otrosi # 1

| | SOLICITUD DE ADICIÓN Y PRÓRROGA | CÓDIGO: AP-CT-F-77-01 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 1 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 21/07/2023 |

1. | ORDEN | | CONTRATO | X | MARQUE CON UNA (X) SEGÚN CUANTÌA |

2. Bogotá D.C., 5 de diciembre del 2024

3. Doctor (a) Victoria Eugenia Martínez Puello

4. | ADICIÓN | X | PRÓRROGA | X | MARQUE CON UNA (X) |

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

| | |
|---|---|
| 5. No. ORDEN/ CONTRATO | CS BYS -147-2024 |
| 6. NOMBRE CONTRATISTA | CLOSTER PHARMA S.A.S |
| 7. NIT/CÉDULA | 830.512.304 |
| 8. OBJETO | SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA, PARA LA OPORTUNA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES ASISTENCIALES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E. S. E |
| 9. VALOR INICIAL | $ 4.147.100 |
| 10. NÚMERO Y VALOR ADICIONADO | 0 |
| 11. VALOR FINAL | $ 4.147.100 |
| 12. VALOR A ADICIONAR CON LA PRESENTE SOLICITUD | $ 4.000.000 |
| 13. PLAZO INICIAL | 15/11/2024 |
| 14. NUMERO Y TIEMPO PRORROGADO | 0 |
| 15. PLAZO FINAL | 14/12/2024 |
| 16. PLAZO A PRORROGAR CON LA PRESENTE SOLICITUD | 15 DE ENERO DEL 2025 |
| 17. JUSTIFICACIÓN | Esta solicitud tiene como fin garantizar el continuo suministro de insumos médico quirúrgicos adjudicados en el presente contrato de suministros , todo esto en aras de prestar la oportuna e ininterrumpida atención a los pacientes de las diferentes unidades de servicio de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., por lo que se hace necesario prorrogar y adicionar el presente contrato.<br><br>La fecha de inicio de este contrato es el 15 de noviembre del 2024 por un plazo inicial de un mes. El valor inicial del contrato fue de $ 4,147,100,co , de dicho valor se ha ejecutado a la fecha $ 0 .co, equivalente a un 0% del presupuesto, presentando un saldo disponible a la fecha de $ 4,17,100,co , y el porcentaje de ejecución en tiempo es del 66% saldo que es insuficiente para cubrir el suministro hasta la fecha de terminación del contrato . En este sentido se requiere prorrogar hasta el 15 de enero del 2025 y adicionar la suma de $ 4,000,000,co. Para asegurar la continuidad del suministro de los insumos.<br><br>Se hace esta solicitud teniendo en cuenta el Acuerdo 012 de 2021 del 24 de febrero de 2021 "Por el cual la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. modifica de manera parcial el artículo 19 del Acuerdo 024 del 20 de septiembre de 2017, a través del cual se adoptó el Estatuto de Contratación de la Entidad", y que a tenor de lo establecido en la recién aprobada modificación, que indica que los contratos celebrados por la Subred Integrada de Servicios se podrán adicionar hasta siete (7) veces el valor inicial, siempre y cuando exista una justificación que soporte la adición y las condiciones del mismo lo permitan, se recurre a esta figura para la adición solicitada. |

Cordialmente,

18. Martha Lucia Nieto Hernández
Profesional Especializado - Almacén

19. Juan Carlos Hurtado Sierra
VoBo. Área Financiera ( E )
(En caso de solo prórroga no será necesario esta firma)

20. Damaris Reyes Castro
VoBo. Dirección Administrativa

21. Anexos: X ( 1 ) folios.

| | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA BIENES, SERVICIOS Y CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO : AP-CT-F-52-03 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN : 3 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTION DE LA CONTRATACION | PÁGINA : 1 DE 1 |
| | | FECHA: 18/03/2019 |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| No de contrato u orden de servicio: | CS BYS -147-2024 | Fecha Contrato d/m/a | 6/11/2024 |
| Nombre del contratista: | CLOSTER PHARMA S.A.S | NIT/ N° Identificación | 830512304 |
| Objeto: | SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA, PARA LA OPORTUNA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES ASISTENCIALES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E. S. E | | |
| TIPO DE CONTRATO: | SUMINISTRO | | |

| Datos del Contrato | CDP | | CRP | | Valor del Contrato |
|---|---|---|---|---|---|
| | Número | Fecha (dd/mm/aaaa) | Número | Fecha (dd/mm/aaaa) | |
| Inicial | 1153 | 10/09/2024 | 58095 | 6/11/2024 | $ 4.147.100 |
| Otrosí adición No. 1 | | | | | |
| | | | | Valor Total Contrato | $ 4.147.100 |

| Plazo del Contrato | | |
|---|---|---|
| Plazo (Meses y Días): | 1 MES | |
| Inicio * | | 15/11/2024 |
| Otrosí prorroga No. 28 | | |
| Terminación * | | 14/12/2024 |

* Indicar en dd/mm/aaaa

**EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

**CS BYS -147-2024**

| Periodo Ejecutado | Fecha Factura o Cuenta de Cobro (dd/mm/aaaa) | N° Factura o Cuenta de Cobro | Valor Factura o Cuenta de Cobro | IVA | Total factura o Cuenta de Cobro | Total Certificado | Saldo por ejecutar | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Valor total ejecutado | | | | | $ - | $ - | $ 4.147.100,00 | |
| Nombre del Supervisor: | MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ | | | | | | | |
| Unidad de Servicios de Salud y área: | ALMACÉN GENERAL | | | | | | | |

**OBSERVACIONES**

Verificadas las obligaciones contractuales establecidas en el contrato, como Supervisor manifiesto que el contratista ha cumplido de conformidad, en consecuencia certifico el pago de la factura o cuenta de cobro número:

Nota: En caso de incumplimiento, no certificar e indicar lo pertinente de manera oficial a la Oficina Jurídica

| Porcentaje de Ejecución en Dinero: | 0% | Porcentaje de Ejecución en Tiempo: | 66% |
|---|---|---|---|

MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ
Firma del Supervisor del Contrato

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **FORMATO SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL** | CÓDIGO: AP-GF-F-03 |
| | | VERSIÓN: 6 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 17/09/2024 |

**Fecha de la solicitud:**

| 5 | 12 | 2024 |
|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO |

**DATOS DEL SOLICITANTE**

| | |
|---|---|
| Área o centro solicitante: | Dirección Administrativa |
| Centro de costo | R01 |
| Objeto: | SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA, PARA LA OPORTUNA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES ASISTENCIALES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E. S. E |
| | ADICIONAR AL CONTRATO DE SUMINISTROS CS BYS -147-2024 CLOSTER PHARMA S.A.S |
| Rubro presupuestal: | Productos metálicos, maquinaria y equipo |
| Subcuenta Auxiliar: | Material Médico-Quirúrgicos |
| Código del Rubro: | 4245010401 |
| Valor Solicitado (En letras y números): | CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 4,000,000.oo) |

| | | |
|---|---|---|
| FIRMAS | Damaris Reyes Castro | |
| | Dirección, Área o servicio, Oficina Asesora | Firma del solicitante |
| | Juan Carlos Hurtado Sierra | |
| | Director Financiero ( E ) | Firma Revisado |
| | Martha Yolima Pasachoa Moreno | |
| | Subgerente Corporativo | |
| | Autoriza Expedición de Disponibilidad Presupuestal (Resolución 0678 del 05 de septiembre de 2024) | Firma aprobado |

Recibido en Presupuesto _____

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.
**NIT : 900971006**

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL**

FECHA DE EXPEDICION : viernes, 6 de diciembre de 2024

**CDP : 1657**

**EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO**
**CERTIFICA**

| | |
|---|---|
| **DEPENDENCIA :** | GERENCIA |
| **SE EXPIDE EL PRESENTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE :** | MARTHA YOLIMA PASACHOA MORENO |
| **EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO PARA RESPALDAR EL COMPROMISO :** | |
| AD CT. 147-2024 SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICOS TERAPIA PRESIÓN NEGATIVA USS SUBRED NORTE | |

QUE EXISTE APROPIACION PRESUPUESTAL DISPONIBLE Y LIBRE DE AFECTACION EN EL (LOS) SIGUIENTE (S) RUBRO (S) :

| RUBROS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **CODIGO AUXILIAR** | **CONCEPTO** | **NIVEL** | **VR INICIAL** | **DEBITOS** | **CREDITOS** | **VR. ACTUAL** |
| 42450104001 | MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS | O | 4.000.000 | | | 4.000.000 |
| | | TOTAL: | 4.000.000 | | | 4.000.000 |

CUATRO MILLONES DE PESOS CON CERO CTVS M/Cte

**VIGENCIA :** ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE 25 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION.

**Responsable de Presupuesto**
**RODRIGUEZ MENDEZ NESTOR JAVIER**

Fecha de Impresion : lunes, 9 de diciembre de 2024

Nombre reporte : PSRPGDisponibilidad

Usuario: 79242013

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.] NIT [900971006-4]