Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO SOLICITUD DE MODIFICACIÓN AL CONTRATO	CÓDIGO: AP-IA-FT-009 VERSIÓN: 07 FECHA: 2024-06-07

Fecha de Solicitud (A/M/D):	16/08/2024	No Contrato:	02-BS-071-2023

DATOS DE LA SOLICITUD

Contratista:	LA INSTRUMENTADORA S.A.S
Objeto:	OBJETO: CONTRATAR EL ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS POR EVENTO PARA LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Adición:	N.A		Valor:	No Aplica
Prorroga:	X		Tiempo:	HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024
Otro (*)				

DESCRIPCION DE LA MODIFICACIÓN

Prorrogar hasta el 30 de SEPTIEMBRE de 2024 el contrato 02-BS-071-2023, su fecha de finalización es el 31 de Agosto de 2024.

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

Se solicita prorroga al 30 de Septiembre de 2024 al Contrato No. 02-BS-071-2023 - LA INSTRUMENTADORA S.A.S, teniendo en cuenta que este contrato es el arrendamiento de equipos biomédicos por evento en Salas de Cirugía , es decir de acuerdo a necesidad y a las urgencias que se presenten, estos equipos son:

* Monitor de Nervio Facial
* Equipo de Radiofrecuencia
* Monitor de Nervio Recurrente

Por lo anterior, y de acuerdo al concepto técnico de la Instrumentadora Quirúrgica Edna Karolina Cuellar, la ejecución es incierta porque depende de las necesidades que se presenten en los servicios de salud y en las urgencias. No obstante es indispensable que se cuente con el contrato y los recursos para cubrir la necesidad cuando la Subred lo requiera.

Es importante dar continuidad al contrato de arrendamiento, dado que se requiere contar con la tecnología eficiente y suficiente objeto del contrato para cubrir la necesidad de los servicios asistenciales y brindar oportunidad en la atención; así mismo para dar cumplimiento a normatividad de habilitación.

El arrendamiento de estos equipos biomédicos por evento son para SALAS DE CIRUGIA, por ello es necesario mantener estos equipos ya que permiten llevar a cabo los diferentes procedimientos que se requieran en este servicio y garantizar la atención oportuna al paciente sin interrumpir la prestación del mismo, brindando atención humanizada y de alta calidad.

La suscripción de este contrato de arrendamiento inició a partir del 28 de agosto de 2023 por $17.136.000 con un plazo inicial de tres (3) meses; Así mismo, se han realizado adición por un valor total de $ 27.136.000 y prorrogas hasta el 31 Agosto de 2024. al corte de esta fecha presenta una ejecución del 7%. Saldo a la fecha de $ 25.351.000

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO SOLICITUD DE MODIFICACIÓN AL CONTRATO	CÓDIGO: AP-IA-FT-009 VERSIÓN: 07 FECHA: 2024-06-07

Fecha de Solicitud (A/M/D):	16/08/2024	No Contrato:	02-BS-071-2023

DATOS DE LA SOLICITUD

Contratista:	LA INSTRUMENTADORA S.A.S

Por lo anterior, se solicita prorroga hasta el 30 de Septiembre de 2024, de conformidad con el Articulo 3 de la Resolución 202420000003568-6 del 07 de mayo de 2024 " Por el cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes, negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E " quedó disuelta la Junta Directiva de la Entidad, en consecuencia las decisiones que tomaba dicho grupo, serán en adelante facultad del AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR, Dr. LUIS OSCAR GALVES MATEUS.

De igual manera, mediante comunicación por correo electrónico se le informará al proveedor sobre la adición y prorroga.

Elaborado por: Nombre, Cargo y Firma	JUDITH MARITHZA MARIÑO DUEÑAS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO COD. 219 Grado. 27	Marithza
Supervisor: Nombre, Cargo y Firma	JUDITH MARITHZA MARIÑO DUEÑAS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO COD. 219 Grado. 27	Marithza

El Supervisor declara con la firma del presente documento haber revisado la información que justifica la modificación solicitada y declara que es cierta y coherente con el seguimiento a la ejecución del contrato y las obligaciones establecidas en el Manual de Contratación vigente para posterior aprobación de la Ordenación del Gasto y Vb de la Dirección de Contratación

Jefe de Oficina o Director: Nombre, Cargo y firma	DIANA MARIA LOPEZ DURANGO DIRECTORA ADMINISTRATIVA	DIRECTOR ADMINISTRATIVO CODIGO 009 GRADO 05	Diana López D
Subgerente de Servicios de Salud / Subgerente Corporativo: Nombre, Cargo y firma	WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA	SUBGERENTE CORPORATIVO	
Firma del Ordenador del Gasto: Nombre, Cargo y Firma	LUIS OSCAR GALVES MATEUS	AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR	
			Vo.Bo. Dirección de Contratación

Nota: De conformidad con la Resolución 202420000003568-6 del 07 de mayo 2024 "Por la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes, negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.", en razón a las facultades otorgadas a través de dicho Acto Administrativo el Agente Especial Interventor autoriza cualquier modificación que se pretenda adelantar durante la ejecución de los contratos de bienes y servicios durante la vigencia de la citada resolución o aquellas que la complemente, aclare o modifique.

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:	NO APLICA	**INFORME PARCIAL:**	X	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	02-BS-071-2023	**FECHA DEL INFORME:**	16/08/2024	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	LA INSTRUMENTADORA SAS	**NIT O C.C.**			
Representante Legal:	CIRO ANTONIO VEGA JOYA	**Identificación Representante Legal**	**C.C:** X **C.E:**	860503565-9	
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR EL ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS POR EVENTO PARA LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	**FORMA DE PAGO:**	El pago se realizará, dentro de los noventa (90) días calendario, una vez presentada la factura y/o cuenta de cobro según el caso junto con el certificado de recibido a satisfacción expedida por el Interventor y supervisor del contrato, pago de aportes al sistema de seguridad social Integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales) y aportes Parafiscales (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 ESE.		

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL									**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
			Valor Tope del Contrato (Maximo)**	$ 68.544.000	**Valor Inicial contrato:**	$ 17.136.000,00	**Plazo**		28/08/2023	27/11/2023
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	1643	30/05/2023	**Registro Inicial**	33771	09/08/2023					
Disponibilidades Números de Adiciones			**Registros Presupuestales de Adiciones**			**Adición 1:**	$ 0,00	**Prórroga 1:**	28/11/2023	31/01/2024
						Adición 2:	$ 0,00	**Prórroga 2:**	01/02/2024	31/03/2024
						Adición 3:	$ 0,00	**Prórroga 3:**	01/04/2024	31/07/2024
	2582	25/07/2024		35907	31/07/2024	**Adición 4:**	$ 10.000.000	**Prórroga 4:**	01/08/2024	31/08/2024
						Valor Total:	$ 27.136.000	**Fecha Terminación actual:**		31/08/2024
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	ARRENDAMIENTOS		**Código Rubro**	4212020200701		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**

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:	NO APLICA	**INFORME PARCIAL:**	X	**Marque con una (X) según corresponda**	
CONTRATO No.	02-BS-071-2023	**FECHA DEL INFORME :**	16/08/2024		

NO APLICA	NO APLICA	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

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	FE 591	19/10/2023		$ 1.785.000	$ 1.785.000	$ 25.351.000	6,58%	PACIENTE CLAUDIA PATRICIA FERNANDEZ H.C. 52828133 FECHA -19/10/2023
TOTAL				$ 1.785.000	$ 1.785.000	$ 25.351.000	6,58%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

INFORME DEL SUPERVISOR PARA PRORROGA HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024

EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	UN MILLON SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS	$ 1.785.000
Saldo por ejecutar	QUINCE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL PESOS	$ 25.351.000
Valor total certificado (Acumulado)	UN MILLON SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS	$ 1.785.000

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
NO APLICA	NO APLICA

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:	**NO APLICA**	**INFORME PARCIAL:**	**X**	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No:	**02-BS-071-2023**	**FECHA DEL INFORME :**	**16/08/2024**	
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO		**NO APLICA**		
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:		**INFORME DEL SUPERVISOR PARA PRORROGA HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024**		

NO APLICA

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	**JUDITH MARITHZA MARIÑO DUEÑAS**
C.C. No.	C.C. No. 23810402
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