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:	8373570-2025	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 OCCIDENTE E.S.E**	Número de Nit o cédula:	900.959.048-4			
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 Occidente 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:	$ 49.611.735.831	Cofinanciación Inicial:	$ 1.041.846.452	Valor Total inicial		$ 50.653.582.283
FFDS VALOR FINAL:	$ 50.433.773.327	Cofinanciación Final:	$ 1.041.846.452	Valor Total final		$ 51.475.619.779

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	15/05/206	INDEXACION	SOLICITUD AJUSTE EN SECOP- INDEXACION CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR - 8373570-2025, que corresponde a la indexación por OCHOCIENTOS VEINTIDÓS MILLONES TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($822.037.496), en cumplimiento de lo establecido contractualmente y soportado en los CDP y RP expedidos para la vigencia 2026.
	N/A	N/A	N/A	
	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 SESENTA Y CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS MCTE.	Valor a Cancelar (Números):	$ 7.064.958.568		
Valor ejecutado Acumulado	$ 30.063.017.102	Saldo por ejecutar:	$ 20.370.756.225	Porcentaje de ejecución:	60%
Número de Factura o cuenta de cobro:	7035540	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 satisfacciòn 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	482800056970	*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 $7.117.207.770 mas indexacion por un valor de $479.521.873 para un total facturado por valor de $7.596.729.643,menos una reserva de glosa del 7% por valor de $531.771.075, para un quinto desembolso por valor total de $7.064.958.568, 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 $479.521.873.	

La presente certificación se expide a los: 09*/07/2026*

Firmado digitalmente por Johanna Andrea Torres Ruiz

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	Firmado digitalmente por Johanna Andrea Torres Ruiz	9102
Referente(s) Financiero(s):	MAURICIO ABELLO RICO / LUIS ALEJANDRO DÍAZ AMAYA	Firmado digitalmente por LUIS ALEJANDRO DÍAZ AMAYA	9102