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:	2	**INFORME PARCIAL:**	X	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	02-BS-058-2023	**FECHA DEL INFORME :**	15//12/2023	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	LABORATORIO DEL MEDIO AMBIENTE Y CALIBRACION WR SAS.	**NIT O C.C**	NIT. 901.030.930-1	
Representante Legal:	MÓNICA MARÍA GÓMEZ JARAMILLO - Cédula de Ciudadanía No. 21.384.343 GERENTE	**Identificación Representante Legal**	**C.C:** X **C.E:**	
Objeto del Contrato u orden:	"CONTRATAR LA TOMA DE MUESTRAS Y CARACTERIZACIÓN (MUESTRAS COMPUESTAS) DE LOS VERTIMIENTOS DE AGUA RESIDUALES NO DOMÉSTICAS DE INTERÉS SANITARIO DE LAS DIFERENTES UNIDADES QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E."	**FORMA DE PAGO:**	**CLÁUSULA QUINTA. FORMA DE PAGO**: LA SUBRED pagará a EL CONTRATISTA el valor del presente contrato a los **NOVENTA (90) días siguientes a la aceptación de la factura y/o cuenta de cobro debidamente legalizada,** acompañada de la certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato y correspondiente certificación de pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del 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 E.S.E. PARAGRAFO 1: Los pagos a los que se obliga la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., se sujetan a las apropiaciones presupuestales correspondientes y a los recursos del Programa Anual Mensualizado de Caja – PAC sin que generen intereses moratorios. PARAGRAFO 2: Todas las demoras que se presenten por estos conceptos será responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Lo mismo se predicará en el caso de que EL CONTRATISTA no elabore y presente oportunamente las respectivas facturas	

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

				Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 105.957.600**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 26.489.400,00**	**Plazo**	**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**	
									24/07/2023	23/01/2024	
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	1196	21/04/2023	**Registro Inicial**	27635	11/07/2023						
Disponibilidades Números de Adiciones			**Registros Presupuestales de Adiciones**			**Adición 1:**		**Prórroga 1:**			
						Adición 2:		**Prórroga 2:**			
						Adición 3:		**Prórroga 3:**			
						Valor Total:	**$ 26.489.400,00**	**Fecha Terminación actual:**		**23/01/2024**	
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	MANTENIMIENTO ESE			**Código Rubro**	4212020200803		**Adicionar**				

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**				
2	"CONTRATAR LA TOMA DE MUESTRAS Y CARACTERIZACIÓN (MUESTRAS COMPUESTAS) DE LOS VERTIMIENTOS DE AGUA RESIDUALES NO DOMÉSTICAS DE INTERÉS SANITARIO DE LAS DIFERENTES UNIDADES QUE CONFORMAN 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

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:	**2**	**INFORME PARCIAL:**	**X**	Marque con una (X) según corresponda	
CONTRATO No.	**02-BS-058-2023**	**FECHA DEL INFORME:**	**15//12/2023**		

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	WR 11246	17/11/2023	No Apica	18.921.000	$ 18.921.000	$ 7.568.400	71,43%	
2	WR 11523	12/12/2023	Noviembre	**6.307.000**	$ 25.228.000,00	$ 1.261.400,00	95,24%	
TOTAL				**$ 25.228.000**	**$ 25.228.000**	**$ 1.261.400**	95,24%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

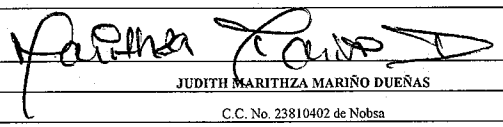
QUE EL PROVEEDOR PRESTÓ EL SERVICIO DE (5) CINCO MUESTREA (Lab Ambiental) en las sedes de : (2) DOS Puntos Centro de Salud la Persevarancia , Primera de Mayo, Libertadores, Samper Mendoza.

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	VEINTI CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS	$ 25.228.000,00
Saldo por ejecutar	UN MILLON DOSCIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS	$ 1.261.400,00
Valor total certificado (Acumulado)	VEINTI CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS	$ 25.228.000,00

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
WR 11523	**12/12/2023**
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	**$ 6.307.000,00**
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	**QUE EL PROVEEDOR PRESTÓ EL SERVICIO DE (5) CINCO MUESTREA (Lab Ambiental) en las sedes de : (2) DOS Puntos Centro de Salud la Persevarancia , Primera de Mayo, Libertadores, Samper Mendoza.**

ANEXOS:FACTURA anexo relación puntos facturados, , LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES ESPECIFICAS Y CERTIFICACION APORTES PARAFISCALES

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	JUDITH MARITHZA MARIÑO DUEÑAS
C.C. No.	C.C. No. 23810402 de Nobsa
CARGO/PERFIL	Profesional Universitario Codigo 219 Grado 27
AREA DE UBICACIÓN	Dirección Administrativa
Correo Electronico:	enlaceadministrativo@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	JUDITH MARITHZA MARIÑO DUEÑAS
AREA DE UBICACIÓN	Dirección Administrativa
Correo Electronico:	enlaceadministrativo@subredcentrooriente.gov.co

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Bogotá, diciembre 12 de 2023

Respetados Señores,

MONICA MARIA GOMEZ JARAMILLO, Identificada con la Cedula de Ciudadanía N° 21.384.343 expedida en Medellín de la Empresa LABORATORIO DEL MEDIO AMBIENTE Y CALIBRACION WR SAS con Nit N°901.030.930-1 y JOSE IGNACIO RODRIGUEZ GONZALEZ revisor fiscal identificado con Cédula No. 91.362.184, manifestamos bajo la gravedad del juramento: Que hemos cumplido con las obligaciones parafiscales y afines señaladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 (sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a caja de compensación familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA). Y a la fecha nos encontramos a Paz y Salvo por estos conceptos y nos comprometemos durante la vigencia del contrato a mantenernos a Paz y Salvo.

Lo anterior se ha cumplido y se está al día durante y en los últimos seis (6) meses.

Firma
Representante legal
Nombre: MONICA MARIA GOMEZ JARAMILLO
C.C. N°: 21.384.343 de Medellín

Firma
Revisor Fiscal
Nombre: JOSE IGNACIO RODRIGUEZ GONZALEZ
C.C. N°: 91.362.184 T.P. N° 103967-T