| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **SOLICITUD DE ADICIÓN Y PRÓRROGA** | CÓDIGO: AP-CT-F-77-01 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 21/07/2023 |

| 1. | ORDEN | | CONTRATO | x | MARQUE CON UNA (X) SEGÚN CUANTÍA |
|---|---|---|---|---|---|

2. Bogotá D.C., 14/03/2024

3. Doctor (a) DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ - SUBGERENTE CORPORATIVA

| 4. | ADICIÓN | | PRÓRROGA | x | MARQUE CON UNA (X) |
|---|---|---|---|---|---|

De manera atenta, solicito se tramite el proceso con la información relacionada a continuación:

| | |
|---|---|
| 5. No. ORDEN/ CONTRATO | BYS 207-2023 |
| 6. NOMBRE CONTRATISTA | TRANSFORMADORES GVR ENERGY S.A.S. |
| 7. NIT/CÉDULA | 900.687.562-0 |
| 8. OBJETO | MANTENIMIENTO DE TRANSFORMADORES ELÉCTRICOS ELEVADORES DE VOLTAJE TRIFÁSICOS DE TIPO SECO, PARA EL ÁREA DE IMAGENOLOGÍA DEL HOSPITAL ENGATIVÁ. |
| 9. VALOR INICIAL | $ 36.869.175 |
| 10. NÚMERO Y VALOR ADICIONADO | N/A |
| 11. VALOR FINAL | $ 36.869.175 |
| 12. VALOR A ADICIONAR CON LA PRESENTE SOLICITUD | N/A |
| 13. PLAZO INICIAL | 2 MESES |
| 14. NUMERO Y TIEMPO PRORROGADO | N/A |
| 15. PLAZO FINAL | 21 de marzo de 2024 |
| 16. PLAZO A PRORROGAR CON LA PRESENTE SOLICITUD | Dos meses y nueve días |
| 17. JUSTIFICACIÓN | En desarrollo de las labores, se requiere garantizar el mantenimiento de transformadores eléctricos elevadores de voltaje trifásicos de tipo seco, para el área de imagenología del Hospital Engativá. En atención a lo anterior, y teniendo presente que se requieren realizar pruebas especiales con el transformador de carga y otras correspondientes al transformador de 225 amperios, el suscrito supervisor solicita prórroga al contrato por dos meses y nueve días, con el objetivo que el contratista cumpla con el objeto del mismos.<br><br>Es pertinente mencionar que la fecha inicial del contrato es el 22 de enero de 2024 y por un periodo inicial de 2 meses, por lo que el tiempo de ejecución a la fecha de esta solicitud es del 87%. El valor inicial del contrato fue de $ $36.869.175, De dicho valor, el contratista ha ejecutado un 60%, y el contratista emitirá factura antes del 25 de marzo del 2024 |

Cordialmente,

**18. Nombre del supervisor: MACEDONIO HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ.**
Cargo

N/A
**19.LUZ MYRIAM RONCANCIO RONCANCIO.**
VoBo. Área Financiera
(En caso de solo prórroga no será necesario esta firma)

**20. Nombre del director: DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO**
VoBo. Área solicitante

21. Anexos:Certificación de cumplimiento de contrato ( 1 ) folio.

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA BIENES, SERVICIOS Y CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO : AP-CT-F-52-03 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN : 3 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA : 1 DE 1 |
| | | FECHA: 18/03/2019 |

## INFORMACIÓN DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No de contrato u orden de servicio:** | 207-2023 | **Fecha Contrato d/m/a** | 22/01/2024 |
| **Nombre del contratista:** | TRANSFORMADORES GVR ENERGY S.A.S. | **NIT/ N° Identificación** | 900.687.562-0 |
| **Objeto:** | MANTENIMIENTO DE TRANSFORMADORES ELÉCTRICOS ELEVADORES DE VOLTAJE TRIFÁSICOS DE TIPO SECO, PARA EL ÁREA DE IMAGENOLOGÍA DEL HOSPITAL ENGATIVÁ | | |
| **TIPO DE CONTRATO:** | MANTNIMIENTO | | |

| **Datos del Contrato** | **CDP** | | **CRP** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Número** | **Fecha (dd/mm/aaaa)** | **Número** | **Fecha (dd/mm/aaaa)** | **Valor del Contrato** |
| **Inicial** | 2338 | 1-dic.-23 | 56903 | 29-dic.-23 | $ 36.869.175 |
| | | | | **Valor Total contrato** | **$ 36.869.175** |

| **Plazo del Contrato** | |
|---|---|
| **Plazo (Meses y Días):** | 2 MESES |
| **Inicio *** | 22 de enero de 2024 |
| **Otrosí prorroga** | |
| **Terminación *** | 21 de marzo de 2024 |

*** Indicar en dd/mm/aaaa**

## EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| **Periodo Ejecutado** | **Fecha Factura o Cuenta de Cobro (dd/mm/aaaa)** | **N° Factura o Cuenta de Cobro** | **Valor Factura o Cuenta de Cobro** | **IVA** | **Total factura o Cuenta de Cobro** | **Total Certificado** | **Saldo por ejecutar** | **Observaciones** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | $ - | $0,00 | $0,00 | $0,00 | $36.869.175,00 | |
| **Valor total ejecutado** | | | | | **$0,00** | **$0,00** | **$ 36.869.175,00** | |

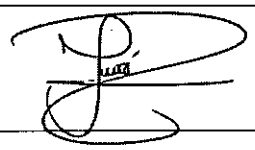
| | |
|---|---|
| **Nombre del Supervisor:** | **MACEDONIO HERNANDEZ RODRIGUEZ** |
| **Unidad de Servicios de Salud y Área:** | RECURSOS FISICOS |

## OBSERVACIONES

Verificadas las obligaciones contractuales establecidas en el contrato, como Supervisor manifiesto que el contratista ha cumplido de conformidad, en consecuencia certifico el pago de la factura o cuenta de cobro número:

Nota: En caso de incumplimiento, no certificar e indicar lo pertinente de manera oficial a la Oficina Jurídica

| **Porcentaje de Ejecución en Dinero:** | **0,0%** | **Porcentaje de Ejecución en Tiempo:** | **87%** |
|---|---|---|---|



Firma del Supervisor del Contrato