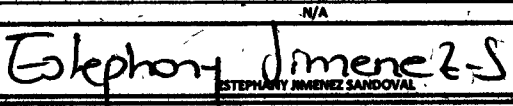


| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.   |                                                                                    |                                       |                                                                     |                                         |                                                 |                                       |                            |                                           |                     |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|---------------------|
| CERTIFICACIÓN DE EJECUCIÓN DE CONTRATOS PROVEEDORES |                                                                                    |                                       |                                                                     |                                         |                                                 |                                       |                            | CO-CBS-FT-12-V3                           |                     |
| Fecha Informe:                                      | 09/10/2020                                                                         |                                       |                                                                     |                                         |                                                 | Consecutivo de Certificación:         | 1                          |                                           |                     |
| TIPO DE INFORME                                     | PARCIAL                                                                            | X                                     | FINAL                                                               |                                         |                                                 | Periodo de la Certificación:          | 01/09/2020 AL 30/09/2020   |                                           |                     |
| 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO                     |                                                                                    |                                       |                                                                     |                                         |                                                 |                                       |                            |                                           |                     |
| Contrato No.:                                       | 6231-2020                                                                          | Contratista:                          | MEDICOX LTDA.                                                       |                                         |                                                 |                                       | Cédula de ciudadanía o NT: | 830142523-0                               |                     |
| Objeto del contrato:                                | SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS Y APOYO TECNOLÓGICO |                                       |                                                                     |                                         |                                                 |                                       |                            |                                           |                     |
| Datos del Contratista                               | Representante Legal:                                                               | NELLY MORALES GONZALES                |                                                                     |                                         |                                                 | Cédula de Ciudadanía:                 | 51.829.794 de Bogotá       |                                           |                     |
|                                                     | Asesor Comercial:                                                                  | BIBIANA VARGAS                        |                                                                     |                                         |                                                 | Teléfono:                             | 3125495                    |                                           |                     |
|                                                     | Dirección:                                                                         | CALLE 66 No. 19- 36 of. 301           |                                                                     |                                         |                                                 | Celular:                              | 3183900535                 |                                           |                     |
|                                                     | E mail:                                                                            | administrativo@medicox.com.co         |                                                                     |                                         |                                                 | Página WEB:                           | 0                          |                                           |                     |
| Datos del Supervisor/Interventor (1)                | Nombres y Apellidos:                                                               | ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL            |                                                                     |                                         |                                                 | Cédula de Ciudadanía:                 | 52953523                   |                                           |                     |
|                                                     | Cargo/ perfil del Supervisor:                                                      | REFERENTE MEDICO QUIRURGICOS          |                                                                     |                                         |                                                 | Área o Dependencia:                   | MEDICO QUIRURGICOS         |                                           |                     |
|                                                     | Dirección:                                                                         | CR 20 47B 35 SUR                      |                                                                     |                                         |                                                 | Teléfono fijo:                        |                            |                                           |                     |
|                                                     | Correo electrónico:                                                                | MEDICOQUIRURGICOS@SUBREDSUR.GOV.CO    |                                                                     |                                         |                                                 | Celular:                              | 3006593051                 |                                           |                     |
| Fecha de Acta de Inicio:                            | 2020-09-01                                                                         |                                       | Fecha Terminación Inicial:                                          | 2020-10-31                              |                                                 | Plazo Inicial:                        | 2 MESES                    |                                           |                     |
| Valor Inicial del Contrato:                         | \$ 56.056 022                                                                      |                                       | CINCUENTA Y SEIS MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL VEINTIDOS PESOS MCTE |                                         |                                                 |                                       |                            |                                           |                     |
| Descripción del Rubro:                              | MATERIAL MEDICO QUIRURGICO                                                         |                                       |                                                                     |                                         |                                                 | Código del Rubro:                     | 321020102                  |                                           |                     |
| Certificado de Disponibilidad Presupuestal No.:     | 971                                                                                |                                       |                                                                     |                                         |                                                 | Fecha de Disponibilidad Presupuestal: | 2020-05-29                 |                                           |                     |
| Certificado de Registro Presupuestal No.:           | 26178                                                                              |                                       |                                                                     |                                         |                                                 | Fecha de Registro Presupuestal:       | 2020-08-24                 |                                           |                     |
| 2. INFORMACIÓN DE ADICIONES REALIZADAS AL CONTRATO  |                                                                                    |                                       |                                                                     |                                         |                                                 |                                       |                            |                                           |                     |
| No. de Adición:                                     | Valor de la Adición:                                                               |                                       | Fecha de suscripción de la Adición:                                 |                                         | Certificado de Disponibilidad Presupuestal No.: | Fecha de la Disponibilidad:           |                            | Certificado de Registro Presupuestal No.: | Fecha del Registro: |
| 1                                                   |                                                                                    |                                       |                                                                     |                                         |                                                 |                                       |                            |                                           |                     |
| 2                                                   |                                                                                    |                                       |                                                                     |                                         |                                                 |                                       |                            |                                           |                     |
| 3                                                   |                                                                                    |                                       |                                                                     |                                         |                                                 |                                       |                            |                                           |                     |
| 4                                                   |                                                                                    |                                       |                                                                     |                                         |                                                 |                                       |                            |                                           |                     |
| 5                                                   |                                                                                    |                                       |                                                                     |                                         |                                                 |                                       |                            |                                           |                     |
| 6                                                   |                                                                                    |                                       |                                                                     |                                         |                                                 |                                       |                            |                                           |                     |
| 7                                                   |                                                                                    |                                       |                                                                     |                                         |                                                 |                                       |                            |                                           |                     |
| 8                                                   |                                                                                    |                                       |                                                                     |                                         |                                                 |                                       |                            |                                           |                     |
| 9                                                   |                                                                                    |                                       |                                                                     |                                         |                                                 |                                       |                            |                                           |                     |
| 10                                                  |                                                                                    |                                       |                                                                     |                                         |                                                 |                                       |                            |                                           |                     |
| 3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS REALIZADAS AL CONTRATO  |                                                                                    |                                       |                                                                     |                                         |                                                 |                                       |                            |                                           |                     |
| No. De Prórroga:                                    | Datos de Prórroga                                                                  |                                       | Fecha de suscripción:                                               |                                         | No. De Prórroga:                                | Datos de Prórroga                     |                            | Fecha de suscripción:                     |                     |
| 1                                                   | Plazo de la Prórroga:                                                              |                                       |                                                                     |                                         | 2                                               | Plazo de la Prórroga:                 |                            |                                           |                     |
|                                                     | Fecha de Inicio:                                                                   |                                       |                                                                     |                                         |                                                 | Fecha de Inicio:                      |                            |                                           |                     |
|                                                     | Fecha de Terminación:                                                              |                                       |                                                                     |                                         |                                                 | Fecha de Terminación:                 |                            |                                           |                     |
| 3                                                   | Plazo de la Prórroga:                                                              |                                       |                                                                     |                                         | 4                                               | Plazo de la Prórroga:                 |                            |                                           |                     |
|                                                     | Fecha de Inicio:                                                                   |                                       |                                                                     |                                         |                                                 | Fecha de Inicio:                      |                            |                                           |                     |
|                                                     | Fecha de Terminación:                                                              |                                       |                                                                     |                                         |                                                 | Fecha de Terminación:                 |                            |                                           |                     |
| 5                                                   | Plazo de la Prórroga:                                                              |                                       |                                                                     |                                         | 6                                               | Plazo de la Prórroga:                 |                            |                                           |                     |
|                                                     | Fecha de Inicio:                                                                   |                                       |                                                                     |                                         |                                                 | Fecha de Inicio:                      |                            |                                           |                     |
|                                                     | Fecha de Terminación:                                                              |                                       |                                                                     |                                         |                                                 | Fecha de Terminación:                 |                            |                                           |                     |
| 7                                                   | Plazo de la Prórroga:                                                              |                                       |                                                                     |                                         | 8                                               | Plazo de la Prórroga:                 |                            |                                           |                     |
|                                                     | Fecha de Inicio:                                                                   |                                       |                                                                     |                                         |                                                 | Fecha de Inicio:                      |                            |                                           |                     |
|                                                     | Fecha de Terminación:                                                              |                                       |                                                                     |                                         |                                                 | Fecha de Terminación:                 |                            |                                           |                     |
| 9                                                   | Plazo de la Prórroga:                                                              |                                       |                                                                     |                                         | 10                                              | Plazo de la Prórroga:                 |                            |                                           |                     |
|                                                     | Fecha de Inicio:                                                                   |                                       |                                                                     |                                         |                                                 | Fecha de Inicio:                      |                            |                                           |                     |
|                                                     | Fecha de Terminación:                                                              |                                       |                                                                     |                                         |                                                 | Fecha de Terminación:                 |                            |                                           |                     |
| 4. EJECUCIÓN DEL CONTRATO                           |                                                                                    |                                       |                                                                     |                                         |                                                 |                                       |                            |                                           |                     |
| Item                                                | Fecha de Factura y/o cuenta de cobro                                               | Número de Factura y/o cuenta de cobro | No entrada almacén                                                  | Valor de la Factura y/o cuenta de cobro | Saldo del contrato                              | No de Orden de Pago                   | Fecha                      | Valor Cancelado                           |                     |
| 1                                                   | 6355                                                                               | 2020-09-08                            | V2000000006587                                                      | \$ 12.907.145                           | \$43.748.877,35                                 |                                       |                            |                                           |                     |
| 2                                                   | 6902                                                                               | 2020-09-23                            | V2000000006658                                                      | \$ 2.976.118                            | \$40.772.759,56                                 |                                       |                            |                                           |                     |

|                        |      |            |                |    |                   |                 |  |  |
|------------------------|------|------------|----------------|----|-------------------|-----------------|--|--|
| 3                      | 7172 | 2020-10-01 | V2000000000711 | \$ | 2,906,852         | \$37,865,907.66 |  |  |
| 4                      | 7805 | 2020-10-13 | V2000000000772 | \$ | 689,892           | \$37,176,015.66 |  |  |
| <b>TOTAL EJECUTADO</b> |      |            |                | \$ | <b>18,880,008</b> |                 |  |  |

|                                    |    |            |                      |    |            |
|------------------------------------|----|------------|----------------------|----|------------|
| <b>3. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL</b> |    |            |                      |    |            |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO :       | \$ | 56,056,022 | VALOR PAGADO :       | \$ | -          |
| VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO :  | \$ | -          | SALDO POR PAGAR :    | \$ | 18,880,008 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO :         | \$ | 56,056,022 | SALDO A REINTEGRAR : |    |            |

|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |  |                                                                       |  |                                                                                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>6. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES (DESCRIBA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE SEAN TANGIBLES, SI NO DECLARE SI SE CUMPLIO A SATISFACCIÓN EL OBJETO CONTRACTUAL)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |  |                                                                       |  |                                                                                                                                    |  |
| 1                                                                                                                                                                              | Entregar mensualmente o según necesidades del servicio los pedidos de dispositivos médicos quirúrgicos solicitados por el área de compras o quien haga sus veces de la Subred en las Cantidades exactas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |  |                                                                       |  |                                                                                                                                    |  |
| 2                                                                                                                                                                              | Cumplir con las especificaciones técnicas oficiales y demás disposiciones vigentes en el Ministerio de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                    |  |                                                                       |  |                                                                                                                                    |  |
| 3                                                                                                                                                                              | Garantizar que la fecha de vencimiento de los dispositivos médicos quirúrgicos a suministrar, no sea inferior al 75% de la vida útil, declarada en el Registro Sanitario, al momento de la recepción técnica del insumo en la sede de la Subred, teniendo en cuenta las condiciones de almacenamiento indicadas para el producto por el fabricante, las cuales deberán ser cumplidas hasta la entrega de los dispositivos médicos quirúrgicos en las diferentes unidades de la Subred. Si es a través de un distribuidor, éste debe garantizar las mismas condiciones de almacenamiento |                                                                    |  |                                                                       |  |                                                                                                                                    |  |
| 4                                                                                                                                                                              | Contar con inventario de dispositivos médicos quirúrgicos objeto del contrato, suficiente y disponible para atender con la oportunidad de los requerimientos de la Subred                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                    |  |                                                                       |  |                                                                                                                                    |  |
| 5                                                                                                                                                                              | Entregar los dispositivos médicos quirúrgicos, para su recepción técnica durante los tres (03) días posteriores al requerimiento realizado por el supervisor del contrato y/o del delegado para tal efecto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |  |                                                                       |  |                                                                                                                                    |  |
| 6                                                                                                                                                                              | Realizar la entrega de los dispositivos médicos quirúrgicos requeridos a cordé con las especificaciones técnicas y cantidades requeridas por el supervisor del contrato y/o su delegado. Se podrán rechazar los lotes que no cumplan con las especificaciones establecidas (DCI, cantidad, calidad, vida útil, integridad del empaque entre otras) y ordenar en otros casos según complete de control de calidad en las entidades que se determinen                                                                                                                                     |                                                                    |  |                                                                       |  |                                                                                                                                    |  |
| <b>Porcentaje de Ejecución</b>                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Oportunidad de Entrega</b>                                      |  | <b>Cumplimiento de calidad en la prestación del servicio / Insumo</b> |  | <b>Por la tanto certifico al recibir la satisfacción de la presente factura y su cumplimiento en cantidad, descripción y valor</b> |  |
| 34%                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |  | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    |  | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                 |  |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |  |                                                                       |  |                                                                                                                                    |  |

|                                                                   |                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>7. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS</b> |                                                                                                                                                                                                        |
| Verificación de pagos de Seguridad Social:                        | CONTRA PARAFISCALES QUE SON ENTREGADOS POR EL PROVEEDOR POR CADA FACTURA QUE RADICA                                                                                                                    |
| Documentos de Soporte:                                            | N/A                                                                                                                                                                                                    |
| Nombre del Supervisor/Interventor (1)                             | <div style="text-align: center;"> <br/> <b>Elephory Jimenez</b><br/> <small>STEPHANY JIMENEZ SANDOVAL</small> </div> |