Secretaria 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.	1	**INFORME PARCIAL:**	X	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	02-BS-0118-2021	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	8/10/2021	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	DIANA MILENA LEGUIZAMON LEAL	**NIT O C.C**	52.282.648-0		
Representante Legal:	DIANA MILENA LEGUIZAMON LEAL	**Identificación Representante Legal**	**C.C:** X **C.E:**	52.282.648	
Objeto del Contrato u orden:	ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMEDICOS DE NO CONTROL Y MOBILIARIO NECESARIO PARA LA DOTACION DE LOS CAPS ANTONIO NARIÑO Y CAPS LIBERTADORES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	**FORMA DE PAGO:**	NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A LA ACEPTACIÓN DE LA FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO DEBIDAMENTE LEGALIZADA Y CERTIFICADA POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.		

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL								**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
				Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 244.243.460**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 61.060.865**	**Plazo**	**29/06/2021**	**28/10/2021**
Consecutivo CDP		**Fecha CDP DD/MM/AAAA**	**Registros Presupuestales**	**Consecutivo CRP**	**Fecha CRP DD/MM/AAAA**	**Adiciones/ Modificación**	**Valor Adiciones**	**Prórrogas**		**Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	966	25/03/2021	**Registro Inicial**	25944	25/06/2021					
Disponibilidades Números de Adiciones	967	25/03/2021	**Registros Presupuestales de Adiciones**	25945	25/06/2021	**Adición 1:**		**Prórroga 1:**		
						Adición 2:		**Prórroga 2:**		
						Adición 3:		**Prórroga 3:**		
						Adición 4:		**Prórroga 4:**		
						Adición 5:		**Prórroga 5:**		
						Adición 6:		**Prórroga 6:**		
						Valor Total:	**$ 61.060.865**	**Fecha Terminación actual:**		**28/10/2021**
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	**42301160107779002**			**Código(S) Rubro(S)**	**DOTACION**		**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**				
1	ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMEDICOS DE NO CONTROL Y MOBILIARIO NECESARIO PARA LA DOTACION DE LOS CAPS ANTONIO NARIÑO Y CAPS LIBERTADORES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	7ADM02	**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	DMLL14	8/09/2021		$ 61.060.864	$ 61.060.864	$ 1	100,00%	
TOTAL				**$ 61.060.864**	**$ 61.060.864**	**$ 1**	**100,00%**	

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

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO
CERTIFICO
QUE EL PROVEEDOR REALIZO LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS OBJETO DEL CONTRATO SEGUN COMPROBANTE INGRESO DE ACTIVOS 183 15/09/2021, LOS CUALES SE ENCUENTRAN RECIBIDOS EN EL AREA DE ACTIVOS FIJOS COMO APOYO TECNICO DEL CONTRATO. DE OTRA PARTE, PRESENTA CERTIFICACION DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL EXPEDIDA POR LA REPRESENTANTE LEGAL.

EJECUCION DEL CONTRATO		
CONCEPTO	**VALOR EN LETRAS**	**VALOR EN NÚMEROS**
Valor ejecutado	SESENTA Y UN MILLONES SESENTA MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS	$ 61.060.864
Saldo por ejecutar	UNO PESOS	$ 1
Valor total certificado (Acumulado)	SESENTA Y UN MILLONES SESENTA MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS	$ 61.060.864

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**
DMLL14	8/09/2021
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 61.060.864,00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	QUE EL PROVEEDOR REALIZO LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS OBJETO DEL CONTRATO SEGUN COMPROBANTE INGRESO DE ACTIVOS 183 15/09/2021, LOS CUALES SE ENCUENTRAN RECIBIDOS EN EL AREA DE ACTIVOS FIJOS COMO APOYO TECNICO DEL CONTRATO. DE OTRA PARTE, PRESENTA CERTIFICACION DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL EXPEDIDA POR LA REPRESENTANTE LEGAL.
ANEXOS: COMPROBANTE INGRESO DE ACTIVOS 183 15/09/2021, FACTURA, APORTES PARAFISCALES	

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	**NIDIA PATRICIA TORO HUERTAS**
C.C. No.	C.C. No. 52161193 de Bogotá
CARGO/PERFIL	Profesional Universitario Codigo 219 Grado 20
AREA DE UBICACIÓN	Dirección Administrativa
CORREO ELECTRONICO	profapoyoadmin@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	**NIDIA PATRICIA TORO HUERTAS**
AREA DE UBICACIÓN	Dirección Administrativa
CORREO ELECTRONICO	profapoyoadmin@subredcentrooriente.gov.co