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:	1	**INFORME PARCIAL:**	X	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	02-BS-071-2023	**FECHA DEL INFORME :**	24/10/2023	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	LA INSTRUMENTADORA SAS	**NIT O C.C**			
Representante Legal:	CIRO ANTONIO VEGA JOYA	**Identificación Representante Legal**	**C.C:** X **C.E:**		
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR EL ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS POR EVENTO PARA LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	**FORMA DE PAGO:**	El pago se realizará, dentro de los **noventa (90) dias calendario, una vez presentada la factura** y/o cuenta de cobro según el caso junto con el certificado de recibido a satisfacción expedida por el Interventor y supervisor del contrato, pago de aportes al sistema de seguridad social Integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales) y aportes Parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar) cuando a ello hubiere lugar, de acuerdo a como lo establece la normatividad vigente y demás documentos requeridos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE.		

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

				Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 5.236.000,00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 17.136.000,00**	**Plazo**	**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**	
Consecutivo CDP		**Fecha CDP DD/MM/AAAA**	**Registros Presupuestales**	**Consecutivo CRP**	**Fecha CRP DD/MM/2018**	**Adiciones/ Modificación**	**Valor Adiciones**	**Prórrogas**	**Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación Prorrogas DD/MM/AAAA**	
Disponibilidad Inicial	1643	30/05/2023	**Registro Inicial**	33771	9/08/2023						
Disponibilidades Números de Adiciones			**Registros Presupuestales de Adiciones**			**Adición 1:**		**Prórroga 1:**			
						Adición 2:		**Prórroga 2:**			
						Adición 3:		**Prórroga 3:**			
						Valor Total:	**$ 17.136.000,00**	**Fecha Terminación actual:**		**27/11/2023**	
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	ARRENDAMIENTOS		**Código Rubro**	4212020200701		**Continuar con tramite para Contratación Nueva**					

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 ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS POR EVENTO PARA LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 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 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 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	FE 591	19/10/2023		1.785.000	$ 1.785.000	$ 15.351.000	10,42%	PACIENTE CLAUDIA PATRICIA FERNANDEZ H.C. 52828133 FECHA 19/10/2023
TOTAL				**$ 1.785.000**	**$ 1.785.000**	**$ 15.351.000**	10,42%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICO

QUE EL PROVEEDOR PRESTÓ EL SERVICIO DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPO BIOMEDICO OBJETO DEL CONTRATO, EL CUAL SE ENCUENTRA AVALADO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA MEDIANTE LA HOJA DE GASTO DE FECHA 19/10/2023 PARA EL PACIENTE CLAUDIA PATRICIA FERNANDEZ. DE OTRA PARTE, PRESENTA CERTIFICACION DE PAZ Y SALVO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL EXPEDIDA POR EL REVISOR FISCAL.

EJECUCION DEL CONTRATO

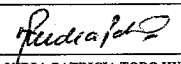
CONCEPTO	**VALOR EN LETRAS**	**VALOR EN NÚMEROS**

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

Valor ejecutado	UN MILLON SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS	$	1.785.000,00
Saldo por ejecutar	QUINCE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL PESOS	$	15.351.000,00
Valor total certificado (Acumulado)	UN MILLON SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS	$	1.785.000,00

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
FE 591	19/10/2023
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 1.785.000,00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	QUE EL PROVEEDOR PRESTÓ EL SERVICIO DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPO BIOMEDICO OBJETO DEL CONTRATO, EL CUAL SE ENCUENTRA AVALADO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA MEDIANTE LA HOJA DE GASTO DE FECHA 19/10/2023 PARA EL PACIENTE CLAUDIA PATRICIA FERNANDEZ. DE OTRA PARTE, PRESENTA CERTIFICACION DE PAZ Y SALVO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL EXPEDIDA POR EL REVISOR FISCAL.

ANEXOS:FACTURA, HOJA DE GASTO Y CERTIFICACION APORTES PARAFISCALES

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	NIDIA PATRICIA TORO HUERTAS
C.C. No.	C.C. No. 52161193 de Bogotá
CARGO/PERFIL	Director Administrativo Codigo 009 Grado 05 (E)
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