| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.<br>INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA | CO-CBS-FT-12 V7 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA: | 5/03/2025 | INFORME PARCIAL: | | INFORME FINAL : | X |

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 4501-2024 | CONTRATISTA: | 3D CONSULTING GROUP S.A.S. | CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT: | 900236701 - 3 |
| No. DE CONVENIO AL CUAL PERTENECE EL CONTRATO (Numero y vigencia) | N/A | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | SUMINISTRO DE SILLAS ERGONÓMICAS, PARA LA INTERVENCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO CON VDT EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | | | | |
| DATOS DEL CONTRATISTA: | REPRESENTANTE LEGAL: | OLGA LUCIA ARIAS | | CÉDULA DE CIUDADANÍA: | 39.802.616 de Usme |
| | ASESOR COMERCIAL: | | | TELÉFONO: | 601 266 8860 |
| | DIRECCIÓN: | CARRERA 29 No74-09, Barrios Unidos | | CELULAR: | |
| | E-MAIL: | olga.arias@3dconsulngroup.com | | PÁGINA WEB: | |
| DATOS DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR: (Diligenciar los que aplique, ingresar filas en caso que se requiera, ocultar filas en caso de no diligenciarlas) | NOMBRES Y APELLIDOS: | EDWAR JAVIER CASTRO MEDINA | | CÉDULA DE CIUDADANÍA: | 7169927 |
| | CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR | DIRECTOR TALENTO HUMANO (E.) | | ÁREA O DEPENDENCIA: | SUBGERENCIA CORPORATIVA |
| | DIRECCIÓN: | CARRERA 24 C No 54-47 SUR | | TELÉFONO FIJO: | 7300000 |
| | CORREO ELECTRÓNICO: | dir.talentohumano@subredsur.gov.co | | CELULAR: | 3204561470 |
| | NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION | JOSE DANIEL GONZALEZ LUQUE | | CÉDULA DE CIUDADANÍA: | 19498852 |
| | CARGO/PERFIL | MEDICO ESPECIALISTA - SALUD OCUPACIONAL | | ÁREA O DEPENDENCIA: | DIRECCION-TALENTO HUMANO |
| | CORREO ELECTRÓNICO: | sst@subredsur.gov.co | | CELULAR: | 3015516131 |
| FECHA ACTA DE INICIO: | 6 de mayo de 2024 | FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL: | 5 de julio de 2024 | PLAZO INICIAL: | 2 MESES |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 160.000.000 | VALOR INICIAL EN LETRAS: | CIENTO SESENTA MILLONES DE PESOS M/CTE | | |
| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: | SALUD OCUPACIONAL | | CÓDIGO DEL RUBRO: | 4212020200911. | |
| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: (Si aplica para dos rubros) | | | CÓDIGO DEL RUBRO: | | |
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: | 799 | | FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: | 29/02/2024 | |
| CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°: | 19719 | | FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL: | 26/04/2024 | |

## 2. INFORMACIÓN DE ADICIONES REALIZADAS AL CONTRATO

| N° DE ADICIÓN | VALOR DE LA ADICIÓN | FECHA SUSCRIPCION DE LA ADICIÓN: | N° CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: | FECHA DE LA DISPONIBILIDAD: | CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL N°: | FECHA DEL REGISTRO: | CÓDIGO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ | | | | | | |
| | $ | | | | | | |

## 3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIONES REALIZADAS AL CONTRATO

| N° | PRORROGA / SUSPENSION | PLAZO | FECHA DE SUSCRIPCIÓN | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | PRORROGA | 30 DÍAS | 20/06/2025 | 6/07/2024 | 5/08/2024 |
| 2 | | | | | |

## 4. OTRAS NOVEDAES CONTRACTUALES

| N° | OTRO SI No ( Aclaratorio, inclusion, Exclusion) | CONSIDERACION DEL OTRO SI | FECHA DE SUSCRIPCION DEL OTRO SI |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |

## 5. EJECUCIÓN DEL CONTRATO incluidas las facturas a certificar

| ÍTEM | FECHA DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO | NÚMERO DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO | N° ENTRADA ALMACÉN | VALOR DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO | SALDO DEL CONTRATO | N° COMPROBANTE DE EGRESO | FECHA COMPROBANTE DE EGRESO | VALOR CANCELADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 6/08/2024 | 3D4323 | AC000000000435 | $ 159.984.790,00 | $15.210,00 | 596504 | 4/02/2025 | $159.984.790,00 |
| 2 | | | | | | | | |
| TOTAL EJECUTADO | | | | $ 159.984.790,00 | $15.210,00 | | | $159.984.790,00 |

## 6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 160.000.000,00 | VALOR PAGADO: | $159.984.790,00 |
| VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO: | 0,00 | SALDO POR PAGAR : | $0,00 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO : | $ 160.000.000,00 | SALDO A REINTREGRAR | $15.210,00 |

## 7. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DECLARE SI SE CUMPLIO A SATISFACCIÓN EL OBJETO CONTRACTUAL)

| No. | OBLIGACIÓN | CUMPLIMIENTO SI/NO | EMITE SU CONCEPTO EN EL CASO DE PRESENTAR ALGUNA DIFICULTAD | SOPORTE DE VERIFICACIÓN VS UBICACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Entregar garantia minima de dos (2) años, con la entrega de los productos objeto del contrato. | SI | | FACTURA |
| 2 | Atender los requerimientos hechos por el supervisor y en caso de no ser posible, emitir por escrito una explicación que fundamente este hecho. | SI | | N/A |
| 3 | Cumplir con el plazo para la entrega de los productos contratados en los tiempos y en los lugares de entrega establecidos por el Supervisor del Contrato | SI | | FACTURA/ENTRADA ALMACEN |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | | | |
| | INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE [redacted]NISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA | | | CO-CBS-FT-12 V7 |
| 4 | Realizar los cambios de las sillas cuando estas no cumplan con las especificaciones técnicas y de calidad en las siguientes 48 horas al reporte por parte del Supervisor del Contrato | SI | | N/A |
| OBSERVACIONES: | | | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | 100% |

**8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS**

VERIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES
Planillas/ Certifcación por parte de Revisor Fiscal /Contador (ESPECIFICANDO EL MES)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN | | | ANEXOS (CD) | | FECHA: |
| FIRMA DEL SUPERVISOR | | | TOTAL FOLIOS | | FECHA: |
| NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RECIBE EL INFORME | Luz Dary Mora | CARGO/PERFIL | Aux Admon | FIRMA | FECHA: 17-03-2025 |