COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000441249

Consecutivo : 000000000441249
Fecha del Egreso : 26/04/2023 11:52:05 a. m.
Beneficiario 900259168 TU SALUD H Y G S A S
Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000002988
Valor en Letras CINCUENTA Y NUEVE MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS VEINTITRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Estado : Confirmado
Valor : $ 59.142.923
Numero Nota: 00000002988

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE
Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.
Numero : Consignar : 04/26/2023 Impuesto X Mil : $ 0

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS Nº482800023087 CONVENIO INTERADMIN No. FDSL-CI-455-2021 LOCALIDAD SAN CRISTOBAL	900259168	111006164	$ 0	$ 59.142.923
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000002988	900259168	240101001	$ 59.142.923	$ 0

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
FE3128	$ 59.142.923,00				

TESORERIA	DIRECCIÓN FINANCIERA	GERENCIA	FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Op. 15058.

Elaboró. :65757131 MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO
Usuario Id. :65757131

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

Fecha Actual : jueves, 10 noviembre 2

Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000065061

PROVEEDOR:	TU SALUD H&G S.A.S	NIT: 900239168	FECHA:	10/11/2022 08:40 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:	FE3128	% ICA: 11,0400 PLAZO: 0	FECHA FAC:	08/11/2022 12:00 a. m.	

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
101CD013458	CAMA HOSPITALARIA SEMI- ELECTRICA	UNIDAD	2,00	$ 4.825.000,00	$ 9.650.000,00	0,00	19,00
101CD015558	CAMA HOSPITAL MECANICA CUATRO PLANOS	UNIDAD	15,00	$ 2.860.000,00	$ 42.900.000,00	0,00	19,00

DETALLE

CONTRATO 02-BS-0068-2022, SALUD PUBLICA- DRA. BERTHA SOFIA DIAZ, DIGITA LUDY TORRES

SUBTOTAL:	$ 52.550.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 9.984.500,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 1.497.675,00
RETE ICA:	$ 580.152,00
RETE FUENTE:	$ 1.313.750,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 59.142.923,00

TOTAL COMPROBANTE:

CINCUENTA Y NUEVE MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS VEINTITRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboro:

Revisó Almacen

Adriana Lugo Sr

Revisado Impuestos:

Saldo : $ 122.733.052

Adriana M. Lugo L.
15 DIC 2022
CUENTAS POR PAGAR

Obl. 18940/23 daniela

Obl. 71175/22 daniela

SN
24-4-23

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 ELECTRONICA DE VENTA
No.FE 3128

Autorización de Numeración de Facturación Electrónica DIAN No. 18764026735661 Habilita del FE 2141 al FE 5000 Fecha: 2022/03/17 Vigencia 12 Meses.
Act Economica ICA 3250 TARIFA 11/00
Act Economica Dian Cod 3311 3250
NO SOMOS RETENEDORES DE IVA
REGIMEN COMÚN

Cod Cliente:
Nombre: SUBRED INTEGRADA SERV. SALUD DE CENTRO ORIENTE
Nit: 900959051
Dirección : DG 34 5 43
Ciudad: BOGOTÁ
Teléfono: 3444484

Fecha Factura: 8 de Noviembre de 2022
Fecha Vencimiento: 06 de FEBRERO de 2023
Medio de Pago: Crédito
Forma de Pago: PAGO A 90 DIAS
Resp. Fiscal Cliente: O-13 - Gran contribuyente
Rég. Fiscal: Responsable de Impuesto a las Ventas (48)

ITEM	REF.	DESCRIPCION	REFEREN	SERIAL	CAN	IVA	V UNI	V TOTAL
1		CAMA HOSPITALARIA SEMI ELETRICA CUATRO PLANOS	CH 02		2.00	1,833,500.0	4,825,000.00	9,650,000.00
2		CAMA HOSPITALARIA MECANICA CUATRO PLANOS	CH 01		15.00	8,151,000.0	2,860,000.00	42,900,000.00
		CON CARGO AL CONTRATO No. 02-BS-0088-2022						
		LOCALIDAD DE SAN CRISTOBAL						

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente
09 NOV 2022
Almacén General UNSS Santa Clara
RECIBIDO

TOTAL EN LETRAS
SON : SESENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS

VALOR BRUTO	52,550,000
I.V.A.	9,984,500.00
DESCUE - COPAGO	0.00
TOTAL VENTA	**62,534,500**

Favor consigne en cualquier cuenta corriente: Banco Colpatria No. 4451015023, Banco Davivienda No 050000869996459, Banco Occidente No 247050297 a nombre de TU SALUD H&G S.A.S. reportar a contabilidad@tusalud.com.co

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. Bienes Exentos - Decreto 551 del 15 de Abril del 2020

Bertha Sofia Diaz G
CC 40438170
Centro Costos 9CVF07-1
Subgerencia Servicios de Salud

Firma Cliente C.C. / NIT

¡¡¡ REPRESENTACION GRAFICA DE FACTURACION ELECTRONICA !!!

FECHA VALIDACIÓN DIAN: 2022-11-08 08:44:43-05:00

TOTAL ITEMS FACTURADOS: 2

CUFE: 4fc56fe37fde97cb253865a17555e54a3d7809a46dc6febe739c3d801e8a7f089909513b8cca0ec c996d5ea9c4d43d7b

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 Página Web: www.tusalud.com.co

FACTURA IMPRESA POR PROASISTEMAS S.A NIT: 800.042.928-1 ***ATEB Colombia S.A.S NIT: 900.965.992-7 PROVEEDOR TECNOLOGICO AUTORIZADO DIAN

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-0088-2022**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	**01/12/2022**	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	TU SALUD H&G SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA SAS	**NIT O C.C**			900.259.168-6
Representante Legal:	GILBERTO ORJUELA GUERRERO	**Identificación Representante Legal**		**C.C:X C.E:**	19.388.268
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)**	**$ 327.771.400,00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 81.942.850,00**	**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	2032	21/06/2022	**Registro Inicial**	42355	04/10/2022					
Disponibilidades Números de Adiciones	2033	21/06/2022	**Registros Presupuestales de Adiciones**	42356	04/10/2022	**Adición 1:**		**Prórroga 1:**		
	2034	21/06/2022		42357	04/10/2022	**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:	**$ 81.942.850,00**	**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 CERTIFICACIÓN	**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 E.S.E Y LAS LOCALIDADES DE LOS MARTIRES, ANTONIO NARIÑO, SANTA FE, LA CANDELARIA, SAN CRISTOBAL, Y RAFAEL URIBE URIBE	9CVF07-1	**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 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 JUSTIFICACION 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	FE 3068	14/10/2022	oct-22	$ 11.483.500,00	$ 11.483.500,00	$ 70.459.350,00	14,01%	SE CERTIFICA LA FACTURA FE 3068, CORRESPONDIENTE A LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIAL PERSONAL-AYUDAS TÉCNICAS, DE LA LOCALIDAD DE SAN CRISTOBAL, CIA 455/2021.
2	FE 3069	14/10/2022	oct-22	$ 3.510.500,00	$ 14.994.000,00	$ 66.948.850,00	18,30%	SE CERTIFICA LA FACTURA FE 3069, CORRESPONDIENTE A LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIAL PERSONAL-AYUDAS TÉCNICAS, DE LA LOCALIDAD DE MARTIRES, CIA 206/2020.
3	FE 3070	14/10/2022	oct-22	$ 4.284.000,00	$ 19.278.000,00	$ 62.664.850,00	23,53%	
4	FE 3128	08/11/2022	nov-22	$ 62.534.500,00	$ 81.812.500,00	$ 130.350,00	99,84%	
TOTAL				$ 81.812.500	$ 81.812.500	$ 130.350	99,84%	

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	OCHENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS DOCE MIL QUINIENTOS 00/100	$ 81.812.500
Saldo por ejecutar	CIENTO TREINTA MIL TRESCIENTOS CINCUENTA 00/100	$ 130.350
Valor total certificado (Acumulado)	OCHENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS DOCE MIL QUINIENTOS 00/100	$ 81.812.500

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
FE 3128	08/11/2022
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 62.534.500,00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	SE CERTIFICA LA FACTURA FE 3128, CORRESPONDIENTE A LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIAL PERSONAL-AYUDAS TÉCNICAS, DE LA LOCALIDAD DE SAN CRISTOBAL, CIA 455/2021.

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

Tu Salud IPS
Especialistas en Movimiento y Aprendizaje

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002

El suscrito, **MARTHA PATRICIA SANCHEZ ORJUELA**, identificado con cedula de ciudadanía No. 51.948.304 de Bogotá D.C. En mi calidad de Representante Legal Suplente de la empresa **TU SALUD H&G S.A.S**. 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 Laborales – ARL -, las cajas de compensación familiar , el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF- y el servicio Nacional de Aprendizaje – SENA -.

Dada en Bogotá, a los Ocho (08) día del mes de Noviembre del año 2022.

Atentamente,

MARTHA PATRICIA SANCHEZ ORJUELA
CC. 51.948.304 de Bogotá.
Representante Legal S.

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

Powered by CamScanner

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

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
10/11/2022	Verificación DAP-Almacén FDLSC.	8:00	10:00

Proceso, área que lidera la reunión	Nombre de quien elabora el acta
Proyectos de Inversión Local	Angela Garcia

1. Objetivo de la reunión:

Verificar con el Area de Almacén los dispositivos de Asistencia personal

2. Temas a tratar:

Dispositivos de Asistencia Personal Colchones en Espuma y Camas Hospitalarias

3. Desarrollo:

El Convenio Interadministrativo presenta el Fondo de Desarrollo local de San Cristobal CIA 455/2021 y el Área de Almacén los dispositivos:

- ✓ Camas Hospitalarias mecánicas de cuatro planos Cantidad: 6
- ✓ Camas Semieléctricas Cantidad: 4
- ✓ Colchones antiescaras en espuma para Cama Hospitalaria Cantidad: 10

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

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
10/11/2022	Verificación DAP Almacen FDLSC	8:00 am	10:00 am

5. Asistencia

Nombres y Apellidos	Cargo	Área (unidad)	Correo	Firma
Sergio Enrique Diaz Gonzalez	Apoyo Tecnico Almacen	ALSC - Almacen	sergio.asiengier@gmail.com	
Angela Garcia	Facilitadora Local	FDL	vel@subred.centrooriente.gov.co	

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

FECHA AÑO/MES/DIA	NOMBRE DE LA REUNION	HORA INICIO	HORA FINAL
15/11/22	Revision y Verificacion de Dispositivo de Asistencia personal	8:00	9:00am

Proceso, área que lidera la reunión	Nombre de quien elabora el acta
Fondo de Desarrollo local	Diana Vargas

1. Objetivo de la reunión:

Se realiza Revision y Verificación de Dispositivos de Asistencia Personal - almacen

2. Temas a tratar:

Verificación de Dispositivos de Asistencia Personal - Cama hospitalaria manual-mecanica

3. Desarrollo:

Se realiza Verificación de Dispositivos de Asistencia Personal - Cama hospitalaria mecanica cuatro planos que fueron aprobados por comite tecnico para aprobación de ingreso y salida del almacen. Son 5 (cinco) cama hospitalaria mecanica - Convenio 455 de 2021

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

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
15/11/24	Revisión por parte de almacen alcaldia	8.00am	9:00am

5. Asistencia

Nombres y Apellidos	Cargo	Área (unidad)	Correo	Firma
1 Diana Vargas	Fisioterapeuta	FDL	—	
Julieth Paola Buitrago	Psicologa	AUSC-Salud	—	
Sergio Diaz Gonzalez	Apoyo Almacen	AUSC - Almacen	—	
Angela Garcia	Facilitadora local	Subred CO	—	

	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 REUNIÓN	

FECHA AÑO/MES/DIA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
16/11/22	Verificación de Dispositivos de Asistencia Personal	9:00am	9:30am

Proceso, área que lidera la reunión	Nombre de quien elabora el acta
Fondo de Desarrollo Local	Diana Vargas

1. Objetivo de la reunión:

Verificación de Dispositivo de Asistencia Personal - Cama hospitalaria Mecanica

2. Temas a tratar:

Revisión y D/Verificación de Dispositivo de Asistencia personal

3. Desarrollo:

Se Verifica y Revisa una Cama hospitalaria para aprobación de ingreso y salida del almacen - Convenio 455 de 2021 los dispositivos cumplen con las especificaciones técnicas y calidad de acuerdo al anexo técnico

	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 REUNIÓN	

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
16/11/22	Verificación y Revisión de Dispositivo de Asistencia Personal	9:00	9:30

5. Asistencia

Nombres y Apellidos	Cargo	Área (unidad)	Correo	Firma
Diana Vargas	Fisioterapeuta	FDL	—	
Jalieth Paola Bastrago Medina	Psicología	ASC-Salud	—	
Sandra Patricia Gutiérrez	Técnico	Almacén-ASC	—	
Angela Garcia	Facilitadora Local	Subred CO	—	

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

FECHA AÑO/MES/DIA	NOMBRE DE LA REUNION	HORA INICIO	HORA FINAL
18/Octubre/DAP en Custodia por FDLSC-Alcaldía		12:00	12:30

Proceso, área que lidera la reunión	Nombre de quien elabora el acta
Proyectos de Inversión Local	Angela Garcia

1. Objetivo de la reunión:

Verificar cantidad de Dispositivos DAP que quedan en Custodia en la CAPPA de la Alcaldía

2. Temas a tratar:

Dispositivos de Asistencia Personal

3. Desarrollo:

Teniendo en cuenta que se han realizado entregas parciales de DAP del Convenio Interadministrativo CIA 455/2021 se hace una nueva verificación de DAP que quedan el dia de hoy en la Carpa de la Alcaldía Local de San Cristobal:

✓ Camas Hospitalarias Mecánicas de Cuatro planas : 2.
✓ Sillas Sanitaria Estandar : 19
✓ Sillas Sanitaria Plegable : 15.
✓ Silla Sanitaria Bascalabb : 5.
✓ Asiento Ducha con espaldar : 1
✓ Asiento Ducha sin espaldar : 2

	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/DIA	NOMBRE DE LA REUNION	HORA INICIO	HORA FINAL
18/Mayo/2022	DAR en Custodia por FDLSC-Alcaldia	12:00	12:30

5. Asistencia

Nombres y Apellidos	Cargo	Área (unidad)	Correo	Firma
Angela Garcia	facilitadora	Subred CO	vel@subredcentrooriente.gov.co	
Sandra Rodriguez	Apoyo a Supervisión	FDL-SC.	sandra.m.rodriguez@	