

CERTIFICACION: <u> X </u>	INFORME PARCIAL: _____	Marque con una (X) según corresponda
CONTRATO No. <u> 3847-2023 </u>	FECHA DEL INFORME :	<u> 3/04/2023 </u>
1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN		
Contratista: <u>DIANA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ</u>	NIT O.C.C. <u>52.516.759</u>	Valor Inicial: <u>\$39.371.736</u>
Representante Legal: <u>DIANA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ</u>	Cedula Representante <u>Adición 1:</u>	Fecha de Inicio: <u>22/02/2023</u>
Objeto del Contrato u orden: <u>Prestar servicios medicos especializados de medicina alternativa en las unidades de servicio de la subred integrada de servicios de salud sur occidente ESE.</u>	<u>Adición 2:</u>	Fecha de Terminación: <u>22/06/2023</u>
Duración Inicial: <u>4 MESES</u>	<u>Adición 3:</u>	
	<u>Adición 4:</u>	
	<u>Adición 5:</u>	
	<u>Adición 6:</u>	
	<u>Adición 7:</u>	
	<u>Adición 8:</u>	
	<u>Adición 9:</u>	
	<u>Adición 10:</u>	
Disponibilidades Numeros: <u>389</u>	Registros Presupuestales: <u>0389</u>	
Rubro presupuestal: <u>Adquisición de servicios de salud</u>	CODIGO: <u>4245020903</u>	Fecha Terminación actual: <u>22/06/2023</u>
	Valor Total: <u>\$39.371.736</u>	

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN					
INFORMACION DE ACTIVIDADES					
No. INFORME/CERTIF.	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO	CUMPLIO		ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO	
		SI	NO	SI: X N/A NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada SI: X N/A NO:
2 DE 4	Consultas de primera vez y control de medicina alternativa (36), Terapias de medicina tradicional china "ACUPUNTURA" (151), Terapia Neural (161)	X		Respuesta de imprevistos y Emergencias SI: X N/A NO:	Cumplimiento calidad de la prestación SI: X N/A NO:
		X		Oportunidad de entrega SI: X N/A NO:	Cumplimiento de condiciones contratadas SI: X N/A NO:

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION

Versión: 2
 Fecha de aprobación: 17/06/2018
 Código: 18-02-FO-8007



No.	No. FACTURA O CUENTA DE COBRO	FECHA DE FACTURA O CUENTA DE COBRO	PERIODO FACTURADO	FECHA RADICACION	VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	1	15-03-2023	22/02/23 AL 28/02/23		2,792,000	2,792,000	36,579,736	7%	
2	2	10-04-2023	01/003/23 AL 31/03/23		11,554,000	14,346,000	25,025,736	36%	
TOTAL									
					11,554,000	14,346,000	25,025,736	0%	
					COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICO				

El cumplimiento del objeto contractual, así como el pago de aportes al Sistema Integral de Seguridad Social.

CONCEPTO	EJECUCION DEL CONTRATO
Valor ejecutado	CATORCE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL PESOS
Saldo por ejecutar	VEINTICINCO MILLONES NEINTE Y CINCO MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS
VALOR TOTAL CERTIFICADO	VALOR EN LETRAS
No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO	VALOR EN NÚMEROS
2	\$ 14,346,000
	\$ 25,025,736

VALOR A PAGAR: **13/04/2023**
 FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:
ONCE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL PESOS

ANEXOS: PLANILLA N°6626564, Copia RUT, Certificación bancaria, Relación de actividades

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO
 NOMBRE Y APELLIDOS: **AURA ALEXANDRA MURCIA PEREZ**
 C.C. No.: **1019097974**
 CARGO/PERFIL: **LIDER**
 AREA DE UBICACION: **CAPS PABLO VI**

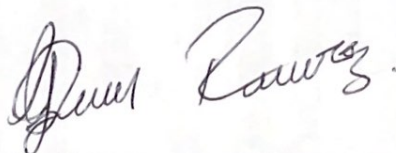
Durante la ejecución del contrato no se ha presentado ningún inconveniente con los Servicios prestados por el contratista, Y hay cumplimiento del objeto del contrato

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DIANA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ
C.C. 52516759 DE BOGOTA

La suma de \$ 11.554.000 Por concepto de: Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO ESPECIALISTA en Medicina Alternativa, durante el periodo de 01 al 31 de Marzo de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°3947 de 2023



DIANA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ
C.C. 525167759
CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA
NUMERO: 19223714741

