Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN**	Versión:	5	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15/04/2025	
		Código:	18-02-FO-0007	

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

CONTRATO No.: 8456-2024	**FECHA DEL INFORME :**	5/05/2025

FUNCIONES GENERALES Y ADMINISTRATIVAS DE LA SUPERVISIÓN

1. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO U ORDEN

								Fecha de Inicio:	**Fecha de Terminación:**
Contratista:	CASA DENTAL GABRIEL VELASQUEZ	NIT O C.C	890300417-4	**Valor Contrato Inicial:**		**$140.188.542**		**13/01/2025**	**13/03/2025**
Representante Legal:	JULIANA URIARTE VELASQUEZ	Cedula Representante	N°1144055493	**No. Adición**	**Fecha Registro Presupuestal**	**Valor Adición**			
				Adición 1:	4/12/2024		**Prórroga 1:**	**14/03/2025**	**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								
Rubro presupuestal	MEDICO QUIRURGICO		CÓDIGO 4245010401	Valor Total:		$140.188.542	Fecha Terminación actual:		18/05/2025

FECHA ENTREGA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	**17/07/2025**

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**				
abril	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	**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	FN102409C	03-02-2025	febrero	11-02-2025	14.624.599	14.624.599	125.563.943	10%	
2	FN102945	10-02-2025	febrero	12-02-2025	6.033.379	20.657.978	119.530.564	15%	
3	FN104991	10-03-2025	marzo	15/03/202	20.209.184	40.867.162	99.321.380	29%	
4	FN105527	18-03-2025	marzo	21-03-2025	1.853.986	42.721.148	97.467.394	30%	
5	FN106864	07-04-2025	abril	14-04-2025	$ 15.936.633	58.657.781	81.530.761	42%	E APLICA NOTA CREDITO No NN6068 POR VALOR DE $ 100.9
TOTAL					**58.657.781**	58.657.781	81.530.761	**42%**	

4. VERIFICACIÓN GARANTÍAS

Existencia de Garantías		**SI:** ☐ **NO:** ☐

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	**VALOR EN LETRAS**	**VALOR EN NÚMEROS**
Valor ejecutado	**Cincuenta y ocho millones seiscientos cincuenta y siete mil setecientos ochenta y un pesos**	**$ 58.657.781**
Saldo por ejecutar	**Ochenta y un millones quinientos treinta mil setecientos sesenta y un pesos**	**$ 81.530.761**

VALOR TOTAL CERTIFICADO	
No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO	**FECHA DE EMISIÓN DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO**
FN106864	**7/04/2025**
VALOR A PAGAR	**$ 15.936.633,00**
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	**LAURA BETANCOURT CORDOBA**
NOMBRE Y APELLIDOS	30734673
C.C. No.	REFERENTE DE SALUD ORA
CARGO/PERFIL	DIRECCION SERVICIOS AMBULATORIOS
ÁREA DE UBICACIÓN	