Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN**	Versión:	4	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	22/03/2024	
		Código:	18-02-FO-0007	

CERTIFICACIÓN: X	**INFORME PARCIAL: X**	Marque con una (X) según corresponda

CONTRATO No.	8458-2024	**FECHA DEL INFORME :**	26 DE FEBRERO2025

FUNCIONES GENERALES Y ADMINISTRATIVAS DE LA SUPERVISIÓN

1. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO U ORDEN

							Fecha de Inicio:	**Fecha de Terminación:**
Contratista:	LA MUELA S.A.S.	NIT O C.C	804009440-5	**Valor Inicial:**	**$8.017.270**		**5/01/2025**	**4/03/2025**
Representante Legal:	DIEGO ARMANDO CALPA JEREZ	Cedula Representante	N° 91.229.000	**Adición 1:**		**Prórroga 1:**		
Objeto del Contrato u orden:	Suministro de insumos Odontológicos para la Prestación de Servicios de Salud Oral de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E							
Duración Inicial	2 MESES							
Disponibilidades Números	° 736 del 29 de febrero de 2024	Registros Presupuestales						
Rubro presupuestal	MEDICO QUIRURGICO	CÓDIGO	4245010401	**Valor Total:**	**$8.017.270**	**Fecha Terminación actual:**	**4/03/2025**	

FECHA ENTREGA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	**3/05/2025**

FUNCIONES TÉCNICAS DE LA SUPERVISIÓN

2. AVANCE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES

No. INFORME/CERTIF.	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO**	**CENTRO DE COSTO**	**CUMPLIÓ**		**ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO**				
FEBRERO	1. El proponente realizara directamente la entrega del INSUMO de odontología en las sedes de la Subred que cuentan con el servicio de Odontología previa inspección y recibido en los Almacenes de las Unidades de Prestación de Servicios de Salud del Sur, Fontibón y Occidente de Kennedy de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, de acuerdo al listado solicitado del contrato., en un plazo no mayor de tres (3) días. 2. Los elementos entregados, deberán corresponder a especificaciones técnicas, precio y calidad a los inicialmente ofertados y	**ODONTOLOGIA**	**SI**	**NO**	Oportunidad de entrega	**SI: X** **N/A** **NO:**	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	**SI: X**	**NO:**
			X		Respuesta de imprevistos y Emergencias	**SI: X** **N/A** **NO:**	Cumplimiento calidad de la prestación	**SI: X**	**NO:**
					Cumplimiento de condiciones contratadas	**SI: X** **N/A** **NO:**			

Observaciones:

FUNCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE DE LA SUPERVISIÓN

3. INFORMACIÓN DE FACTURA O CUENTAS

No.	**No. FACTURA o CUENTA DE COBRO**	**FECHA DE FACTURA O CUENTA COBRO**	**PERIODO FACTURADO**	**FECHA RADICACIÓN**	**VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO**	**ACUMULADO EJECUTADO**	**SALDO**	**% EJECUCIÓN**	**OBSERVACIONES**
1	FVBG79496A	03/02/2025	febrero	11/02/2025	$ 1.887.042	1.887.042	6.130.228	24%	REEMPLAZA EL COMPROBANTE No SA-5466
TOTAL					**1.887.042**	**1.887.042**	**6.130.228**	**24%**	

4. VERIFICACIÓN GARANTÍAS

FVBG79496A	**SI:X** ☐
	NO: ☐

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	**VALOR EN LETRAS**	**VALOR EN NÚMEROS**
Valor ejecutado	**un millon ochocientos ochenta y siete mil cuarenta y dos pesos**	**$ 1.887.042**
Saldo por ejecutar	**seis millones ciento treinta mil docientos venti ocho pesos**	**$ 6.130.228**

VALOR TOTAL CERTIFICADO	
No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO	**FECHA DE EMISIÓN DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO**
FVBG79496A	**3/02/2025**
VALOR A PAGAR	**$ 1.887.042,00**
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	**Durante la ejecución del contrato no se ha presenta ningún inconveniente con los Servicios prestados por el contratista, Y hay cumplimiento del objeto del contrato**
ANEXOS:	

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	LAURA BETANCOURT CORDOBA
C.C. No.	30734673
CARGO/PERFIL	REFERENTE DE SALUD ORAL
ÁREA DE UBICACIÓN	DIRECCION SERVICIOS AMBULATORIOS