1600

3210304

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD	Versión:	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	31/03/2017	
		Código:	11-03-FO-0001	

2. Bogotá D.C., 28 DE SEPTIEMBRE DE 2018

1.Consecutivo

Señor (a)
PRESUPUESTO
Subred Integrada de Servicios de Salud

Sur Occidente ESE

Respetado (a) Señor(a):

De manera atenta solicito expedir el siguiente certificado de disponibilidad presupuestal para amparar el siguiente gasto:

4. OBJETO	Se solicita Adición 01 para el contrato 5006-2018 con DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO POR CITOMETRÍA DE FLUJO S.A.S., cuyo objeto es Contratar la prestación de servicios especializados en citometría de flujo como técnica de ayuda diagnóstica fundamental y necesaria para definir la clonalidad de enfermedades hematologicas malignas con representación gráfica y el aporte PCR dirigido a alteraciones, moleculas y receptores que extirpan la celula maligna en la superficie de la membrana nuclear y de esto dependerá el diagnóstico de las enfermedades neoplasicas que permitan brindar atención integral de los usuarios que consultan las unidades prestadoras de serviios de salud que lo requieran.
5. VALOR SOLICITADO	$ 17.500.000
6. VALOR EN LETRAS	**DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE.**

Cordialmente,

MARTHA YOLIMA PASACHOA MORENO
Subgerente Corporativa

Cargo Funcionario / Contratista	Nombre	Firma
Revisado por: Directora Contratación	Mónica E. Gonzalez Montes	
Control de calidad :		
Elaboró: Apoyo Adminsitrativo	Martha Rodríguez C.	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma.		

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION	Versión:	1
		Fecha de aprobación:	29/06/2017
		Código:	15-02-FO-0014

CERTIFICACION: __X___	INFORME PARCIAL: ____	Marque con una (X) según corresponda

CONTRATO No. 5006-2018	FECHA DEL INFORME :	27/09/2018

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

								Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación
Contratista:	DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO POR CITOMETRIA DE FLUJO S.A.S	NIT O C.C	900.340.741-2	Valor Inicial:	$7,300,000			25/07/2018	24/11/2018
Representante Legal:	MIGUEL ANTONIO GOMEZ MACIAS	Cedula de extranjeria Representante	79045035	Adición 1:		Prórroga 1:			
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CITOMETRIA DE FLUJO COMO TECNICA DE AYUDA DIAGNOSTICA FUNDAMENTAL Y NECESARIA PARA DEFINIR LA CLONALIDAD DE ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS MALIGNAS CON REPRESENTACION GRAFICA Y EL APORTE DE PCR DIRIGIDO A ALTERACIONES , MOLECULAS Y RECEPTORES QUE EXTIRPAN LA CELULA MALIGNA EN LA SUPERFICIE DE LA MEMBRANA NUCLEAR Y DE ESTO DEPENDERA EL DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES NEOPLASICAS QUE PERMITAN BRINDAR ATENCION INTEGRAL DE LOS USUARIOS QUE CONSULTAN LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SE SERVICIOS DE SALUD QUE LO REQUIERAN			Adición 2:		Prórroga 2:			
Duración Inicial	4 meses			Adición 3:		Prórroga 3:			
Disponibilidades Números	1032 - 13/06/2018	Registros Presupuestales	3210304	Adición 4:		Prórroga 4:			
				Adición 5:		Prórroga 5:			
				Adición 6:		Prórroga 6:			
				Adición 7:		Prórroga 7:			
				Adición 8:		Prórroga 8:			
				Adición 9:		Prórroga 9:			
Rubro presupuestal	3210304		CODIGO	Adición 10:		Prórroga 10:			
				Valor Total:	$7,300,000	Fecha Terminación actual:			24/11/2018

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME/CERTIF.	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO	CENTRO DE COSTO	CUMPLIO		ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO			
			SI	NO	Oportunidad de entrega	SI: X N/A NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI: X

1	4		X		Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI: X
					Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A NO:		

Observaciones:

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS

No.	No. FACTURA o CUENTA DE COBRO	FECHA DE FACTURA O CUENTA COBRO	PERIODO FACTURADO	FECHA RADICACION	VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	5475	19/09/2018	JULIO -AGOSTO-SEPTIEMBRE	20/09/2018	$ 7,000,000	$ 7,000,000	$ 300,000	96%	KE10
TOTAL					7,000,000	7,000,000	300,000	96%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

cumplio a satisfaccion con las obligaciones derivadas del contrato 3912-2018 de acuerdo con el objeto y las obligaciones del contrato suscrito por la entidad

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	En valor	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	SIETE MILLONES DE PESOS MCTE		$ 7,000,000
Saldo por ejecutar	TRECIENTOS MIL PESOS MCTE		$ 300,000
VALOR TOTAL CERTIFICADO			$ 7,000,000.00

No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO
5475	19/09/2018
VALOR A PAGAR	SIETE MILLONES DE PESOS MCTE
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	Durante la ejecución del contrato no se ha presenta ningún inconveniente con los Servicios prestados por el contratista, Y hay cumplimiento del objeto del contrato

ANEXOS:

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	Sandra Leonor Velasquez Arèvalo
C.C. No.	51,955,048
CARGO/PERFIL	Profesional Universitario area de la salud
AREA DE UBICACIÓN	