BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 07-05-2020 10:54:49
Al Contestar Cite Este No.:2020IE10765 O 1 Fol:17 Anex:0 Rec:2
**ORIGEN:** 012000.DIRECCION EPIDEMIOLOGIA. ANALISIS GEST
**DESTINO:** 053000.DIRECCION FINANCIERA - N/BRU VIZCAINO R
**TRAMITE:** MEMORANDO-REMISION
**ASUNTO:** DOCUMENTOS PARA PAGO UM STENT VIDA SAS 64

012000

# MEMORANDO

PARA: Dr. RAUL ALBERTO BRU VIZCAINO
Director Financiero

DE: Director de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva ( E )

ASUNTO: Remisión documentos para trámite de pago **URGENCIA MANIFIESTA**

Cordialmente remito los siguientes documentos para trámite de pago anticipado correspondiente al Contrato 1532658 de 2020, suscrito con STENT VIDA SAS, en el marco de la URGENCIA MANIFIESTA:

- Original certificado de supervisión
- Acta de inicio
- Póliza
- Copia del contrato y estudios previos
- Cámara de comercio, RUT y certificación bancaria del contratista

Agradezco su atención,

CARLOS JULIO PINTO IZA

Anexos: 17 folios

Elaborado por: Ana Sofia A
Revisado por: Herbert Vera E

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C. SECRETARIA DE SALUD | DIRECCIÓN FINANCIERA<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL<br>CERTIFICACIÓN DE SUPERVISOR<br>Código: SDS-FIN-FT-038 V.4 | ELABORÓ: Nairo Sandoval M<br>REVISÓ: Elsa Rincon Buenhombre<br>APROBÓ: Raúl Alberto Bru Vizcaino | |
|---|---|---|---|

**EL (LOS) SUSCRITO(S) SUPERVISOR(ES) CERTIFICA(N)**

El cumplimiento del objeto del contrato o convenio para el trámite de pago, bajo las siguientes condiciones:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Número y vigencia del contrato o convenio:** | *CO1.PCCNTR.1532658* | | **Número (s) del Proyecto:** | *1186* | |
| **Plazo de ejecución:** | *Dos (2) meses* | | **Oficina, Dirección, Subdirección o Subsecretaría:** | *Direccion de Epidemiologia. Análisis y Gestión de Politicas de Salud Colectiva* | |
| **Nombre / razón social del Contratista:** | *STENT VIDA SAS* | | **Número de Nit o cédula:** | *900.854.184-6* | |
| **Periodo Certificado (Fechas):** | *No Aplica* | | **Porcentaje de pago:** | *40%* | |
| **Condiciones que se cumplen para este pago:** | *Primer pago anticipado por el 40% del valor total del contrato, dentro de los dos (2) dias siguientes a la suscripción del acta de inicio, previa legalización de la poliza de pago anticipado.* | | | | |
| **Objeto contractual:** | *Suministro de elementos, materiales, insumos, reactivos, equipos y demás recursos necesarios para el diagnóstico y pronóstico del virus SARS COV-2/COVID19 en el Distrito Capital. ALCANCE: Los productos a adquirir corresponden a elementos que contribuyen en la prevención del contagio de COVID19, como elementos de protección personal.* | | | | |
| **Valor total :** | *$ 1.603.088.000* | **Cofinanciación:** | *No Aplica* | **FFDS:** | *$1.603.088.000* |
| **Valor a cancelar:** | *Seiscientos cuarenta y un millones doscientos treinta y cinco mil doscientos pesos m/cte* | | *$641.235.200* | | |
| **Fecha inicio del contrato o Convenio (Según acta de inicio):** | *6/05/2020* | | **Fecha terminación Contrato o Convenio:** | *5/07/2020* | |
| **Número y valor de las adiciones del contrato / convenio:** | *No aplica* | | | | |
| **Número y tiempo de las prórrogas del contrato / convenio :** | *No aplica* | | | | |
| **Valor ejecutado:** | *$641.235.200* | | **Saldo por ejecutar:** | *$961.852.800* | |
| **Porcentaje de ejecución:** | *40%* | **Número de Factura o cuenta de cobro:** | *No Aplica* | **Número de pago:** | *Primero (1)* |
| **Número (s) de CDP y registro (s) presupuestal (es) que amparan este pago:** | *CDP 1638 y RP 1387 de 2020. Valor a aplicar $641.235.200* | | **Fuente de financiación:** | *12 Aporte Ordinario - Otros del Distrito para compromete en 2020* | |
| **Cuenta Bancaria** | *Davivienda* | *Ahorros* | *No. Cuenta Bancaria* | *076100730423* | |
| **Anexos:** | *Estudios previos, contrato, acta de inicio, certificación bancaria,cámara de comercio, RIT, RUT* | | **¿Se tienen las garantías actualizadas?:** | *Marcar con una equis (X)* SIX / NO | |
| **Observaciones :** | | | | | |

La presente certificación se expide a los 7/05/2020

CARLOS JULIO PINTO IZA
Director de Epidemiologia, Análisis y Gestión de Politicas de Salud Colectiva
Supervisor del Contrato CO1.PCCNTR.1532658 de 2020

Vo.Bo.

MARIA CLEMENCIA MAYORGA RAMIREZ
Subsecretaria de Salud Pública

| | Nombres completos | Firma | Teléfono o Ext. | Fecha |
|---|---|---|---|---|
| Referente(s) Técnico(s) | *Herbert Ivan Vera Espitia* | | | 7/05/2020 |
| Referente(s) Financiero(s) | *Ana Sofia Alvarado Rodriguez* | | 9637 | 7/05/2020 |

**Control de cambios**: Se incluye la fila 23, el compornente de Cuenta bancaria junto ocn los datos de tipo de cuenta y número de cuenta