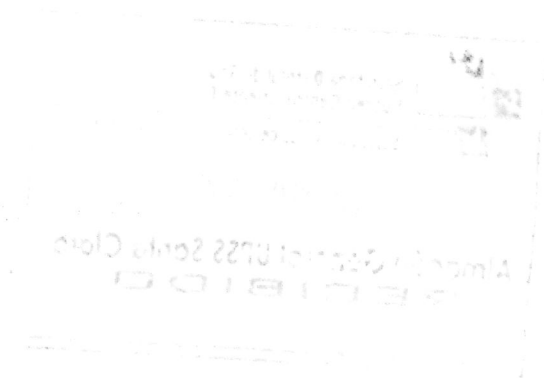
Bertha Sofia Diaz Q
CC 40435910
Centro Costos 9CVFOS
Subgerencia Servicios de Salud

Digitally signed by OLIMPIA IT S.A.S
Date: 2022.11.17 11:02:03 -05:00
Location - Hash: CO - 3051FE6F95923033F AB3BB789394CCEE 1524883F18FC8EAF 2BCB2F843F0A9C86

FIRMA RESPONSABLE | RECIBIDO POR | FIRMA DIGITAL

Contrato 02-65-0088-2022

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E.
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
18 NOV 2022
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO



SOLUCIONES INTEGRALES

VER

TECNOLOGÍA PARA LA INCLUSIÓN

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE CONTRIBUCIONES Y APORTES PARAFISCALES

ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE CONTRIBUCIONES Y APORTES PARAFISCALES.

Yo, **Francisco Eduardo Sierra Vargas** identificado con CC No. 19.256.747 y tarjeta profesional No. 48188-T, actuando en calidad de Revisor Fiscal de la Compañía **SOLUCIONES INTEGRALES VER S.A.S. E.P.** identificada con NIT No. 830.029.829.6 e inscrita en el Registro mercantil que lleva la cámara de Comercio de Bogotá.

CERTIFICO QUE:

La sociedad anteriormente identificada se encuentra al día y a paz y salvo en el cumplimiento de sus obligaciones legales con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, en relación con todos sus empleados y por un periodo no inferior a seis (6) meses anteriores a la presentación de esta certificación.

Esta certificación se expide en cumplimiento de lo dispuesto en el Art. 50 de la ley 789 de 2002 y la Ley 1607 de 2012., en Bogotá D.C, el día 01 de noviembre del año 2022.
Cordialmente,

FRANCISCO EDUARDO SIERRA VARGAS
Revisor Fiscal
T.P. 48188 – T

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
16/11/2022	Verificación de Dispositivos Asistencia Personal.	10:00 am	11:00 am.

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

1. Objetivo de la reunión:

Verificar Dispositivos Asistencia Personal.

2. Temas a tratar:

Verificar DAP, Grabadora Digital. Solicitados para localidad los Mártires Adición y Prórroga.

3. Desarrollo:

El día de hoy nos reunimos en las instalaciones del Hospital Materno Infantil la Facilitadora local Fnaudis Fuenmayor y Ivanna Velasquez quien es la Asesora Comercial - de Proveedor Soluciones Ver para Verificación de los elementos - DAP Grabadoras.

Se solicitaron 4 Grabadoras digital en su totalidad.

Se finaliza la verificación con la aprobación de los DAP.

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL

3. Desarrollo (Continuación):

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
16/11/2022	Verificación Dispositivos Asistencia Personal	10:00am	11:00am

5. Asistencia				
Nombres y Apellidos	**Cargo**	**Área (unidad)**	**Correo**	**Firma**
Ivanna Velasquez	D. Pedagógica	D. Pedagógica	i.velasquez@ver.com.co	
Erlando Fuenmayor.	Facilitadora	SRLO	vel@subred.centro oriente.gov.co	
Bertha Sofia Diaz C.	Prof Especializado	Proy FDL	vel@subredcentroriente.gov.co	