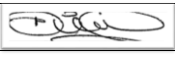


 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD		GESTIÓN FINANCIERA DIRECCIÓN FINANCIERA SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
Código:		SDS-FIN-FY-038		Versión:		
Elaborado por: Nairo Sandoval, Luis Eduardo Campos /Revisado por: Julio Martín González/ Aprobado por: Raúl Alberto Bru Vizcaino						
EL SUSCRITO SUPERVISOR CERTIFICA						
El cumplimiento del objeto del contrato o convenio para el trámite de pago, bajo las siguientes condiciones:						
Número y vigencia del contrato o convenio:	0805-2019		Número (s) del Proyecto:	149		
Plazo de ejecución:	86 meses		Oficina, Dirección, Subdirección o Subsecretaría:	Dirección de Infraestructura y Tecnología		
Nombre / razón social del Contratista:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.		Número de Nit o cédula:	900.959.048-4		
Periodo Certificado (Fechas):	Del 11/11/2025 al 05/12/2025		Porcentaje de pago:	3.30%		
Condiciones que se cumplen para este pago:	PARÁGRAFO SEGUNDO DE LA CLÁUSULA TERCERA DE LA PRÓRROGA No. 7, USO DE EXCEDENTES No. 2, ADICIÓN No. 6Y MODIFICACIÓN No. 4, señala: "El desembolso de la adición por valor de TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO PESOS (\$359.285.188) MChs., se realizará por parte del FFDS a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, una vez se cumpla con los siguientes requisitos: 1. Perfeccionamiento del presente trámite de adición. 2. Solicitud de desembolso de los recursos por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE. 3. Se cuente con el respectivo PAC y 4. Aprobación expedida por los supervisores del convenio".					
Programación PAC para pago	El suscrito supervisor, certifica que este desembolso cuenta con la programación de recursos de PAC mensual, según lo establecido en la Circular de Requisitos para Trámite de Solicitudes de Pago .					
Objeto contractual:	Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto "Adecuación estructural, reordenamiento y dotación para el Centro de Atención Prioritaria en Salud 29".					
Valor inicial	\$3.060.000.000	Cofinanciación:	\$60.000.000	FFDS:	\$3.000.000.000	
Valor total (Inicial + Adicionales o - Reducciones)	\$ 10.586.905.340,00	Cofinanciación:	\$60.000.000	FFDS:	\$10.886.190.528	
Valor a cancelar:	TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO PESOS		\$359.285.188			
Fecha inicio del contrato o Convenio (Según acta de inicio):	15/07/2019		Fecha terminación Contrato o Convenio (incluidas las prórrogas):	14/09/2026		
Número y valor de las adiciones o reducciones del contrato / convenio:	Adición No 1 por valor: OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SEITE PESOS (\$852.055.845) MChE. Adición No 2 por valor: TRESCIENTOS SESENTA MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS (\$860.439.698) MChE. Adición No 3 por valor MIL CIENTO CUARENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS VIENTICHO MIL CIENTO ONCE PESOS (\$1.145.608.111) MChE. Adición No 4 por valor TRES MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL CIENTO SEIS PESOS (\$3.949.560.106,00) MChE. Adición No 5 por valor MIL DOSCIENTOS VEINTE MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS (\$1.220.941.480) MChE. Adición No 6 por valor TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO PESOS (\$359.285.188) MChE.		Registrar el número y valor de las reducciones del contrato o convenio: No aplica En caso de no existir, indicar: No aplica			
Número y tiempo de las prórrogas o disminución de plazo del contrato / convenio :	Prórroga No 1 tiempo: 18 meses del (15/ENE/2021)al (14/JUL/2022) Prórroga No 2 tiempo: 6 meses del (15/JUL/2022)al (14/ENE/2023) Prórroga No 3 tiempo: 15 meses del (15/ENE/2023) al (14/ABR/2024) Prórroga No 4 tiempo: 6 meses del (15/ABR/2024) al (14/OCT/2024) Prórroga 5 tiempo: 4 meses del (15/OCT/2024) al (14/FEB/2025) Prórroga 6 tiempo: 11 meses del (15/FEB/2025) al (14/ENE/2026) Prórroga 7 tiempo: 11 meses del (15/ENE/2026) al (14/SEP/2026)		Registrar el número y tiempo de la disminución del contrato o convenio: No aplica En caso de no existir, indicar: No aplica			
Otro tipo de modificaciones contractuales	1.Fecha (17/SEPT/2019) 2.Fecha (03/AGO/2021) 3. Fecha (24/MAY/2024) 4. Fecha (11/DIC/2024) 5. Fecha (04/FEB/2025) 6. Fecha (26/NOV/2025)		1.Concepto: Modificadorio No. 1 2.Concepto: Modificadorio No. 2 3. Concepto: Autorización Uso Excedentes 4. Concepto: Modificadorio No.3 5. Concepto: Aclaratorio al modificadorio No. 3 6. Concepto: Autorización Uso Excedentes No. 2 y modificadorio No. 4			
Valor ejecutado:	\$10.886.190.528		Saldo por ejecutar:	\$0		
Porcentaje de ejecución:	100%		Número de Factura o cuenta de cobro:	Cuenta de cobro No. SSO00691	Número de pago:	
Número (s) de CDP y registro (s) presupuestal (es) que amparan este pago:	CDP 3656/2025 y RP 6868/2025 por valor de: \$ 359.285.188		Fuente de financiación:	1-100-F039 VA-CREDITO		
Cuenta Bancaria	Banco Davivienda S.A.	Cuenta de Ahorros	No. Cuenta Bancaria: 0570007590475211	Nota: Los datos corresponden a la certificación bancaria que hacen parte de la etapa pre-contractual (según lista de chequeo SDS-CON-FY-012) validada por la Dirección Financiera. En el caso de cambiar cuenta bancaria, anexar la nueva certificación no superior a 30 días, e informar al área de Contabilidad - Dirección Financiera, para su actualización en el modulo de terceros.		
Anexos:	1) Solicitud de Giro Subred mediante oficio de radicado 2025-ER-62615 del 05-12-2025, 2) Cuenta de cobro No. SSO00691 de fecha 03 de diciembre de 2025, 3) Certificado de cumplimiento de pago de aportes a los sistemas de salud, pensión, riesgos profesionales, Cajas de Compensación, ICBF y SENA, 4) Certificación cuenta bancaria, 5) Copia de PRÓRROGA 7 USO DE EXCEDENTES 2 ADICIÓN 6 MODIFICATORIO 4 del convenio Interadministrativo No. 0805 de 2019.		¿Se tienen las garantías actualizadas?:	Marcar con una equis (X) ☐ SI ☐ NO		
Observaciones :	Pago relacionado con la prórroga No. 7, uso de recursos No. 2 y adición No. 6 y modificación No. 4 al convenio interadministrativo No. 805-2019 suscrita el 26 de noviembre de 2025					

La presente certificación se expide a los: 05/12/2025, autorizando el presente pago detallado y dejando constancia del cumplimiento en el pago de los Aportes a Seguridad Social Integral, aprobación de los requisitos legales correspondientes a la factura, ejecución de actividades y/o entrega de elementos dentro de la vigencia pactada y demás obligaciones señaladas en el Manual de Contratación de la SDS - FFDS y según lo establecido en la minuta contractual.
(Tener en cuenta reflejar la información del contrato a la fecha de la presente Certificación, más no a la fecha del periodo certificado, de tal forma que se incluyan las adicionales o prórrogas)

	Nombre completo	Firma	Teléfono o Ext.	Fecha
Referente(s) Técnico(s):	Señalar el (los) nombres de las personas que al interior de la dependencia realizan la respectiva revisión técnica		9887	5/12/2025
Referente(s) Financiero(s):	José Leonardo Pinto		9887	5/12/2025