Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	SOLICITUD DE ADICIÓN Y/O PRORROGA	Versión:	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	4/04/2017	
		Código:	15-02-FO-0003	

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

2. Bogotá D.C., Marzo Del 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	5279-2018
6. NOMBRE CONTRATISTA	SUPLESALUD IPS INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD S.A.S
7. NIT/CEDULA	805,029,546-6
8. OBJETO	Suministro de dispositivos medico quirurgicos hospitalarios, necesarios para la normal prestación del servicio de salud.
9. VALOR ADICIONAR	N/A
10. PLAZO A PRORROGAR	QUINCE (15) DIAS CALENDARIO
11. JUSTIFICACION	Con el fin de garantizar el suministro de insumos de material medico quirurgico para la prestación de servicios a los usuarios de la Subred Integrada De Servicios de Salud Sur Occidente ESE, es necesario prorrogar el siguiente contrato dado que el mismo cuenta con el saldo a la fecha.

Cordialmente,

ALMA AXIRA AMPUDIA
VoBo. Directora Administrativa (E)

10. Anexó: _____ (_) folios.

V 15-04-19

Ingrid
Valencia
11-03-19

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Secretaría de Salud Subred Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACION DE EJECUCION DE ACTIVIDADES	Versión:	1
		Fecha de aprobación:	29/06/2017
		Código:	15-02-FO-0014

CERTIFICACION:		INFORME PARCIAL:		Marque con una (X) según corresponda	
CONTRATO No.	5279-2018	FECHA DEL INFORME :	11/03/2019		

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

							Fecha de Inicio:	Fecha de Terminacion:
Contratista:	SUPLESALUD IPS INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD S.A.S	NIT O C.C	805,029,546-6	Valor Inicial:	$1.000.000		24/08/2018	23/11/2018
Representante Legal:	PAULINA TAPIA BOTERO	Cedula Representante	52,414,286	Adicion 1:		Prórroga 1:	24/11/2018	13/01/2019
Objeto del Contrato u orden:	Suministro de dispositivos medico quirurgicos hospitalarios, necesarios para la normal prestación del servicio de salud.			Adición 2:		Prórroga 2:	14/01/2019	15/03/2019
Duración Inicial	TRES (3) MESES,			Adicion 3:		Prórroga 3:	16/03/2019	15/04/2019
Disponibilidades Numeros		Registros Presupuestales		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	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	CODIGO		Adición 10:		Prórroga 10:		
		321020102		Valor Total:	$1.000.000	Fecha Terminación actúal:		15/04/2019

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	Oportunidad de entrega	SI: X NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI: X	NO:
	Suministro de dispositivos medico quirurgicos hospitalarios, necesarios para la normal prestación del servicio de salud.		X		Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: N/A NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI: X	NO:
					Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X 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						$ -	1.000.000	0%	
2						$ -	1.000.000	0%	
3						$ -	1.000.000	0%	
4						$ -	1.000.000	0%	
5						$ -	1.000.000	0%	
6						$ -	1.000.000	0%	
7						$ -	1.000.000	0%	
8						$ -	1.000.000	0%	
9						$ -	1.000.000	0%	
10						$ -	1.000.000	0%	
TOTAL					0				

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado		$ -
Saldo por ejecutar		$ 1.000.000
VALOR TOTAL CERTIFICADO		

No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO
VALOR A PAGAR	
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	Alma Axira Ampudia
NOMBRE Y APELLIDOS	ALMA AXIRA AMPUDIA
C.C. No.	26,391,557
CARGO/PERFIL	Directora Administrativa (E)
AREA DE UBICACIÓN	Dirección Administrativa