ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E**	
	ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO	**CA-FT-02 V6**

EVENTO: REUNIÒN [X] **MESA DE TRABAJO** [ ] **CAPACITACIÒN** [ ] **OTRO** [ ]			
FECHA: 2024-07-18	**HORA INICIO: 08:13**	**HORA FINAL: 08:32**	**REUNIÓN N°:**
LUGAR: ALMACEN GENERAL MEDICOQUIRURGICOS			
TEMA: CONCILIACION DE CONTRATOS			
RESPONSABLE: ESTEPHANY JIMENEZ S	**SECRETARIO:** OSCAR FERNANDEZ HERNANDEZ		

1. OBJETIVO:

SEGUIMIENTO DE CONTRATO MQX #4293-2024 **TELEFLEX MEDICAL COLOMBIA S.A.**

2. PARTICIPANTES:

Registrar en este campo el nombre, cargo y firmas de los asistentes a la reunión, si supera el número de campos permitidos utilizar el formato de CA-FT-01 “Lista de asistencia institucional”

	NOMBRE	CARGO	CORREO	DEPENDENCIA/USS	FIRMA
1	NARDYNE RIVAS	AR ANALYST	nardyne.rivas@teleflex.com	CREDITO Y CARTERA	
2	ESTEPHANY JIMENEZ	REF MQX	comprasmedicoquirurgicos@subredsur.gov.co	SRS	Estephany Jimenez S

3. ORDEN DEL DÍA: (TEMAS A TRATAR)

CONCILIACION DE CONTRATO

4. VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM: (Este debe ser mayor al 50% de los invitados)

N/A

5. SEGUIMIENTO A COMPROMISOS ANTERIORES: (Si aplica)

NIA

6. DESARROLLO DE LOS TEMAS:

SE REALIZA SEGUIMIENTO A EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE LOS CONTRATOS SUSCRITOS CON EL PROVEEDOR EL CUAL A LA FECHA NO PRESENTA NOVEDAD.

SE REALIZA SEGUIMIENTO DE EJECUCION DEL CONTRATO MEDICOQUIRURGICOS, UNA VEZ REVISADO EL CUADRO APORTADO POR PARTE DEL PROVEEDOR VERSUS EL CUADRO DE EJECUCION A CORTE 30 DE JUNIO DE 2024 SE EVIDENCIA QUE NO HAY DIFERENCIA, LO QUE PERMITE GARANTIZAR EL CRUCE DE LAS FACTURAS RADICADAS E INGRESADAS A LA FECHA, INDICANDO QUE LA FACTURACION DEL CONTRATO SE ENCUENTRA AL DIA.

- CONTRATO #4293-2024

TELEFLEX MEDICAL COLOMBIA S.A.		
CONTRATO	4293-2024	
VALOR DEL CONTRATO + ADICIONES	$	61.227.448
VALOR EJECUTADO	$	30.350.000
SALDO	**$**	**30.877.448**

7. DECISIONES TOMADAS

8. COMPROMISOS:

QUÉ (Tarea o actividad)	CÓMO (Metodología – estrategia)	CUANDO (Fecha límite aaaa-mm--dd)	QUIEN (Responsable)

EN CONSTANCIA SE FIRMA:

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN _____

SECRETARIO REUNIÓN _____