	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION	Versión:	2
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		Fecha de aprobación:	11/08/2018
		Código:	18-02-PO-007

CERTIFICACION: X	INFORME PARCIAL:	Marque con una (X) según corresponda
CONTRATO No. 6595-2023	FECHA DEL INFORME :	17/10/2023

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

								Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:
Contratista:	DISFARMA G.C. S.A.S.	NIT O C.C	900580962-2	Valor Inicial:	$155.800.000			13/10/2023	27/10/2023
Representante Legal:	JOSE EUGENIO GOMEZ CASTELLANOS	Cedula Representante	13.920.613	Adición 1:		Prórroga 1:			
Objeto del Contrato u orden:	"CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS QUE SE REQUIEREN DE ACUERDO CON LO RELACIONADO EN EL ANEXO 1 PARA LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E."			Adición 2:		Prórroga 2:			
				Adición 3:		Prórroga 3:			
				Adición 4:		Prórroga 4:			
				Adición 5:		Prórroga 5:			
				Adición 6:		Prórroga 6:			
Duración Inicial	15 DIAS			Adición 7:		Prórroga 7:			
Disponibilidades Números	Certificado de Disponibilidad Presupuestal N° 2103 del 31 de agosto de 2023	Registros Presupuestales	4245010301	Adición 8:		Prórroga 8:			
				Adición 9:		Prórroga 9:			
				Adición 10:		Prórroga 10:			
				Adición 11:		Prórroga 11:			
Rubro presupuestal	Medicamentos	CODIGO	4245010301	Valor Total:	$155.800.000	Fecha Terminación actual:		27/10/2023	

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				
No.01	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CON DESTINO A LOS PACIENTES ATENDIDOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DEL DISTRITO CAPITAL	KE10M05HK	SI: X	NO	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:
					Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A NO:			

Observaciones: el proveedor debe enviar copia de las facturas (via correo electronico) oportunamente con copia de recibido de la unidad dónde se despacho el pedido para garantizar el pago oportuno en tesorería

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	ZD368879	13/10/2023	oct-23	14/10/2023	$12.188.400	$12.188.400	$143.611.600	8%	KENNEDY K103 Farm K5000000002368
2	ZD368872	13/10/2023	oct-23	14/10/2023	$1.058.060	$13.246.460	$142.553.540	9%	KENNEDY Almacén (AK000000022135
3	ZD369275	17/10/2023	oct-23	17/10/2023	$565.500	$13.811.960	$141.988.040	9%	KENNEDY Almacén (AK000000022134
4	ZD369905	18/10/2023	oct-23	18/10/2023	$1.319.500	$15.131.460	$140.668.540	10%	KENNEDY Almacén (AK000000022156
5	ZD371436	23/10/2023	oct-23	23/10/2023	$45.000	$15.176.460	$140.623.540	10%	KENNEDY Almacén (AK000000022241
6	ZD371438	23/10/2023	oct-23	23/10/2023	$2.530.500	$17.706.960	$138.093.040	11%	KENNEDY Almacén (AK000000022221
7	ZD371464	23/10/2023	oct-23	23/10/2023	$125.000	$17.831.960	$137.968.040	11%	KENNEDY Almacén (AK000000022222
	TOTAL				$17.831.960	$17.831.960	$137.968.040	11%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	DIEZ Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE.-	$ 17.831.960
Saldo por ejecutar	CIENTO TREINTA Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CUARENTA PESOS M/CTE.-	$ 137.968.040
VALOR TOTAL CERTIFICADO	$ 17.831.960,00	

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 presentado ningun inconveniente con los servicios prestados por el contratista, Y hay cumplimiento del objeto del contrato X
ANEXOS: COPIA FACTURAS Y PARAFISCALES	
FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	LUPE ADELAIDA ANILLA ORTEGA
C.C. No.	52.157.417
CARGO/PERFIL	Profesional Universitario
AREA DE UBICACIÓN	Dirección de Servicios Complementarios / Servicio Farmacéutico