Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION**	Versión:	2
		Fecha de aprobación:	17/08/2018
		Código:	18-02-FO-0007
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.			

CERTIFICACION: X	**INFORME PARCIAL: ____**	Marque con una (X) según corresponda
CONTRATO No. 4896-2023	**FECHA DEL INFORME :**	31/08/2023

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

								Fecha de Inicio:	**Fecha de Terminación:**
Contratista:	COMERCIALIZADORA ODONTOLOGICA	NIT O C.C		Valor Inicial:	$5.073.470				
Representante Legal:		Cedula Representante		Adición 1:		Prórroga 1:		MAYO 29 DE 2023	SEPTIEMBRE 28 DE 2023
Objeto del Contrato u orden:	Suministro de insumos Odontológicos para la Prestación de Servicios de Salud Oral de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E			Adición 2:		Prórroga 2:			
Duración Inicial	,			Adición 3:		Prórroga 3:			
Disponibilidades Números		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		MEDICO QUIRURGICO	CODIGO	Adición 10:		Prórroga 10:			
				Valor Total:	$5.073.470	Fecha Terminación actual:		28/09/2023	

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					
AGOSTO	1. El proponente realizará directamente la entrega del INSUMO de odontología en las sedes de la Subred que cuentan con el servicio de Odontología previa inspección y recibido en los Almacenes de las Unidades de Prestación de Servicios de Salud del Sur, Fontibón y Occidente de Kennedy de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, de acuerdo al	ODONTOLOGIA	x		Oportunidad de entrega	**SI: x** **N/A** **NO:**	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	**SI: x**	**NO:**
					Respuesta de imprevistos y Emergencias	**SI:** **N/A** **NO:**	Cumplimiento calidad de la prestación	**SI: x**	**NO:**
					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	GCE83321	3/08/2023	AGOSTO	8/08/2023	$ 34.400	34.400	5.039.070	1%	
2	GCE83322	3/08/2023	AGOSTO	8/08/2023	$ 17.200	51.600	5.021.870	1%	
3	GCE83323	3/08/2023	AGOSTO	8/08/2023	$ 34.400	86.000	4.987.470	2%	
4	GCE83325	3/08/2023	AGOSTO	8/08/2023	$ 34.400	120.400	4.953.070	2%	
5	GCE83327	3/08/2023	AGOSTO	8/08/2023	$ 17.200	137.600	4.935.870	3%	
6	GCE83296	3/08/2023	AGOSTO	9/08/2023	$ 103.200	240.800	4.832.670	5%	
7	GCE83297	3/08/2023	AGOSTO	9/08/2023	$ 17.200	258.000	4.815.470	5%	
8	GCE83299	3/08/2023	AGOSTO	9/08/2023	$ 103.200	361.200	4.712.270	7%	
	TOTAL				**361.200**	**361.200**	**4.712.270**	**7%**	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	MIRELLA PEÑA ROJAS
C.C. No.	52.299.676
CARGO/PERFIL	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS AMBULATORIOS
AREA DE UBICACIÓN	DIRECCION SERVICIOS AMBULATORIOS