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
Fecha de aprobación:	15/4/2025
Código:	18-02-FO-0007

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

CERTIFICACIÓN: ____	INFORME PARCIAL: X	Marque con una (X) según corresponda
CONTRATO No. 3924-2025	FECHA DEL INFORME :	07/07/2025

FUNCIONES GENERALES Y ADMINISTRATIVAS DE LA SUPERVISIÓN

1. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO U ORDEN

								Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:
Contratista:	FARMAPOS LTDA	NIT O C.C	830134902-5	Valor Contrato Inicial:		$120.000.000		9/5/2025	8/11/2025
Representante Legal:	FREDY GERARDO ORTEGA TRASLAVIÑA	Cedula Representante	79.797.724	Nó. Adición	Fecha Registro Presupuestal	Valor Adición			
				Adición 1:			Prórroga 1:		
Objeto del Contrato u orden:	SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y NUTRICIONES ENTERALES Y PARENTERALES NECESARIAS PARA LA NORMAL PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD , A LOS PACIENTES HOSPITALZADOS Y DE URGENCIAS			Adición 2:			Prórroga 2:		
Duración Inicial	SEIS (6) MESES			Adición 3:			Prórroga 3:		
Disponibilidades Números	453 DEL 20 DE FEBRERO DEL 2025			Adición 4:			Prórroga 4:		
				Adición 5:			Prórroga 5:		
				Adición 6:			Prórroga 6:		
				Adición 7:			Prórroga 7:		
				Adición 8:			Prórroga 8:		
				Adición 9:			Prórroga 9:		
							Prórroga 10:		
Rubro presupuestal		CÓDIGO		Adición 10:			Prórroga 11:		
		4,24502E+11		Valor Total:		$120.000.000	Fecha Terminación actual:		8/11/2025

FECHA ENTREGA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	7/1/2026

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				
			SI	NO		Oportunidad de	SI:	Cumplimiento de	SI:	NO:
						Respuesta de	SI:	Cumplimiento calidad de	SI:	NO:
						Cumplimiento de	SI:			

Observaciones:

FUNCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE DE LA SUPERVISIÓN

3. INFORMACIÓN DE FACTURA O CUENTAS

No.	No. FACTURA	FECHA DE	PERIODO	FECHA	VALOR FACTURA O CUENTA DE	ACUMULADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	22859	19-05-2025	MAYO	19-05-2025	6.607.288	6.607.288	113.392.712	6%	
2	22950	22-05-2025	MAYO	22-05-2025	1.524.864	8.132.152	111.867.848	7%	
3	22952	22-05-2025	MAYO	22-05-2025	2.611.000	10.743.152	109.256.848	9%	
4	23477	18-06-2025	JUNIO	19-06-2025	1.562.880	12.306.032	107.693.968	10%	
5	23478	18-06-2025	JUNIO	19-06-2025	393.682	12.699.714	107.300.286	11%	
6	23214	06-06-2025	JUNIO	06-06-2025	12.284.002	24.983.716	95.016.284	21%	
7	23282	10-06-2025	JUNIO	10-06-2025	647.136	25.630.852	94.369.148	21%	
8	23668	0-07-2025	JULIO	01-07-2025	7.778.112	33.408.964	86.591.036	28%	
		TOTAL			33.408.964	33.408.964	86.591.036	28%	

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	TREINTA TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/C	$ 33.408.964
Saldo por ejecutar	OCHENTA Y SEIS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y UN MIL TREINTA Y SEIS PESOS M/C	$ 86.591.036

VALOR TOTAL CERTIFICADO	
No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO	FECHA DE EMISIÓN DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO
23667	1/7/2025
VALOR A PAGAR	$ 7.778.112,00
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	Viviana Tejera P
NOMBRE Y APELLIDOS	VIVIANA TEJERA PALACIO
C.C. No.	22583125
CARGO/PERFIL	PROFESIONAL AREA SALUD

FarmaPOS Ltda

Carrera 31A No. 25B-35, Bogotá D.C. - Colombia NIT. 830,134,902-5
Teléfonos: 6018054908 - 6018054910 e-mail: info@farmapos.com - Web: www.farmapos.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
FE23668

Razon Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.		
Nombre:	SUBRED SO - SEDE KENNEDY	**NIT**	900959048 dv-4
Dirección:	Transversal 74F No. 40B-54 Sur	**Forma de Pago:**	90 dias
Municipio:	Bogotá D.C	**Fecha Factura:**	2025-07-01
Departamento:	Bogotá D.C	**Vencimiento:**	2025-09-29
Teléfono:	6014546800-3102463517	**Contrato / OC:**	3924-25

CUFE 4a6ce93e7cf0fdac7f167a74fbd414c6e97cac10d46bb3d96cdfe1e998ab7639666657d7feda68dd93ef8da52c012184

ITEM	PRODUCTO - REG. SANITARIO - CUM - ATC	PRINCIPIO ACTIVO	LOTE	VENCE	CANTIDAD	PRECIO ANTES DE IVA	PRECIO TOTAL	IVA %
1	NAN PREMATUROS POLVO PARA SUSPENSION ORAL LATA X 400GR Invima:RSA-0015526-2021 ATC:X	FORMULA INFANTIL	50400346AF	28-02-2027	48	32.332,00	1.551.936	
2	NAN PRO 1 POLVO PARA SUSPENSION ORAL LATA X 400GR Invima:RSA-004528-2017 ATC:X	FORMULA INFANTIL	508647765 0	23-09-2026	96	32.560,00	3.125.760	
3	NAN PRO 2 POLVO PARA SUSPENSION ORAL LATA X 900GR Invima:RSA-004526-2017 ATC:X	FORMULA INFANTIL	506547766 1	06-09-2026	48	64.592,00	3.100.416	

Compras y suministros institucionales

Almacen Oscar
01-07-25

Excluidos: $ 7.778.112,00 Exentos: $ 0,00 Gravados: $ 0,00

PRECIOS Y MERCANCIA PARA USO INSTITUCIONAL
OC#AKOC9959

AUTORIZACIÓN 18764084045415 Desde 2024-11-25 Hasta 2026-11-25 FE
Habilita Del No. 20001 al 25000 Prefijo: FE

SON: SIETE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS

Subtotal	$ 7.778.112,00
IVA	$ 0,00
Total Factura	**$ 7.778.112,00**
- Rte Renta	$ 194.453,00
- Rte ICA	$ 32.201,00
- Rte IVA	$ 0,00
TOTAL CXC:	**$ 7.551.458,00**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES DIAN, NO SOMOS AUTORETENEDORES, IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS - IVA TRIBUTAMOS ICA AL 100% EN BOGOTA D.C ACTIVIDAD ICA 46451 TARIFA 4.14 X 1000
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES EN BOGOTA D.C DDI-023769 DEL 2021-11-29

Declaro que he recibido a entera satisfacción las mercancías detalladas en esta factura de venta y, por lo tanto, me obligo u obligo a la sociedad que aca aparece como compradora, incondicionalmente, excusado el protesto y la presentación para el pago, a pagar el valor total de la presente factura a FarmaPOS Ltda, o a su orden, dentro de los términos previamente Acordados, en caso de mora me obligo a pagarle intereses de mora a la máxima tasa legal vigente. Esta es una factura de venta que para todos los efectos se asimila a una letra de cambio. Conforme a los artículos 621, 773 , 774 , 777 y 779 del Código de comercio. **Por favor girar cheque cruzado pagadero únicamente a FarmaPOS Ltda o por Transferencia a BANCOLOMBIA Cuenta de Ahorros #66646274134**

RECIBI CONFORME

ACEPTADA, FIRMA AUTORIZADA Y SELLO COMPRADOR

Elaboro: ARANGO DECHNER MARIA MAGDALENA

Fecha Transmisión: 01/07/2025 13:27

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

ORDEN DE COMPRA
NºAKOC0000009959

PROVEEDOR: FARMAPOST LTDA **NIT:** 830134902 **FECHA:** 27/06/2025 03:54 p. m.

CIUDAD: BOGOTA (Bogotá, D.C.) **ENTREGA:** 02/07/2025 12:00 a. m.

DIRECCION: CR 25 N 39 A - 41 **ESTADO:** Confirmado

TELEFONO: 6018054908 **LUGAR:** Av. 1 de MAYO # 40B-54

CLASE ORDEN: Orden_Compra **CONTRATO:** 3924-2025

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
NUT021	FORMULA INFANTIL EN POLVO PARA LACTANTES DE 0-6 MESES LATA 350 - 400 G	LATA	96,00	$ 32.560,00	$ 3.125.760,00	0,00	0,00
NUT104	FORMULA CON HIERRO PARA LACTANTES PREMATUROS Y/O LACTANTES CON BAJO PESO AL NACER X 370 - 400 G	LATA	48,00	$ 32.332,00	$ 1.551.936,00	0,00	0,00
NUT133	FORMULA DE 6 A 12 MESES LACTEA EN POLVO CON HIERRO Y PROBIOTICOS Y DHA-ARA PARA LACTANTES POR 800-900 GR (2)	LATA	48,00	$ 64.592,00	$ 3.100.416,00	0,00	0,00

DETALLE

ENTREGAR CON CARGO AL CONTRATO 3924-2025 ALMACEN KENNEDY

SUBTOTAL:	$ 7.778.112,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
TOTAL ORDEN:	$ 7.778.112,00

Usuario que Confirma: 22583125 - VIVIANA DE JESUS TEJEIRA PALACIOS

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

FarmaPOS Ltda
Carrera 31A No. 25B-35, Bogotá D.C. – COLOMBIA NIT. 830.134.902-5
Teléfonos: 6018054908 – 6018054910 E-MAIL:info@farmapos.com - WEB: www.farmapos.com

DISTRIBUIDOR DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y MEDICO QUIRURGICOS

Certificación de Paz y Salvo Sobre Aportes Parafiscales

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 50 de la ley 789 de 2002, certifico ante ustedes, cuándo a ello ha habido lugar, **que al día de hoy y que durante los últimos 6 meses:**

1. **Tengo o he tenido obligaciones con las siguientes entidades o sistemas**

- [x] Sistemas de Seguridad Social en salud
- [x] Riesgos profesionales
- [x] Pensiones
- [x] Cajas de Compensación Familiar
- [x] Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- [x] Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA

2. He traído cumplimiento integro y oportuno a todas las obligaciones con las entidades y sistemas marcados en el numeral 1.

FarmaPOS Ltda
Compras y suministros institucionales

3. **Para esta certificación estoy actuando en calidad de:**

Revisor Fiscal

4. **Datos de quien diligencia la certificación:**

Nombre de la Empresa:	FARMAPOS LTDA
Numero de Nit de la Empresa:	830.134.902 - 5
Nombre de quien hace la declaración:	MANUEL RODRIGO BAQUERO ANGEL
Cedula de Ciudadanía Número	19.371.055
Fecha de Diligenciamiento (AAAA/MM/DD)	2025/06/04

FarmaPOS Ltda
NIT. 830.134.902-5

MANUEL RODRIGO BAQUERO ANGEL
TP.17992-T