Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	SOLICITUD DE ADICIÓN Y/O PRORROGA	Versión:	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	1/10/2018	
		Código:	18-02-FO-0010	

1. ORDEN		CONTRATO	X	MARQUE CON UNA (X) SEGÚN CUANTIA

2. Bogotá D.C., enero de 2025

3. Doctora: ANDREA ELIZABETH HURTADO NEIRA.

4. ADICION		PRORROGA	X	MARQUE CON UNA (X)

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

5. No.ORDEN/CONTRATO	5958 del 2024.
6. NOMBRE CONTRATISTA	ECOBRAS CIVILES S.A.S
7. NIT/CEDULA	901.604.626-1
8. OBJETO	REALIZAR LA DOTACIÓN, MANTENIMIENTO Y ADECUACIÓN DE LAS ZONAS VERDES INTERNAS Y EXTERNAS, DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
9. VALOR ADICIONAR	$ 0.0 (Cero Pesos Mda/Cte).
10. PLAZO A PRORROGAR	Un (1) Mes y quince (15) dias.
11. JUSTIFICACION	Se requiere prorrogar, para dar continuidad a la ejecución del contrato No.5958 del 2024, cuyo objeto contractual es "REALIZAR LA DOTACIÓN, MANTENIMIENTO Y ADECUACIÓN DE LAS ZONAS VERDES INTERNAS Y EXTERNAS, DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. ". El contrato en mención, actualmente cuenta con un saldo de $ 20´000.000 (VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE). se solicita prorrogar el contrato, ya que se cuenta con la suficiencia presupuestal para cubrir las necesidades de la entidad, para los meses de enero y febrero del año 2025.

Cordialmente,

12. Pablo Herrera Orozco
VoBo. Supervisor del Contrato.

13. Tatiana Eugenia Marín Salazar.
VoBo. Directora Administrativa.

14. Anexó: CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION (1) folios.

	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION	Versión:	4
		Fecha de aprobación:	22/03/2024
		Código:	19-02-FO-0007

CERTIFICACION: ____	INFORME PARCIAL: _X__	Marque con una (X) según corresponda
CONTRATO No. 5958 del 2024.		FECHA DEL INFORME : 2/01/2025

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

							Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:
Contratista:	ECOBRAS CIVILES S.A.S.	NIT O C.C	901.604.626-1	Valor Inicial:	$20.000.000		19/09/2024	18/01/2025
Representante Legal:	OTMAN ADRIAN BERNAL GACHA	Cedula Representante	79.276.215	Adición 1:		Prórroga 1:		
Objeto del Contrato u orden:	REALIZAR LA DOTACIÓN, MANTENIMIENTO Y ADECUACIÓN DE LAS ZONAS VERDES INTERNAS Y EXTERNAS, DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.			Adición 2:		Prórroga 2:		
Duración Inicial	4 MESES			Adición 3:		Prórroga 3:		
Disponibilidades Números	N° 1604 del 27 de junio de 2024	Registros Presupuestales		Adición 4:		Prórroga 4:		
				Adición 5:		Prórroga 5:		
				Adición 6:		Prórroga 6:		
				Adición 7:		Prórroga 7:		
				Adición 8:		Prórroga 8:		
				Adición 9:		Prórroga 9:		
Rubro presupuestal	MANTENIMIENTO ESE	CODIGO		Adición 10:		Prórroga 10:		
		4212020200803.		Valor Total:	$20.000.000	Fecha Terminación actual:		18/01/2025
FECHA ENTREGA INFORME FINAL		TIEMPO						

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME/CERTIF.	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO	CENTRO DE COSTO	CUMPLIO		ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO				
			SI	NO					
1	Ninguna	Ver Anexo	X		Oportunidad de entrega	SI: N/A: X NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI: x	NO:
					Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: x N/A	Cumplimiento calidad de la prestación	SI: x	NO:
					Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: x N/A NO:			

Observaciones:

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS

No.	No. FACTURA o CUENTA DE COBRO	FECHA DE FACTURA O CUENTA COBRO	PERIODO FACTURADO	FECHA RADICACION	VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
							20.000.000	0%	
TOTAL					0	0	20.000.000		

4. VERIFICACION DE GARANTIAS

Existencia de Garantías.	SI:X NO:	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO:

Que el contratista cumplio con las obligaciones contractuales.

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	CERO PESOS MONEDA CORRIENTE	$ -
Saldo por ejecutar	VEINTE MILLONES DE PESOS MDA CTE.	$ 20.000.000
VALOR TOTAL CERTIFICADO		$ 0,00

No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO
-	
VALOR A PAGAR	$ 0,00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	Durante la ejecución del contrato no se ha presentado ningún inconveniente con los Servicios prestados por el contratista, Y hay cumplimiento del objeto del contrato

ANEXOS: Ninguno

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	PABLO HERRERA OROZCO
C.C. No.	79'879.464
CARGO/PERFIL	PROFESIONAL UNIVERSITARIOS AREA DE LA SALUD
AREA DE UBICACIÓN	Sede Administrativa Asdincgo