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-026-2023** | **FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA** | **22/03/2024** | |

## 1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Contratista:** | OXISERVICIOS MD LTDA | **NIT O C.C** | | **900771533-6** | |
| **Representante Legal:** | JOSE MARTIN DALLOS ROCHA | **Identificación Representante Legal** | **C.C:** **C.E: X** | 19.089.285 | |
| **Objeto del Contrato u orden:** | ARRENDAR EQUIPOS PARA LA PRODUCCIÓN DE AIRE MEDICINAL Y SISTEMA DE VACÍO PARA EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | **FORMA DE PAGO:** | La Subred Centro Oriente ESE, cancelará al contratista el valor de lo adquirido, dentro de los noventa (90) días siguientes contados a partir de la entrega de insumos. | | |

### SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | **Valor Tope del Contrato (Maximo)**** | **$ 150.396.960** | **Valor Inicial contrato:** | **$ 37.599.240** | **Plazo** | **Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA** | **Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA** |
| | | | | | | | | | **22/12/2023** | **21/03/2023** |
| **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** | 632 | 28/02/2023 | **Registro Inicial** | 19931 | 2/05/2023 | | | | | |
| **Disponibilidades Números de Adiciones** | | | **Registros Presupuestales de Adiciones** | | | **Adición 1:** | | **Prórroga 1:** | 22/03/2024 | 21/06/2024 |
| | | | | | | **Adición 2:** | | **Prórroga 2:** | | |
| | | | | | | **Adición 3:** | | **Prórroga 3:** | | |
| | | | | | | | | **Prórroga 4:** | | |
| | | | | | | **Valor Total:** | **$ 37.599.240** | **Fecha Terminación actual:** | | 21/06/2024 |
| **Nombre(s) Rubro(s) presupuestal** | **ARRENDAMIENTOS** | | | **Código(S) Rubro(S)** | 4212020200701 | **Validación Tope Máximo del Contrato** | **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** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ARRENDAR EQUIPOS PARA LA PRODUCCIÓN DE AIRE MEDICINAL Y SISTEMA DE VACÍO PARA EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | 7ADM03 | 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 o CUENTA DE COBRO - Ver Fila 38 del Instructivo** | **FECHA DE FACTURA O CUENTA COBRO: DD/MM/AAAA** | **PERIODO FACTURADO** | **VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 42 en Instructivo** | **ACUMULADO EJECUTADO** | **SALDO** | **% EJECUCIÓN** | **OBSERVACIONES** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FE 681 | 12/03/2024 | FEBRERO DE 2024 | **$ 12.533.080,00** | $ 12.533.080 | $ 25.066.160 | 33,33% | |
| **TOTAL** | | | | **$ 12.533.080** | **$ 12.533.080** | **$ 25.066.160** | 33,33% | |

### COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

**CERTIFICO**

EL CONTRATISTA CUMPLIO CON EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO Y SATISFACCION POR PARTE DEL REFERENTE DE MANTENIMIENTO, ASI MISMO CON EL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

| **CONCEPTO** | **VALOR EN LETRAS** | **VALOR EN NÚMEROS** |
|---|---|---|
| **Valor ejecutado** | **DOCE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y TRES MIL OCHENTA PESOS** | **$ 12.533.080** |
| **Saldo por ejecutar** | **VEINTICINCO MILLONES SESENTA Y SEIS MIL CIENTO SESENTA PESOS** | **$ 25.066.160** |

| 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<br>APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO<br>FORMATO CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION | CÓDIGO: AP-IA-FT-010<br>VERSIÓN: 06<br>FECHA: 2021-04-08 |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **Valor total certificado (Acumulado)** | **DOCE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y TRES MIL OCHENTA PESOS** | **$ 12.533.080** |

| | |
|---|---|
| **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 681** | **12/03/2024** |
| **VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO** | **$ 12.533.080** |
| **OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** | EL CONTRATISTA CUMPLIO CON EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO Y SATISFACCION POR PARTE DEL REFERENTE DE MANTENIMIENTO, ASI MISMO CON EL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA |

**ANEXOS: APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA**

| | |
|---|---|
| **FIRMA SUPERVISOR CONTRATO** | |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** | **JUAN CARLOS PERILLA MONROY** |
| **C.C. No.** | 79[illegible]078 |
| **CARGO/PERFIL** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 219 GRADO 20 |
| **AREA DE UBICACIÓN** | DIRECCION ADMINISTRATIVA |
| **Correo Electronico:** | CONTRATOSADMINISTRATIVA@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO |
| **NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA** | **JUAN CARLOS PERILLA MONROY** |
| **AREA DE UBICACIÓN** | DIRECCION ADMINISTRATIVA |
| **Correo Electronico:** | CONTRATOSADMINISTRATIVA@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO |