	SOLICITUD DE ADICIÓN Y PRÓRROGA	CÓDIGO: AP-CT-F-77-01
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 21/07/2023

1.	ORDEN		CONTRATO	X	MARQUE CON UNA (X) SEGÚN CUANTÌA

2. Bogotá D.C., 04 de agosto de 2025

3. Doctor (a) Victoria Eugenia Martínez Puello

4.	ADICIÓN		PRÓRROGA	X	MARQUE CON UNA (X)

De manera atenta, solicito se tramite el proceso con la información relacionada a continuación:

5. No. ORDEN/ orden de compra	CS BYS-104-2025
6. NOMBRE CONTRATISTA	TELEFLEX MEDICAL COLOMBIA S.A.S
7. NIT/CÉDULA	900,680,808
8. OBJETO	SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS - INSUMOS TERAPIA RESPIRATORIA, PARA LA OPORTUNA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES ASISTENCIALES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E. S. E
9. VALOR INICIAL	$ 861.668
10. NÚMERO Y VALOR ADICIONADO	0
11. VALOR FINAL	$ 861.668
12. VALOR A ADICIONAR CON LA PRESENTE SOLICITUD	$ 0
13. PLAZO INICIAL	2 MESES
14. NUMERO Y TIEMPO PRORROGADO	0
15. PLAZO FINAL	12/08/2025
16. PLAZO A PRORROGAR CON LA PRESENTE SOLICITUD	31/08/2025
17. JUSTIFICACIÓN	Esta solicitud tiene como fin garantizar el continuo suministro de insumos médico quirúrgicos adjudicados en el presente contrato de suministros , todo esto en aras de prestar la oportuna e ininterrumpida atención a los pacientes de las diferentes unidades de servicio de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., por lo que se hace necesario prorrogar el presente contrato de suministros . La fecha de inicio de este contrato de suministros es el 13 de junio del 2025 por un plazo inicial de 2 meses. El valor inicial del orden de compra fue de $861,668 ,oo, se ha ejecutado a la fecha $0, equivalente a un 0% del presupuesto, presentando un saldo disponible a la fecha de $ 861,668,oo , y el porcentaje de ejecución en tiempo es del 35% saldo que es suficiente para cubrir el suministro hasta la fecha de terminación de contrato de suministros . En este sentido se requiere prorrogar hasta el 31 de agosto del 2025 . Para asegurar la continuidad del suministro de los insumos.

Cordialmente,

18.Yuly Jhoana Campo Chicangana
Profesional Especializado - Almacén

20.Damaris Reyes Castro
VoBo. Dirección Administrativa

N/A
19. Erika Milena Rodriguez Diaz
VoBo. Área Financiera (E)
(En caso de solo prórroga no será necesario esta firma)

21. Anexos: X (1) folios.

05-08-25. 3:23 PM

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA BIENES, SERVICIOS Y CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-52
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 10/03/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No de contrato u orden de servicio:	**CS BYS-104-2025**	**Fecha Contrato d/m/a**	6/06/2025
Nombre del contratista:	**TELEFLEX MEDICAL COLOMBIA S.A.S**	**NIT/ N° Identificación**	900,680,808
Objeto:	SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS - INSUMOS TERAPIA RESPIRATORIA, PARA LA OPORTUNA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES ASISTENCIALES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E. S. E		
TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO DE SUMINISTRO		

Datos del Contrato	CDP		CRP		Valor del Contrato
	Número	Fecha (dd/mm/aaaa)	Número	Fecha (dd/mm/aaaa)	
Inicial	479	18/03/2025	29767	6/06/2025	861.668
				Valor Total contrato	**$ 861.668**

Plazo del Contrato		
Plazo (Meses y Días):	2 MESES	
Inicio *		13/06/2025
Terminación *		**12/08/2025**

* Indicar en dd/mm/aaaa

EJECUCIÓN DEL CONTRATO -BYS 086-2025

	Periodo Ejecutado	Fecha Factura o Cuenta de Cobro (dd/mm/aaaa)	N° Factura o Cuenta de Cobro	Valor Factura o Cuenta de Cobro	IVA	Total factura o Cuenta de Cobro	Total Certificado	Saldo por ejecutar	Observaciones	
2								$ -		
3								$ -		
4								$ -		
5								$ -		
6								$ -		
7								$ -		
8								$ -		
9								$ -		
10								$ -		
11								$ -		
12								$ -		
13								$ -		
	Valor total ejecutado					**$ -**	**$ -**	**$ 861.668**		

Nombre del Supervisor:	YULY JHOANA CAMPO CHICANGANA
Unidad de Servicios de Salud y área:	JEFE DE ALMACEN

OBSERVACIONES

Verificadas las obligaciones contractuales establecidas en el contrato, como Supervisor manifiesto que el contratista ha cumplido de conformidad, en consecuencia certifico el pago de la factura o cuenta de cobro número: _____

Nota: En caso de incumplimiento, no certificar e indicar lo pertinente de manera oficial a la Oficina Jurídica

Porcentaje de Ejecución en Dinero:	0%	**Porcentaje de Ejecución en Tiempo:**	35%

Yuly Campo

YULY JHOANA CAMPO CHICANGANA

Firma del Supervisor del Contrato

ELABORADO POR : NURI ADENIS ORIGUA JEJEN