Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	SOLICITUD DE ADICIÓN Y PRORROGA	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	1/10/2018	
		Código:	18-02-FO-0010	

1.	ORDEN		CONTRATO	X	MARQUE CON UNA (X) SEGÚN CUANTIA

2. Bogotá D.C., FEBRERO 12 DE 2019

3. Doctor (a) VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO

4.	ADICION		PRORROGA	X	MARQUE CON UNA (X)

De manera atenta, solicito se tramite el proceso con la información relacionada a continuación:

5. No. ORDEN/ CONTRATO	CONTRATO No. 5251 DE 2018
6. NOMBRE CONTRATISTA	FRIDEN DE COLOMBIA HOSPITALARIA LTDA
7. NIT/CEDULA	830.018.535-9
8. OBJETO	SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRURGICOS HOSPITALARIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESTACIÓN DEL SERVICIOS DE SALUD
9. VALOR A ADICIONAR	
10. PLAZO A PRORROGAR	UN (1) MES CONTADOS A PARTIR DEL 16 DE MARZO DE 2019
11. JUSTIFICACIÓN	QUE LA SUBRED REQUEIRE GARANTIZAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS DE USO HOSPITALARIO Y AMBULATORIO PARA LA ATENCION DE SUS PACIENTES. QUE EL CONTRATO 5251 DE 2018 TIENE COMO OBJETO EL SUMINISTRO SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRURGICOS HOSPITALARIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESTACIÓN DEL SERVICIOS DE SALUD. QUE EL COSTO PROMEDIO MENSUAL DE LOS INSUMOS INCLUIDOS EN EL CONTRATO 5251 DE 2018 ES DE $40.000.000 QUE A LA FECHA EL CONTRATO No. 5251 DE 2018 TIENE UNA EJECUCIÓN DEL 43% Y TIENE COMO FECHA DE FINALIZACION EL15 DE MARZO DE 2019 QUE POR LO ANTERIOR SE HACE NECESARIO PRORROGAR EL CONTRATO 5251 DE 2018 EN UN (1) MES CONTADOS A PARTIR DEL 16 DE MARZO DE 2019

Cordialmente,

CARLOS ALBERTO FONSECA SAMACA
12. Nombre del Supervisor
Cargo: Profesional Universitario Recursos Físicos

ALMA AXIRA AMPUDIA ARRIAGA
13. Nombre del Director
VoBo. Directora Administrativa (E)

19 FEB 2019

15. Anexo: Dos (2) folios.

1. Se debe marcar espacio dependiendo el tipo de contrato
2. Se debe colocar la fecha de la solicitud formato día/mes/año
3. Se debe dirigir a nombre del gerente.
4. Se coloca el número y año del contrato
5. Se coloca el nombre del contratista
6. Se coloca el número de nit o cedula del contratista
7. (Describir clausula, los items,cantidades y demás aspectos objeto de la modificación. Redactar la modificación)
8. La solicitud debe venir firmada por el supervisor del contrato
9. El formato debe pasar por el Visto bueno de la subgerencia administrativa para su aprobación.
10. Se debe adjuntar el formato certificación de ejecución de actividades

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	29/06/2017	
		Código:	15-02-FO-0014	

CERTIFICACION: ___X__ | **INFORME PARCIAL: ____**

CONTRATO No. 5251 DE 2018 | **FECHA DEL INFORME :** 13/02/2019

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	FRIDEN DE COLOMBIA HOSPITALARIA LTDA	NIT O C.C	830.018.535-9	Valor Inicial:	$33.000.000			**Fecha de Inicio:**	**Fecha de Terminación:**
Representante Legal:	FANNY BECERRA SERRANO	Cedula Representante	**37.810.707**	Adición 1:	**50.000.000**	Prórroga 1:		**23/08/2018**	**22/11/2018**
Objeto del Contrato u orden:	SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRURGICOS HOSPITALARIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESTACIÓN DEL SERVICIOS DE SALUD			Adición 2:	**20.000.000**	Prórroga 2:		23/11/2018	22/01/2019
Duración Inicial	TRES (3) MESES			Adición 3:	**29.000.000**	Prórroga 3:		23/01/2019	15/03/2019
Disponibilidades Números	822-20/04/2018 1510-13/09/2018 1841-15/11/2018 112-15/01/2019	Registros Presupuestales	36019-15/08/2018 40526-19-09/2019	Adición 4:	**40.000.000**	Prórroga 4:			
				Adición 5:	**70.000.000**	Prórroga 5:			
				Adición 6:		Prórroga 6:			
				Adición 7:		Prórroga 7:			
				Adición 8:		Prórroga 8:			
				Adición 9:		Prórroga 9:			
Rubro presupuestal			CODIGO	Adición 10:		Prórroga 10:			
			321020102	Adición 11:		Prórroga 11:			
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO			Valor Total:	$242.000.000	Fecha Terminación actual:		15/03/2019	

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					
1	EL CONTRATISTA CUMPLIO CON EL OBJETO CONTRACTUAL PACTADO:SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRURGICOS HOSPITALARIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESTACIÓN DEL SERVICIOS DE SALUD		X		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	Cumplimiento calidad de la prestación	SI: X	NO:
					Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A NO:			

Observaciones: