ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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 Certiriación**	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	6236-2020	**Contratista**	UCIPHARMA	**Cédula de ciudadanía o NIT:**	830070192-6
Objeto del contrato	SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS Y APOYO TECNOLOGICO.				
Datos del Contratista	**Representante Legal**	JOSE RAUL DURAN ECHANDIA		**Cedula de Ciudadanía:**	19 425 741 de Bogotá
	Asesor Comercial:	0		**Teléfono:**	7447300
	Dirección:	TRANSVERSAL 23 #93-23		**Celular.**	3102284658
	E mail.	CIAC UCIPHARMA@GRUPOAMAREY.COM		**Página WEB:**	WWW GRUPOAMAREY COM
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
Feha de Acta de Inicio	2020-09-01	**Fecha Terminación Inicial**	2020-10-31	**Plazo Inicial:**	2 MESES
Valor Inicial del Contato:	$ 48 214 148	CUARENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS CATORCE MIL CIENTO CUARENTA Y OCHO 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	26215		**Fecha de Registro Presupuestal.**	2020-08-28	

2. INFORMACIÓN DE ADICIONES REALIZADAS AL CONTRATO

No de Adicion.	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 Proóroga	**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.**	
No. De Proóroga:	**Datos de Prórroga**		**Fecha de suscripción:**		**No. De Prórroga:**	**Datos de Prórroga**	**Fecha de suscripción:**
3	**Plazo de la Prórroga**				4	**Plazo de la Prórroga:**	
	Fecha de inicio.					**Fecha de inicio:**	
	Fecha de Terminación					**Fecha de Terminación:**	
No. De Proóroga	**Datos de Prórroga**		**Fecha de suscripción**		**No. De Prórroga:**	**Datos de Prórroga**	**Fecha de suscripción**
5	**Plazo de la Prórroga**				6	**Plazo de la Prórroga**	
	Fecha de inicio					**Fecha de inicio.**	
	Fecha de Terminación:					**Fecha de Terminación:**	
No De Proóroga	**Datos de Prórroga**		**Fecha de suscripción**		**No. De Prórroga:**	**Datos de Prórroga**	**Fecha de suscripción**
7	**Plazo de la Prórroga:**				8	**Plazo de la Prórroga:**	
	Fecha de inicio:					**Fecha de inicio.**	
	Fecha de Terminación:					**Fecha de Terminación**	
No. De Proóroga:	**Datos de Prórroga**		**Fecha de suscripción.**		**No. De Prórroga:**	**Datos de Prórroga**	**Fecha de suscripción**
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	10528	2020-09-04	VZ000000006575	$ 4 147 920	$44 066 228,00			
2	10584	2020-09-10	VZ000000006598	$ 8 290 000	$35 776 228,00			
3	10759	2020-09-23	VZ000000006688	$ 6 037 942	$29 738 286,00			

4	10825	2020-09-30	VZ000000006704	$ 980 000	$28 758 286,00			
TOTAL EJECUTADO				$ 19.455 862				

5 INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO :	$ 48.214 148	VALOR PAGADO :	$ -
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO :	$ -	SALDO POR PAGAR :	$ 19 455 862
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	$ 48 214 148	SALDO A REINTREGRAR :	

6 CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES (DESCRIBA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE SEAN TANGIBLES, SINO DECLARE SI SE CUMPLIO A SATISFACCIÓN EL OBJETO CONTRACTUAL)

1	Entregar mensualmente o segun necesidades del servicio los pedidos de dispositivos medico quirurgicos solicitados por el área de compras o quien haga sus veces de las subred en las Cantidades exactas
2	Cumplir con las especificaciones tecnicas oficiales y demas disposiciones vigentes en el Ministerio de Salud
3	Garantizar que la fecha de vencimiento de los dispositivos medico quirurgicos a suministrar, no sea inferior al 75% de la vida util, declarada en el Registro Sanitario, al momento de la recepcion tecnica del insumo en la sede de la Subred, teniendoen cuenta las condiciones de almacenamiento indicadas para el producto por el fabricante, las cuales deberán ser cumplidas hasta la entrega de los dispositivos medico quirurgicos en las diferentes unidades de la Subred SI es a traves de un distribuidor, este debe garantizar las mismas condiciones de almacenamiento
4	Contar con inventario de dispositivos medico quirurgico objeto del contrato, suficiente y disponible para atender con la oportunidad de los requerimientos de la Subred
5	Entregar los dispositivos medico quirurgicos, para su recepcion tecnica durante los tres (03) dias posteriores al requerimiento realizado por el supervisor del contrato y/o del delegado para tal efecto
6	Realizar la entrega de los dispositivos medico quirurgico requeridos a corde con las especificaciones tecnicas 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 util, integridad del embalaje entre otras) y ordenar en otros casis analisis completos de control de calidad en las entidades que se determinens

Porcentaje de Ejecución	Oportunidad de Entrega		Cumplimiente de calidad en la prestación del servicio / insume		Por lo tanto certifico el recibido a satisfacción de la presente factura y su cumplimiento en cantidad, descripción y valor	
40%	si X	no	si X	no	si X	no

OBSERVACIONES.	

7 INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

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)	Estephany Jimenez. S ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL
Nombre del Supervisor/Interventor (2)	

15 OCT 2020
11.21.