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.** | 1 | **INFORME PARCIAL:** | | **Marque con una (X) según corresponda** |
| **CONTRATO No.** | 02-BS-0071-2022 | **FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA** | 30/11/2022 | |

## 1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Contratista:** | **TECNOLOGÍAS MÉDICAS COLOMBIA S.A.S.** | **NIT O C.C** | **900.448.208-3** | |
| **Representante Legal:** | ADRIANA MARIA NUÑEZ CASTRO | **Identificación Representante Legal** | **C.C:** **C.E: X** | 715104 |
| **Objeto del Contrato u orden:** | CONTRATAR EL SUMINISTRO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | **FORMA DE PAGO** | **NOVENTA (90) DÍAS** | |

| **SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL** | | | | | | | | | **Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA** | **Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | **Valor Tope del Contrato (Maximo)**** | $ 267.011.952,00 | **Valor Inicial contrato:** | $ 66.752.988,00 | **UN (1) MES CONTADO A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO CORRESPONDIENTE, UNA VEZ CUMPLIDOS LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN DEL CONTATO.** | 16/09/2022 | 15/10/2022 |
| **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** | 2218 | 12/07/2022 | **Registro Inicial** | 40602 | 06/09/2022 | | | | | |
| **Disponibilidades Números de Adiciones** | | | **Registros Presupuestales de Adiciones** | | | **Adición 1:** | | **Prórroga 1:** | | |
| | | | | | | **Adición 2:** | | **Prórroga 2:** | | |
| | | | | | | **Adición 3:** | | **Prórroga 3:** | | |
| | | | | | | **Adición 4:** | | **Prórroga 4:** | | |
| | | | | | | **Adición 5:** | | **Prórroga 5:** | | |
| | | | | | | **Adición 6:** | | **Prórroga 6:** | | |
| | | | | | | **Adición 7:** | | **Prórroga 7:** | | |
| | | | | | | **Valor Total:** | $ 66.752.988,00 | **Fecha Terminación actual:** | | 15/10/2022 |
| **Nombre(s) Rubro(s) presupuestal** | **MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO** | | | **Código(S) Rubro(S)** | 4245010401 (año 2022) | **Validación Tope Máximo del Contrato** | **Adicionar** | | | |
| | **0** | | | | 0 | | | | | |

## 2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

### INFORMACION DE ACTIVIDADES

| **No. INFORME/CERTIF.** | **ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO** | **CENTRO DE COSTO** | **ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CONTRATAR EL SUMINISTRO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | N/A | **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 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 CRÉDITO O NOTA DÉBITO - Ver Fila 39 del Instructivo | FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CRÉDITO O NOTA DÉBITO: 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 | 21541 | 12/10/2022 | OCTUBRE DE 2022 | $ 33.595.000,00 | $ 33.595.000,00 | $ 33.157.988,00 | 50,33% | |
| | NC-1499 | 15/11/2022 | NOVIEMBRE DE 2022 | -$ 2.440.000,00 | $ 31.155.000,00 | $ 35.597.988,00 | 46,67% | Aplica Nota Crédito a factura 21541, por mal valor facturado a item Código M00518301 |
| | | | | $ 0,00 | $ 31.155.000,00 | $ 35.597.988,00 | 46,67% | |
| | | | | $ 0,00 | $ 31.155.000,00 | $ 35.597.988,00 | 46,67% | |
| | | | | $ 0,00 | $ 31.155.000,00 | $ 35.597.988,00 | 46,67% | |
| | | | | $ 0,00 | $ 31.155.000,00 | $ 35.597.988,00 | 46,67% | |
| TOTAL | | | | $ 31.155.000 | $ 31.155.000 | $ 35.597.988 | 46,67% | |

**COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**CERTIFICO**

QUE: PARA REALIZAR LA CERTIFICACION DE ESTE CONTRATO SE RECIBIÓ POR PARTE DEL CONTRATISTA LO CORRESPONDIENTE A FACTURA, COMPROBANTE DE ENTRADA DE ALMACÉN, SOPORTES DE PAGO AL SGPS Y/O PARAFISCALES

**EJECUCION DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALOR EN LETRAS | VALOR EN NÚMEROS |
|---|---|---|
| Valor ejecutado | TREINTA Y UN MILLONES CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE | $ 31.155.000,00 |
| Saldo por ejecutar | TREINTA Y CINCO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE | $ 35.597.988,00 |
| Valor total certificado (Acumulado) | TREINTA Y UN MILLONES CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE | $ 31.155.000,00 |

| | |
|---|---|
| **No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CRÉDITO O NOTA DÉBITO DEL PERIODO CERTIFICADO** | **FECHA DE EMISION DE LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CRÉDITO O NOTA DÉBITO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA** |
| **21541** | **12/10/2022** |
| **VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO** | **$ 33.595.000,00** |
| **OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** | **Verificadas las obligaciones contractuales establecidas en el contrato, como Supervisor manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción con la entrega de los bienes, del citado contrato, dentro del plazo establecido, según la factura relacionada en esta certificación.<br>Que los valores facturados por el CONTRATISTA corresponden a los pactados en el contrato.** |

**ANEXOS:** Se adjunta Comprobante de Entrada No. 64354, Factura No. 21541, Nota Crédito No. NC-1499, Devolución Compra No 2474 y Certificado de Parafiscales

| | |
|---|---|
| **FIRMA SUPERVISOR CONTRATO** | |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** | FABIO ERNESTO FERNANDEZ GIL |
| **C.C. No.** | 74.358.922 |
| **CARGO/PERFIL** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO |
| **AREA DE UBICACIÓN** | INSUMOS Y ABASTECIMIENTO-SUBREDCO |
| **Correo Electronico:** | supervisorcontratos5@gmail.com |
| **NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA** | FABIO ERNESTO FERNANDEZ GIL |
| **AREA DE UBICACIÓN** | INSUMOS Y ABASTECIMIENTO-SUBREDCO |
| **Correo Electronico:** | supervisorcontratos5@gmail.com |

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

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.** | **2** | **INFORME PARCIAL:** | | **Marque con una (X) según corresponda** |
| **CONTRATO No.** | **02-BS-0071-2022** | **FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA** | **30/11/2022** | |

## 1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Contratista:** | **TECNOLOGÍAS MÉDICAS COLOMBIA S.A.S.** | | **NIT O C.C** | **900.448.208-3** | |
| **Representante Legal:** | ADRIANA MARIA NUÑEZ CASTRO | | **Identificación Representante Legal** | **C.C:** <br> **C.E: X** | 715104 |
| **Objeto del Contrato u orden:** | CONTRATAR EL SUMINISTRO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | **FORMA DE PAGO** | **NOVENTA (90) DÍAS** |
| **SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL** | | | | **Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA** | **Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA** |
| | | **Valor Tope del Contrato (Maximo)**** | **$ 267,011,952,00** | **Valor Inicial contrato:** | **$ 66.752.988,00** |
| | | | | **UN (1) MES CONTADO A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO CORRESPONDIENTE, UNA VEZ CUMPLIDOS LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN DEL CONTATO.** | **16/09/2022** | **15/10/2022** |

| **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** | 2218 | 12/07/2022 | **Registro Inicial** | 40602 | 06/09/2022 | | | | | |
| **Disponibilidades Números de Adiciones** | | | **Registros Presupuestales de Adiciones** | | | **Adición 1:** | | **Prórroga 1:** | | |
| | | | | | | **Adición 2:** | | **Prórroga 2:** | | |
| | | | | | | **Adición 3:** | | **Prórroga 3:** | | |
| | | | | | | **Adición 4:** | | **Prórroga 4:** | | |
| | | | | | | **Adición 5:** | | **Prórroga 5:** | | |
| | | | | | | **Adición 6:** | | **Prórroga 6:** | | |
| | | | | | | **Adición 7:** | | **Prórroga 7:** | | |
| | | | | | | **Valor Total:** | **$ 66.752.988,00** | **Fecha Terminación actual:** | | 15/10/2022 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre(s) Rubro(s) presupuestal** | **MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO** | **Código(S) Rubro(S)** | 4245010401 (año 2022) | **Validación Tope Máximo del Contrato** | **Adicionar** |
| | **0** | | 0 | | |

## 2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

### INFORMACION DE ACTIVIDADES

| **No. INFORME/CERTIF.** | **ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO** | **CENTRO DE COSTO** | **ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | CONTRATAR EL SUMINISTRO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | N/A | **Oportunidad de entrega** | **SI: X** <br> **N/A** <br> **NO:** | **Cumplimiento de documentación tramitada o presentada** | **SI: X** | **NO:** |
| | | | **Respuesta de imprevistos y Emergencias** | **SI: X** <br> **N/A** <br> **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 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 CRÉDITO O NOTA DÉBITO - Ver Fila 39 del Instructivo | FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CRÉDITO O NOTA DÉBITO: 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 | 21541 | 12/10/2022 | OCTUBRE DE 2022 | $ 33.595.000,00 | $ 33.595.000,00 | $ 33.157.988,00 | 50,33% | |
| | NC-1499 | 15/11/2022 | NOVIEMBRE DE 2022 | -$ 2.440.000,00 | $ 31.155.000,00 | $ 35.597.988,00 | 46,67% | Aplica Nota Crédito a factura 21541, por mal valor facturado a item Código M00518301 |
| 2 | 22376 | 17/11/2022 | NOVIEMBRE DE 2022 | $ 2.600.000,00 | $ 33.755.000,00 | $ 32.997.988,00 | 50,57% | |
| | | | | $ 0,00 | $ 33.755.000,00 | $ 32.997.988,00 | 50,57% | |
| | | | | $ 0,00 | $ 33.755.000,00 | $ 32.997.988,00 | 50,57% | |
| | | | | $ 0,00 | $ 33.755.000,00 | $ 32.997.988,00 | 50,57% | |
| TOTAL | | | | $ 33.755.000 | $ 33.755.000 | $ 32.997.988 | 50,57% | |

**COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**CERTIFICO**

QUE: PARA REALIZAR LA CERTIFICACION DE ESTE CONTRATO SE RECIBIÓ POR PARTE DEL CONTRATISTA LO CORRESPONDIENTE A FACTURA, COMPROBANTE DE ENTRADA DE ALMACÉN, SOPORTES DE PAGO AL SGPS Y/O PARAFISCALES

**EJECUCION DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALOR EN LETRAS | VALOR EN NÚMEROS |
|---|---|---|
| Valor ejecutado | TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE | $ 33.755.000,00 |
| Saldo por ejecutar | TREINTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE | $ 32.997.988,00 |
| Valor total certificado (Acumulado) | TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE | $ 33.755.000,00 |

| No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CRÉDITO O NOTA DÉBITO DEL PERIODO CERTIFICADO | FECHA DE EMISION DE LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CRÉDITO O NOTA DÉBITO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA |
|---|---|
| 22376 | 17/11/2022 |
| VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO | $ 2.600.000,00 |
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: | Verificadas las obligaciones contractuales establecidas en el contrato, como Supervisor manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción con la entrega de los bienes, del citado contrato, dentro del plazo establecido, según la factura relacionada en esta certificación.<br>Que los valores facturados por el CONTRATISTA corresponden a los pactados en el contrato.<br>Los insumos médico quirúrgicos relacionados en la factura 22376, se entregaron dentro delplazo de ejecución del contrato, inicialmente relacionados en la factura 21541, pero se devolvieron por error en el valor de los insumos. |

ANEXOS: Se adjunta Comprobante de Entrada No. 65226, Factura No. 22376 y Certificado de Parafiscales

| | |
|---|---|
| FIRMA SUPERVISOR CONTRATO | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | FABIO ERNESTO FERNANDEZ GIL |
| C.C. No. | 74.358.922 |
| CARGO/PERFIL | PROFESIONAL UNIVERSITARIO |
| AREA DE UBICACIÓN | INSUMOS Y ABASTECIMIENTO-SUBREDCO |
| Correo Electronico: | supervisorcontratos5@gmail.com |
| NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA | FABIO ERNESTO FERNANDEZ GIL |
| AREA DE UBICACIÓN | INSUMOS Y ABASTECIMIENTO-SUBREDCO |
| Correo Electronico: | supervisorcontratos5@gmail.com |

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