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.:8458-2024	**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:	LA MUELA S.A.S.	NIT O C.C	804009440-5	Valor Contrato Inicial:		$8.017.270			5/01/2025	4/03/2025
Representante Legal:	DIEGO ARMANDO CALPA JEREZ	Cedula Representante	N° 91.229.000	**No. Adición**	**Fecha Registro Presupuestal**	**Valor Adición**				
				Adición 1:	4/12/2024		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				17/06/2025		Prórroga 2:		19/05/2025	17/07/2025
Duración Inicial	2 meses			Adición 2:		$1.500.000	prorroga 3		30/06/2025	30/09/2025
Disponibilidades Números	736 del 29 de febrero de 2024									
Rubro presupuestal	MEDICO QUIRURGICO		CÓDIGO 4245010401	Valor Total:		$9.517.270	Fecha Terminación actual:			30/09/2025

FECHA ENTREGA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	**29/11/2025**

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	**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	FVBG79496A	03-02-2025	febrero	11-02-2025	$ 1.887.042	$ 1.887.042	$ 7.630.228	20%	
2	FVBG83440	19-03-2025	marzo	20-03-2025	$ 1.808.719	$ 3.695.761	$ 5.821.509	39%	
3	FVBG84533	03-04-2025	abril	08-04-2025	$ 1.176.454	$ 4.872.215	$ 4.645.055	51%	
4	FVBG87585	05-06-2025	mayo	15-05-2025	$ 962.048	$ 5.834.263	$ 3.683.007	61%	
5	FVBG88937	05-06-2025	junio	06-06-2025	$ 1.191.040	$ 7.025.303	$ 2.491.967	74%	
6	FVBG92821	23-07-2025	julio	24-07-2025	$ 888.121	$ 7.913.424	$ 1.603.846	83%	
TOTAL					**7.913.424**	7.913.424	1.603.846	**83%**	

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	Siete millones novecientos trece mil cuatrocientos veinticuatro pesos m/cte	$ 7.913.424
Saldo por ejecutar	Un millón seiscientos tres mil ochocientos cuarenta y seis pesos m/cte	$ 1.603.846

VALOR TOTAL CERTIFICADO	
No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO	**FECHA DE EMISIÓN DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO**
FVBG92821	**23/07/2025**
VALOR A PAGAR	**$ 888.121,00**
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	