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.: 8459-2024	**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:	ORBIDENTAL	NIT O C.C	800,005,972-9	**Valor Contrato Inicial:**		**$ 14.264.354**		**18/01/2025**	**17/03/2025**
Representante Legal:	JORGE ENRIQUE BAZURTO CALDERON,	Cedula Representante	N°1144055493	**No. Adición**	**Fecha Registro Presupuestal**	**Valor Adición**			
				Adición 1:	10/03/2025	**$ 7.000.000**	**Prórroga 1:**	**18/03/2025**	**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:		$21.264.354	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	FREL37491	03-02-2025	febrero	06-02-2025	6.954.108	6.954.108	14.310.246	33%	
2	FREL38745A	10-03-2025	marzo	18-03-2025	6.244.463	13.198.571	8.065.783	62%	
3	FREL39373	03-04-2025	abril	08-04-2025	5.587.231	18.785.802	2.478.552	88%	
TOTAL					**18.785.802**	18.785.802	2.478.552	**88%**	

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	**Dieciocho millones setecientos ochenta y cinco mil ochocientos dos pesos m/cte**	**$ 18.785.802**
Saldo por ejecutar	**Ochenta y un millones cuatrocientos veintinueve mil ochocientos dos pesos**	**$ 2.478.552**

VALOR TOTAL CERTIFICADO	
No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO	**FECHA DE EMISIÓN DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO**
FREL39373	**3/04/2025**
VALOR A PAGAR	**$ 5.587.231,00**
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	