OK
ESCAN

0089/22

COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000464766

Consecutivo : 000000000464766
Estado : Confirmado
Fecha del Egreso : 23/08/2023 1:25:11 p. m.
Valor : $ 1.831.524,00
Beneficiario 830029829 SOLUCIONES INTEGRALES VER SAS EP
Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000003252 *Numero Nota:* 00000003252
Valor en Letras UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.
Numero : Consignar : 08/23/2023 Impuesto X Mil : $ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS CTA Nº 008400747591	830029829	111006001	$ 0,00	$ 1.831.524,00
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000003252	830029829	240101001	$ 1.831.524,00	$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
VER102	$ 1.831.524,00				

OP:3540

TESORERIA	DIRECCIÓN FINANCIERA	GERENCIA	FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró. :65757131 MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO
Usuario Id. :52441789

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque

Convenio 455/2021 VEL

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

Fecha actual: sábado, 17 diciembre 2

COMPROBANTE ENTRADA

N°0000000000661121

PROVEEDOR:	SOLUCIONES INTEGRALES VER. SAS ES	NIT:	830029839	FECHA:	17/12/2022 09:16 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)			ESTADO:	Confirmado
DIRECCION:	CL 101 N 12 - 42			MONEDA:	Pesos
TELEFONO:	7553030			TASA CAM:	0,00
N° FACTURA:	VER102	% ICA:	11,0400	PLAZO: 0	FECHA FAC: 16/12/2022 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
191GD013672	TABLET	UNIDAD	1.00	$ 1.900.000,00	$ 1.900.000,00	0,00	0,00

DETALLE

CONTRATO 02-BS-0089-2022, SALUD PUBLICA- DRA. BERTHA SOFIA DIAZ, DIGITA LUIS TORRES

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO PESOS CON ZERO CTVS M/Cte.

SUBTOTAL:	$ 1.900.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 20.976,00
RETE RENTA:	$ 47.500,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE REC:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 1.831.524,00

Elaboró

Revisó Almacen

Adriana Lugo.

Revisado Impuestos

Adriana M. Lugo L.
02 FEB 2023
CUENTAS POR PAGAR

87
27-4-23.

cdl: 20645/23
Valentina

SOLUCIONES INTEGRALES VER

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. VER102
FECHA FACTURA: 16 de diciembre de 2022
FECHA DE VENCIMIENTO: 16 de marzo de 2023
FECHA DE VALIDACIÓN: 16 de diciembre de 2022 a las 12:20 PM
FORMA DE PAGO: Crédito
MEDIO DE PAGO: Consignación bancaria
CUFE: 1fa95cc0825c8d921d6d9fc50a0ec5185e47b339ba9db2c9a500ab3e1724a58b7f0b966aa420ecf841b7b189d4d4f78f

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: San Cristobal

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: Los productos marcados con ** son excluidos de IVA conforme al Articulo 424 del estatuto tributario, partida arancelaria 90.21.

Item	*Código*	*Descripción*	*Cantidad*	*Unidad Medida*	*Valor Unitario*	*Valor Total*
1	*T1*	*TABLET*	*1,00*	*unidad*	*1.900.000,00*	*1.900.000,00*

VALOR EN LETRAS: UN MILLÓN NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE.

SUBTOTAL : 1.900.000,00
IVA: 0,00
TOTAL : 1.900.000,00

Bertha Sofia Diaz G
CC 40438710
Centro Costos 9CVF07-1
Subgerencia Servicios de Salud

Digitally signed by OLIMPIA IT S.A.S
Date: 2022.12.16 12:24:14 -05:00
Location - Hash: CO - B0ADC3CDB2C28B125EE57B2651B7DF9043BB1E49B9F9459F24EAE3A570ABDAB2

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

Proveedor Tecnológico: Olimpia IT SAS NIT: 900032774-4 - Factura Electrónica de Olimpia IT

Contrato 02-BS-0089-2024

Secretaría Distrital de S...
Subred Centro Oriente E...
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
16 DIC 2022
Almacén General URSS Santa Clara
RECIBIDO

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-0089-2022	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	19/01/2023	

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

INFORMACIÓN 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 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%	
4	VER 102	16/12/2022	dic-22	$ 1.900.000,00	$ 46.205.150,00	$ 15.526.260,00	74,85%	
TOTAL				$ 46.205.150	$ 46.205.150	$ 15.526.260	74,85%	

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	CUARENTA Y SEIS MILLONES DOSCIENTOS CINCO MIL CIENTO CINCUENTA 00/100	$ 46.205.150
Saldo por ejecutar	QUINCE MILLONES QUINIENTOS VEINTISEIS MIL DOSCIENTOS SESENTA 00/100	$ 15.526.260
Valor total certificado (Acumulado)	CUARENTA Y SEIS MILLONES DOSCIENTOS CINCO MIL CIENTO CINCUENTA 00/100	$ 46.205.150
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 102	16/12/2022	
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 1.900.000,00	
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	SE CERTIFICA LA FACTURA VER 102, 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	

SOLUCIONES INTEGRALES

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 diciembre del año 2022.
Cordialmente,

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

	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 REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
30/11/2022	Verificación DAP Almacén	8:30	9:00

Proceso, área que lidera la reunión:	Nombre de quien elaboro el acta:
Proyectos de Inversion Local	Angela Garcia

1. Objetivo de la reunión:

Verificar con Almacen los DAP del CIA 455/2021

2. Temas a tratar:

Sillas de Ruedas
Baston Guia con Rodachina

3. Desarrollo:

Continuando con los Entregas se hace Verificación con el área de Almacén del FDLSC Lina Casadiego y del Equipo de Salud Johanna Espitia para realizar conteo de los Siguientes Dispositivos:

- ✓ Sillas de Ruedas Neurológicas = 11 (Plegables)
- ✓ Sillas de Ruedas Eléctricas = Ø
- ✓ Sillas de Ruedas Eléctricas de Manejo Monolateral = 2+2 = 4
- ✓ Sillas de Convencional en Aluminio = 12
- ✓ Silla de Ruedas Convencional con Adaptadores = 1
- Total sillas de Ruedas = 28

Baston Guia con Rodachina = 28
Silla de Bano tipo Playera = 3
Tablet = 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 REUNIÓN	

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
30/11/2022	Verificación DAP Almacén	8:30	9:00

5. Asistencia

Nombres y Apellidos	Cargo	Área (unidad)	Correo	Firma
Lina Marcela Caradiego	Apoyo P. Almacén ALSC	Almacén ALSC	lina.caradiego@gob	
Angelo Garcia	Facilitadora Local	Subred SO	subredsantaorientegov.co	
Katherine Johanna Espitia	Profesional Salud	ALSC- Salud	katherine.espitiae.	