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 |

**CERTIFICACIÓN:** _X____ | **INFORME PARCIAL:** ____ | Marque con una (X) según corresponda

**CONTRATO No.** 4598-2025 | **FECHA DEL INFORME :** 12/09/2025

## FUNCIONES GENERALES Y ADMINISTRATIVAS DE LA SUPERVISIÓN

### 1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

| | | | | | | | | Fecha de Inicio: | Fecha de Terminación: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Contratista: | FARMAPOS LTDA | NIT O C.C | 830134902-5 | Valor Contrato Inicial: | | $50.000.000 | | 10/7/2025 | 9/1/2026 |
| Representante Legal: | FREDY GERARDO ORTEGA TRASLAVIÑA | Cedula Representante | 79.797.724 | No. 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: | | |
| | | | | Adición 4: | | | Prórroga 4: | | |
| | | | | Adición 5: | | | Prórroga 5: | | |
| Disponibilidades Números | 453 DEL 20 DE FEBRERO DEL 2025 | | | 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: | | |
| | | | | Valor Total: | | $50.000.000 | Fecha Terminación actual: | | 9/1/2026 |

| | |
|---|---|
| FECHA ENTREGA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN | 10/3/2026 |

## FUNCIONES TECNICAS DE LA SUPERVISION

### 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 Respuesta de Cumplimiento de | SI: | Cumplimiento de Cumplimiento calidad de | SI: | NO: |
| | | | | | | | SI: | | SI: | NO: |
| | | | | | | | 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 | FE24528 | 08-08-2025 | AGOSTO | 08-08-2025 | $ 6.076.600 | 6.076.600 | 43.923.400 | 12% | |
| 2 | FE25241 | 11-09-2025 | SEPTIEMBRE | 11-09-2025 | $ 2.961.200 | 9.037.800 | 40.962.200 | 18% | |
| | TOTAL | | | | 9.037.800 | 9.037.800 | 40.962.200 | 18% | |

### 4. VERIFICACIÓN GARANTÍAS

| | | |
|---|---|---|
| Existencia de Garantías | SI: | X |
| | NO: | |

**COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO**
**CERTIFICO**

**EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALOR EN LETRAS | VALOR EN NÚMEROS |
|---|---|---|
| Valor ejecutado | nueve millones treinta y siete mil ochocientos PESOS M/C | $ 9.037.800 |
| Saldo por ejecutar | Cuarenta millones novecientos sesenta y dos mil doscientos PESOS M/C | $ 40.962.200 |

| | |
|---|---|
| VALOR TOTAL CERTIFICADO | |
| No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO | FECHA DE EMISIÓN DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO |
| FE25241 | 11/9/2025 |
| VALOR A PAGAR | $ 2.961.200,00 |
| 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 | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | RUTH MARGARITA FERNANDEZ MORRIS |
| C.C. No. | 32670645 |
| CARGO/PERFIL | PROFESIONAL AREA SALUD - LIDER NUTRICION |
| AREA DE UBICACIÓN | HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY |

# 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**
**FE25241**


| | | | |
|---|---|---|---|
| **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 días |
| **Municipio:** | Bogotá D.C | **Fecha Factura:** | 2025-09-11 |
| **Departamento:** | Bogotá D.C | **Vencimiento:** | 2025-12-10 |
| **Teléfono:** | 6014546800-3102463517 | **Contrato / OC:** | 4598-25 |

**CUFE** cb43134070f0ef32c3ff8586dbe594522b5e561832209721ad473b1e4e0071784dde72de321260a9337127dde7f55c22

| ITEM | PRODUCTO - REG. SANITARIO - CUM - ATC | PRINCIPIO ACTIVO | LOTE | VENCE | CANTIDAD | PRECIO ANTES DE IVA | PRECIO TOTAL | IVA % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | PROSOURCE NO CARB NEUTRO SUSPENSION ORAL SOBRE X 30ML Invima:RSA-003425-2017 ATC:X | MODULO DE PROTEINA LIQUIDA | SJ020625A L | 06-08-2026 | 100 | 14.035,00 | 1.403.500 | |
| 2 | PROTEINA WHEY POLVO PARA SUSPENSION ORAL SOBRE X 36GR Invima:RSA-0017180-2022 | MODULO DE PROTEINA | 4660725112 | 31-07-2027 | 100 | 15.577,00 | 1.557.700 | |

FarmaPOS Ltda
Compras y suministros institucionales

Excluidos: $ 2.961.200,00 Exentos: $ 0,00 Gravados: $ 0,00

**PRECIOS Y MERCANCIA PARA USO INSTITUCIONAL**
OC#AKOC10478-OC#AKOC10478

AUTORIZACIÓN 18764097829593 Desde 2025-08-29 Hasta 2027-08-29 FE
Habilita Del No. 25001 al 35000 Prefijo: FE

**SON:** DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS ONCE PESOS

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | $ 2.961.200,00 |
| **IVA** | $ 0,00 |
| **Total Factura** | **$ 2.961.200,00** |
| **- Rte Renta** | $ 74.030,00 |
| **- Rte ICA** | $ 12.259,00 |
| **- Rte IVA** | $ 0,00 |
| **TOTAL CXC:** | **$ 2.874.911,00** |

**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