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

CERTIFICACION: __X___	**INFORME PARCIAL: ____**	
CONTRATO No. **N°8466-2024**	**FECHA DEL INFORME :**	30/04/2025

FUNCIONES GENERALES Y ADMINISTRATIVAS DE LA SUPERVISIÓN

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

								Fecha de Inicio:	**Fecha de Terminación:**
Contratista:	"SICMAFARMA S.A.S."	NIT O C.C	N° 900.332.426-3	Valor Inicial:	$1.500.000			19/12/2024	18/01/2025
Representante Legal:	LUPERLY SABOGAL MARTINEZ	Cedula Representante	N°24.580.608	Adición 1:		Prórroga 1:		19/01/2025	18/04/2025
Objeto del Contrato u orden:	"CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS QUE SE REQUIEREN DE ACUERDO CON LO RELACIONADO EN EL ANEXO 1 PARA LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E."			Adición 2:		Prórroga 2:		19/04/2025	18/08/2025
Duración Inicial	UN (01) MES			Adición 3:		Prórroga 3:			
				Adición 4:		Prórroga 4:			
Disponibilidades Números	1) 2073 del 26 de septiembre de 2024	Registros Presupuestales		Adición 5:		Prórroga 5:			
Rubro presupuestal	MEDICAMENTOS		CODIGO 4245010301	Valor Total:	**$1.500.000**	Prórroga 6:	**Fecha Terminación actual:**		**18/08/2025**

FECHA ENTREGA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	**17/10/2025**

FUNCIONES TÉCNICAS DE LA SUPERVISIÓN

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME/CERTIF.	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO**	**CENTRO DE COSTO**	**CUMPLIO**		**ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO**				
			SI	**NO**					
1	Las actividades desarrolladas fueron las siguientes obligaciones contenidas en la cláusula novena- Obligaciones específicas: Los numerales desarrollados son los siguientes: el 1), 2), 3), 4), 5), 6), 7), 8), 9), 10), 11), 12).	KE11M05	X		Oportunidad de entrega	**SI: X** **N/A** **NO:**	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	**SI: X**	**NO:**
					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:**			

FUNCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE DE LA SUPERVISIÓN

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS

No.	**No. FACTURA o CUENTA DE COBRO**	**FECHA DE FACTURA O CUENTA COBRO**	**PERIODO FACTURADO**	**FECHA RADICACION**	**VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO**	**ACUMULADO EJECUTADO**	**SALDO**	**% EJECUCIÓN**	**OBSERVACIONES**
1	86850	8/01/2025	enero---2025	10/01/2025	$ 84.000,00	$ 84.000,0	$ 1.416.000,0	5,60%	
2	86849	8/01/2025	enero---2025	13/01/2025	$ 588.000,00	$ 672.000,0	$ 828.000,0	44,80%	
	TOTAL				**$ 672.000,0**	**$ 672.000,0**	**$ 828.000,0**	**44,80%**	

4. VERIFICACIÓN GARANTÍAS

Existencia de Garantías	**SI: X** **NO:**

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	**VALOR EN LETRAS**	**VALOR EN NÚMEROS**
Valor ejecutado	**Seis cientos setenta y dos mil pesos m/Cte**	**$ 672.000**
Saldo por ejecutar	**Ochocientos veintiocho mil pesos m/Cte**	**$ 828.000**

VALOR TOTAL CERTIFICADO	**$ 672.000,0**
No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO	**FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO**
VALOR A PAGAR	
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: NO APLICA

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	**IVÁN FRANCISCO BERNAL PARDO**
C.C. No.	**79.824.929**
CARGO/PERFIL	**Profesional Universitario**
AREA DE UBICACIÓN	**Direccion Servicios Complementarios / USS Fontibon**

NOTA: EN EL MES DE ABRIL 2025 NO HUBO EJECUCIÓN PRESUPUESTAL