ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICACIÓN DE SUPERVISOR

Código:	SDS-FIN-FT-038	Fecha:	16/03/2026	Versión:	8

EL (LOS) SUSCRITO(S) SUPERVISOR(ES)Y/O INTERVENTOR(ES) CERTIFICA(N):

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO/CONVENIO

Número y vigencia del contrato o convenio:	8374552-2025	Oficina, Dirección, Subdirección o Subsecretaría:	Subdirección de Acciones Colectivas / Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas / Subdirección de Vigilancia en Salud Pública / Subdirección de Determinantes en Salud / Subsecretaría de Salud Pública / Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento			
Nombre / razón social del Contratista:	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**	Número de Nit o cédula:	900.958.564-9			
Fecha inicio del contrato o Convenio (Según acta de inicio):	01/10/2025	Fecha terminación Contrato o Convenio (incluidas las prorrogas).	30/06/2027	Pensionado	SI	NO [X]
				Porcentaje de cotización de la ARL		0%
Objeto contractual:	Aunar esfuerzos entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, para realizar actividades de la Gestión del riesgo individual y colectivo en la modalidad extramural de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población a nivel individual, familiar y territorial de los sectores catastrales asignados en el Distrito Capital, en concordancia con las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud, el plan territorial en salud y el modelo de atención en salud "MAS Bienestar".					
FFDS VALOR INICIAL:	$ 51.537.614.465	Cofinanciación Inicial:	$ 1.082.289.904	Valor Total inicial		$ 52.619.904.369
FFDS VALOR FINAL:	$ 52.390.772.896	Cofinanciación Final:	$ 1.082.289.904	Valor Total final		$ 53.473.062.800

Número y valor de las adiciones o reducciones del contrato / convenio:	*ADICIONES*			*REDUCCIONES*		
	No. Consec.	*Fecha Aprobac.*	*Valor*	*No. Consec.*	*Fecha Aprobac.*	*Valor*
	N/A	N/A	$ -			$ -
	N/A	N/A	$ -			$ -
	N/A	N/A	$ -			$ -

Número y tiempo de las prórrogas o disminución de plazo del contrato / convenio :	*PRÓRROGAS*			*DISMINUCIONES*		
	No. Consec.	*Fecha Aprobac.*	*Tiempo*	*No. Consec.*	*Fecha Aprobac.*	*Tiempo*
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Otro tipo de modificaciones contractuales	No. Consec.	Fecha Aprobac.	Concepto	Descripción
	1	03/10/2025	ACLARATORIO No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 8374552 DE 2025	ACLARAR el encabezado del documento "Clausulado Convenio EBEH Sur Secop" en el sentido de indicar que se trata de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. y no de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
	2	24/06/2026	INDEXACION	SOLICITUD AJUSTE EN SECOP- INDEXACION CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR - 8374552-2025, corresponde a la indexación por un valor de OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTOCINCUENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA YUN PESOS M/CTE($853.158.431), en cumplimiento de lo establecido contractualmente y soportadomediante los Certificados de Disponibilidad Presupuestal expedidos para la vigencia 2026.
	N/A	N/A	N/A	

INFORMACION GENERAL DEL PAGO SOLICITADO

Periodo Certificado (Fechas):	*01 de Abril al 30 de Junio 2026*	Porcentaje del pago:		*14%*	
Valor a Cancelar (Letras):	SIETE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS MCTE.	Valor a Cancelar (Números):	$ 7.332.425.851		
Valor ejecutado Acumulado	$ 31.230.679.921	Saldo por ejecutar:	$ 21.160.092.975	Porcentaje de ejecución:	60%
Número de Factura o cuenta de cobro:	9666187		Número de pago:	05	

Número (s) de CDP y registro (s) presupuestal (es) que amparan este pago:	CDP	RP	AÑO	Valor	Fuente de Financiación:
	VER ANEXO CERTIFICACION SDS 2024-007				012 - VF APORTE ORDINARIO 2025 570 - VF SGP S.P. 2025
	SI EL CONTRATO Y/O CONVENIO SUPERA LOS NUMEROS DE ESPACIO ESTABLECIDOS SE SOLICITA ENVIAR UN ANEXO CON LA INFORMACION REQUERIDA CON LA **NOTA - "VER ANEXO"**				

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES PARA EL PAGO E INFORMACION ADICIONAL

*"En calidad de supervisión y/o interventoría, **certificamos que el desembolso solicitado** se encuentra amparado por la programación del PAC mensual, cumpliendo con la normativa vigente para el trámite de pagos. Asimismo, se hace constar que el contratista está al día con sus obligaciones de Seguridad Social Integral y que los soportes de facturación **cumplen con los requisitos legales**. Finalmente, se certifica que se recibieron a satisfacción las actividades, elementos y entregables conforme a los términos y la forma de pago pactados en el contrato o convenio, según el **Manual de Contratación institucional.**"*

¿Se requiere realizar **ENDOSO**?:	*Marcar con una equis (X)*	SI:	X	Cuenta Bancaria	482800057044	*Transcribir el tipo de Cuenta (Ahorros - Corriente)*: AHORROS BANCO DAVIVIENDA
Anexos:	1. Factura 2. Certificado de aportes parafiscales 3. Memorando Solicitud Ajuste Indexacion			Observaciones :	* El valor de giro certificado corresponde al facturado de $7.386.653.120, mas indexacion por valor de $497.675.751,para un total facturado de $7.884.328.871 menos una reserva de glosa del 7% por valor de $551.903.020, para un quinto desembolso por valor total de $7.332.425.851, valor exento de IVA, correspondiente a los aportes del Fondo Financiero Distrital de Salud, aprobado por los supervisores, con la entrega de lo convenido en la clausula sexta-desembolsos y la presentación de la cuenta de cobro y/o factura. La indexacion que se paga es por 7 meses por valor de $497,675,751		

La presente certificación se expide a los: 17/07/2026

JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ
Asesor Despacho Código 105 Grado 07

MARCELA MARTINEZ CONTRERAS
Subdirectora de Acciones Colectivas

	Nombres completos	Firma	Teléfono o Ext.
Referente(s) Técnico(s):	JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ		9102
Referente(s) Financiero(s):	MAURICIO ABELLO RICO / LUIS ALEJANDRO DÍAZ AMAYA	Firmado digitalmente por LUIS ALEJANDRO DÍAZ AMAYA	9102