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.:8460-2024	FECHA DEL INFORME :	12/08/2025

FUNCIONES GENERALES Y ADMINISTRATIVAS DE LA SUPERVISIÓN

1. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO U ORDEN

								Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:
Contratista:	ULTRADENTAL S A S	NIT O C.C	800113480-1	Valor Contrato Inicial:		$ 15.214.548		5/01/2025	4/03/2025
Representante Legal:	JUAN CARLOS BETANCUR BOLIVAR	Cedula Representante	N°71639536	No. Adición	Fecha Registro Presupuestal	Valor Adición			
				Adición 1:	4/03/2025	$ 13.000.000	Prórroga 1:	5/03/2025	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			Adición 2:		$13.000.000	Prórroga 2:	19/05/2025	19/06/2025
Duración Inicial	2 meses								
Disponibilidades Números	736 del 29 de febrero de 2024								
Rubro presupuestal	MEDICO QUIRURGICO		CÓDIGO 4245010401	Valor Total:		$41.214.548	Fecha Terminación actual:		19/06/2025

FECHA ENTREGA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	18/08/2025

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				
Julio	1. El proponente realizará 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 contrato., en un plazo no mayor de tres (3) días. 2. Los elementos entregados, deberán corresponder a	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

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	

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	CR175821A	03/02/2025	febrero	17-02-2025	$ 9.499.808	$ 9.499.808	$ 31.714.740	23%	
2	CR177042	13/03/2025	marzo	14-03-2025	$ 7.970.265	$ 17.470.073	$ 23.744.475	42%	
3	CR178097	23/04/2025	abril	23-04-2025	$ 6.550.365	$ 24.020.438	$ 17.194.110	58%	
3	CR179856	26/06/2025	junio	09-06-2025	$ 11.529.431	$ 35.549.869	$ 5.664.679	86%	
4	CR180530	17/07/2025	julio	18-07-2025	$ 5.621.427	$ 41.171.296	$ 43.252	100%	
TOTAL					**41.171.296**	41.171.296	43.252	**100%**	

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	Cuarenta y un millones ciento setenta y un mil doscientos noventa y seis pesos m/cte	$ 41.171.296
Saldo por ejecutar	Cuarenta y tres mil doscientos cincuenta y dos pesos m/cte	$ 43.252

VALOR TOTAL CERTIFICADO	
No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO	**FECHA DE EMISIÓN DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO**
CR180530	**17/07/2025**
VALOR A PAGAR	**$ 5.621.427,00**
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	**INGRID RAMIREZ**
NOMBRE Y APELLIDOS	1031122868
C.C. No.	REFERENTE DE SALUD ORA
CARGO/PERFIL	DIRECCION SERVICIOS AMBULATORIOS
ÁREA DE UBICACIÓN	