| 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: | | | | INFORME PARCIAL: x | | | Marque con una (X) según corresponda |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO No. | 8460-2024 | | | | | FECHA DEL INFORME : | 3 de abril de 2025 |

**FUNCIONES GENERALES Y ADMINISTRATIVAS DE LA SUPERVISIÓN**

| 1. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO U ORDEN | | | | | | | Fecha de Inicio: | Fecha de Terminación: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Contratista: | ULTRADENTAL S A S | NIT O C.C | NIT N° 800113480-1 | Valor Inicial: | $ 15.214.548 | | 5/01/2025 | 4/03/2025 |
| Representante Legal: | JUAN CARLOS BETANCUR BOLIVAR | Cedula Representante | 71.639.536 | Adición 1: | $ 13.000.000 | Prórroga 1: | 5/03/2025 | 18/05/2025 |
| 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: | $28.214.548 | Fecha Terminación actual: | | 18/05/2025 |
| FECHA ENTREGA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN | | | | | | | | |

**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 | ODONTOLOGIA | SI | NO | Oportunidad de entrega | SI: X<br>N/A<br>NO: | Cumplimiento de documentación tramitada o presentada | SI: X | NO: |
| | | | X | | Respuesta de imprevistos y Emergencias | SI: X<br>N/A<br>NO: | Cumplimiento calidad de la prestación | SI: X | NO: |
| | | | | | Cumplimiento de condiciones contratadas | SI: X<br>N/A<br>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 | CR175821A | 03/02/2025 | febrero | 17/02/2025 | $ 9.499.808 | 9.499.808 | 18.714.740 | 34% | |
| 1 | CR177042 | 13/03/2025 | marzo | 14/03/2025 | $ 7.970.265 | 17.470.073 | 10.744.475 | 62% | |
| TOTAL | | | | | 17.470.073 | 17.470.073 | 10.744.475 | 62% | |

**4. VERIFICACIÓN GARANTÍAS**

| Existencia de Garantías | SI:X ☐ |
|---|---|
| | NO: ☐ |

**COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**CERTIFICO**

**EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALOR EN LETRAS | VALOR EN NÚMEROS |
|---|---|---|
| Valor ejecutado | nueve millones cuatrocientos neventa t nueve mil ochocientos ochenta y ocho pesos | $ 17.470.073 |
| Saldo por ejecutar | Diez millones setecientos cuarenta y cuatro mil cuatrocientos setenta y cinco pesos | $ 10.744.475 |

| VALOR TOTAL CERTIFICADO | |
|---|---|
| No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO | FECHA DE EMISIÓN DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO |
| CR177042 | 13/03/2025 |
| VALOR A PAGAR | $ 7.970.265,00 |
| 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. | 30.734.673 |
| CARGO/PERFIL | REFERENTE DE SALUD ORAL |
| ÁREA DE UBICACIÓN | DIRECCION SERVICIOS AMBULATORIOS |