| | 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 CUANTÍA |
|---|---|---|---|---|---|

2. Bogotá D.C., 7 de enero del 2025

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 RYS 106-2024 |
| 6. NOMBRE CONTRATISTA | PHARMACID SAS |
| 7. NIT/CÉDULA | 800.108.193 |
| 8. OBJETO | SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MATERIAL MEDICO QUIRURGICOS DE ACUERDO AL ANEXO TECNICO No 2, PARA LA OPORTUNA ATENCION DE LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES ASISTENCIALES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E. S. E |
| 9. VALOR INICIAL | $ 32.435.948 |
| 10. NÚMERO Y VALOR ADICIONADO | Adición No. 1 por valor de $ 33,000,000 de fecha 16-10-2024<br>Adición No. 2 por valor de $ 44,000,000 de fecha 03-12-2024 |
| 11. VALOR FINAL | $ 109.435.948 |
| 12. VALOR A ADICIONAR CON LA PRESENTE SOLICITUD | $ 55.000.000 |
| 13. PLAZO INICIAL | 17/09/2024 |
| 14. NUMERO Y TIEMPO PRORROGADO | Prorroga No. 1 por 1 mes y 14 de fecha 16-10-2024<br>Prorroga No. 2 por 1 mes y 15 de fecha 03-12-2024 |
| 15. PLAZO FINAL | 15/01/2025 |
| 16. PLAZO A PRORROGAR CON LA PRESENTE SOLICITUD | 28 DE FEBRERO 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 presnte contrato.<br><br>La fecha de inicio de este contrato es el 17 de septiembre del 2024 por un plazo inicial de un mes. El valor inicial del contrato fue de $ 32,435,948,oo , se le ha adicionado un valor de $ 77,000,000,oo, para un total de $ 109,435,948.oo , de dicho valor se ha ejecutado a la fecha $ 106,381,640,oo, equivalente a un 97% del presupuesto, presentando un saldo disponible a la fecha de $ 3,054,308,oo, y el porcentaje de ejecución en tiempo es del 93% saldo que es insuficiente para cubrir el suministro hasta la fecha de terminación del contrato . En este entido se requiere prorrogar hasta el 28 de febrero del 2025 y adicionar la suma de $ 55,000,000,oo. 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 articulo 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 Hernandez
Profesional Especializado - Almacén

19. Erika Paola Rojas Urrego
VoBo. Área Financiera
(En caso de solo prórroga no sera necesario esta firma)

20. Jose Emigdio Gutierrez Reina
VoBo. Dirección Administrativa ( E )

21. Anexos: X ( 1 ) folios.

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

## INFORMACIÓN DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| No de contrato u orden de servicio: | CS BYS -106-2024 | Fecha Contrato d/m/a | 12/09/2024 |
| Nombre del contratista: | PHARMACID SAS | NIT/ N° Identificación | 800.108.193 |
| Objeto: | SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MATERIAL MEDICO QUIRURGICOS DE ACUERDO AL ANEXO TECNICO No 2, PARA LA OPORTUNA ATENCION DE LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES ASISTENCIALES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E. S. E | | |
| TIPO DE CONTRATO: | CONTRATO DE SUMINISTRO | | |

| Datos del Contrato | CDP | | CRP | | Valor del Contrato |
|---|---|---|---|---|---|
| | CDP | Fecha (dd/mm/aaaa) | Número | Fecha (dd/mm/aaaa) | |
| Inicial | 778 | 18/06/2024 | 47442 | 12/09/2024 | $ 12.454.640 |
| Otrosí adición No.1 | 1321 | 11/10/2024 | 53234 | 16/10/2024 | $ 33.000.000 |
| Otrosí adición No.2 | 1531 | 18/11/2024 | 63393 | 30/11/2024 | $ 44.000.000 |
| | | | | Valor Total | $ 100.331.640 |

| Plazo del Contrato | | |
|---|---|---|
| Plazo (Meses y Dias): | 1 MES | |
| Inicio * | | 17/09/2024 |
| Otrosí prorroga No. 1 | 1 MES 14 DIAS | 30/11/2024 |
| Otrosí prorroga No. 2 | 1 MES -15 DIAS | 15/01/2025 |
| Terminación * | | 16/01/2025 |

* Indicar en dd/mm/aaaa

## EJECUCION DEL CONTRATO
### CS BYS -106-2024

| | 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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | sep-24 | 17/09/2024 | PHA361 | $ 13.105.800,00 | $ 676.476,00 | $ 13.782.276,00 | $ 13.782.276,00 | $ 95.653.672,00 | 12285 | SIMON |
| 2 | sep-24 | 17/09/2024 | PHA362 | $ 39.600,00 | $ 7.524,00 | $ 47.124,00 | $ 47.124,00 | $ 95.606.548,00 | 12367 | SIMON |
| 3 | sep-24 | 17/09/2024 | PHA363 | $ 7.440.700,00 | $ 506.920,00 | $ 7.947.620,00 | $ 7.947.620,00 | $ 87.658.928,00 | 12309 | SUBA |
| 4 | sep-24 | 17/09/2024 | PHA364 | $ 6.769.700,00 | $ 379.430,00 | $ 7.149.130,00 | $ 7.149.130,00 | $ 80.509.798,00 | 12293 | ENGATIVA |
| 5 | sep-24 | 19/09/2024 | PHA371 | $ 671.000,00 | $ 127.490,00 | $ 798.490,00 | $ 798.490,00 | $ 79.711.308,00 | 12342 | ENGATIVA |
| 6 | oct-24 | 15/10/2024 | PHA527 | $ 330.000,00 | $ 62.700,00 | $ 392.700,00 | $ 392.700,00 | $ 79.318.608,00 | 13015 | SUBA |
| 7 | oct-24 | 15/10/2024 | PHA526 | $ 330.000,00 | $ 62.700,00 | $ 392.700,00 | $ 392.700,00 | $ 78.925.908,00 | 13016 | ENGATIVA |
| 8 | oct-24 | 15/10/2024 | PHA529 | $ 1.615.500,00 | $ 306.945,00 | $ 1.922.445,00 | $ 1.922.445,00 | $ 77.003.463,00 | 13028 | SIMON |
| 9 | oct-24 | 24/10/2024 | PHA588 | $ 9.415.200,00 | $ 596.315,00 | $ 10.011.515,00 | $ 10.011.515,00 | $ 66.991.948,00 | 13356 | SIMON |
| 10 | oct-24 | 24/10/2024 | PHA589 | $ 9.365.200,00 | $ 586.815,00 | $ 9.952.015,00 | $ 9.952.015,00 | $ 57.039.933,00 | 13376 | SUBA |
| 11 | oct-24 | 24/10/2024 | PHA590 | $ 9.365.200,00 | $ 586.815,00 | $ 9.952.015,00 | $ 9.952.015,00 | $ 47.087.918,00 | 13364 | ENGATIVA |
| 12 | dic-24 | 10/12/2024 | PHA874 | $ 32.029.800,00 | $ 2.458.410,00 | $ 34.488.210,00 | $ 34.488.210,00 | $ 12.599.708,00 | 14439 | ALGE |
| 13 | dic-24 | 16/12/2024 | PHA926 | $ 9.545.400,00 | $ - | $ 9.545.400,00 | $ 9.545.400,00 | $ 3.054.308,00 | 14762 | ALGE |
| | Valor total ejecutado | | | | | $ 106.381.640,00 | $ 106.381.640,00 | $ 3.054.308,00 | | |

| | |
|---|---|
| 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: | 97% | Porcentaje de Ejecución en Tiempo: | 93% |

MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ
Firma del Supervisor del Contrato

Elaborado por: Neri Adarve Ordue Jojoa

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | FORMATO SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | CÓDIGO: AP-GF-F-03 |
| | | VERSIÓN: 7 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 30/12/2024 |

Fecha de la solicitud:

| 7 | 1 | 2025 |
|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO |

| DATOS DEL SOLICITANTE |
|---|

| | |
|---|---|
| Área o centro solicitante: | Dirección Administrativa |
| Centro de costo | R01 |
| Objeto: | SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MATERIAL MEDICO QUIRURGICOS DE ACUERDO AL ANEXO TECNICO No 2, PARA LA OPORTUNA ATENCION DE LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES ASISTENCIALES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E. S. E<br><br>ADICIONAR AL CONTRATO DE SUMINISTROS PHARMACID SAS CS BYS -106-2024 |
| Rubro presupuestal: | Productos metálicos, maquinaria y equipo |
| Subcuenta Auxiliar: | Material Médico-Quirúrgicos |
| Código del Rubro: | 4245010401 |
| Valor Solicitado (En letras y números): | CINCUENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 55,000,000.oo) |

| | | |
|---|---|---|
| FIRMAS | Jose Emigdio Gutierrez Reina | |
| | Dirección, Área o servicio, Oficina Asesora ( E ) | Firma del solicitante |
| | Erika Paola Rojas Urrego | |
| | Director Financiero | Firma Revisado |
| | Liliana Rios Velandia | |
| | Subgerente Corporativo (E ) | |
| | Autoriza Expedición de Disponibilidad Presupuestal (Resolución 0891 del 30 de diciembre 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, 10 de enero de 2025 19:20

**CDP : 111**

## EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO CERTIFICA

| | |
|---|---|
| **DEPENDENCIA :** | SUBGERENCIA CORPORATIVA |
| **SE EXPIDE EL PRESENTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE :** | RIOS VELANDIA LILIANA |
| **EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO PARA RESPALDAR EL COMPROMISO :** | |
| AD CT. 106-2024 SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICOS 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 | 55.000.000 | | | 55.000.000 |
| | | TOTAL: | 55.000.000 | | | 55.000.000 |

CINCUENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

**VIGENCIA :** ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE 355 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION.

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

Fecha de Impresion : sábado, 11 enero 2025

Nombre reporte : PSRPGDisponibilidad

Usuario: 52443854