ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA	CO-CBS-FT-12 V5

FECHA:	2021-MAYO		
INFORME PARCIAL	X	INFORME FINAL	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO:	4344 DEL 2021	CONTRATISTA:	DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S.	CEDULA DE CIUDADANIA O NIT:	900.332.426 - 3
Objeto del Contrato:		"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CON DESTINO A LAS SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E ADSCRITAS A LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ D.C"			
DATOS DEL CONTRATISTA:		REPRESENTANTE LEGAL:	LUPERLY SAPOGAL MARTINEZ	CEDULA DE CIUDADANIA:	24.580.608
		ASESOR COMERCIAL:		TELÉFONO:	3560977
		DIRECCIÓN:	CR 19 120 71 OF 515 BOGOTA D.C.	CELULAR:	316 8786621
		E-MAIL:	gerenciacomercial@sicmafarma.com	PAGINA WEB:	
DATOS DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR: (Diligenciar los que aplique, ingresar filas en caso que se requiera. Ocultar filas en caso de no diligenciarlas)		NOMBRES Y APELLIDOS:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	CEDULA DE CIUDADANIA:	24.718.057
		CARGO/PERFIL DEL SUPERVISOR:	DIRECTORA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	AREA O DEPENDENCIA:	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
		DIRECCIÓN:	Carrera 20 # 47B – 35 SUR	TELÉFONO FIJO:	7300000
		CORREO ELECTRÓNICO:	DIR.COMPLEMENTARIOS@SUBREDSUR.GOV.CO	CELULAR:	3132628447
		NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION	FRANCY YAMELY DOMINGUEZ SALAZAR	CEDULA DE CIUDADANIA:	52272090
		CARGO/PERFIL	PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV	AREA O DEPENDENCIA:	FARMACIA

FECHA ACTA DE INICIO:	13/04/2021	FECHA DE TERMINACION INICIAL:	12/07/2021	PLAZO INICIAL:	3 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	2.755.602	VALOR INICIAL EN LETRAS:	DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS DOS PESOS M/CTE		
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:	MEDICAMENTOS			CÓDIGO DEL RUBRO:	421501030101
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:	323			FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	04/02/2021
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:	18966			FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	31/03/2021

2. INFORMACIÓN DE ADICIONES REALIZADAS AL CONTRATO

N° DE ADICIÓN	VALOR DE LA ADICIÓN	FECHA SUSCRIPCIÓN DE LA ADICIÓN:	N° CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	FECHA DE LA DISPONIBILIDAD:	CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL N°:	FECHA DEL REGISTRO:	CODIGO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL:
1							

3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS O SUSPENSIONES REALIZADAS AL CONTRATO

N°	PRORROGA / SUSPENSION	PLAZO	FECHA DE SUSCRIPCION	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
1					

4. OTRAS NOVEDADES CONTRACTUALES

N°	OTRO SI No (Aclaratorio, inclusion, Exclusion)	CONSIDERACION DEL OTRO SI	FECHA DE SUSCRIPCION DEL OTRO SI
1			

5. EJECUCIÓN DEL CONTRATO incluidas las facturas a certificar

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA	CO-CBS-FT-12 V5

FECHA:		2021-MAYO						
ÍTEM	FECHA DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO	NÚMERO DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO	N° ENTRADA ALMACÉN	VALOR DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO	SALDO DEL CONTRATO	N° ORDEN DE PAGO	FECHA ORDEN DE PAGO	VALOR CANCELADO
1	23/04/2021	57921	4-5982	1.000.000	1.755.602	NO SE HAN REALIZADO PAGOS A LA FECHA.		-
TOTAL EJECUTADO:				1.000.000	1.755.602			

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	2.755.602	VALOR PAGADO:	-
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	-	SALDO POR PAGAR:	1.000.000
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	2.755.602	SALDO A REINTEGRAR:	-

7. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DECLARE SI SE CUMPLIO A SATISFACCIÓN EL OBJETO CONTRACTUAL)

No.	OBLIGACION	CUMPLIMIENTO SI/NO	EMITE SU CONCEPTO EN EL CASO DE PRESENTAR ALGUNA DIFICULTAD	SOPORTE DE VERIFICACION
1	Garantizar con sus propios recursos el suministro y disponibilidad de forma continua y permanente de los medicamentos requeridos por las Subredes Integradas de Servicios de Salud del Distrito Capital, durante el término que estipule el plazo de ejecución del presente contrato.	SI CUMPLE	NO APLICA	FACTURAS, ORDENES DE COMPRA.
2	Entregar los medicamentos que sean solicitados por cada una de las Subredes Integradas de Servicios de Salud del Distrito Capital, según las características técnicas establecidas en las FICHAS TECNICAS de los medicamentos	SI CUMPLE	NO APLICA	FACTURAS, ORDENES DE COMPRA.
3	Garantizar en todos los casos la reposición de los medicamentos teniendo en cuenta las solicitudes del supervisor del contrato o de quien reciba los medicamentos, sin que lo anterior genere costos adicionales para las subredes.	NO HA SIDO REQUERIDO	NO HA SIDO REQUERIDO	NO HA SIDO REQUERIDO
4	Garantizar durante el plazo de ejecución del contrato la entrega de los medicamentos conforme solicitud en los puntos de las subredes de acuerdo con el requerimiento del supervisor.	SI CUMPLE	NINGUNA	FACTURAS, ORDENES DE COMPRA.
5	Informar periódicamente los lugares y los sitios de almacenaje y la relación del inventario de sus equipos, los cuales al finalizar el contrato deberá, a costo propio, retirar de las instalaciones de las Subredes Integradas de Salud del Distrito Capital (SISS), el proveedor será en todo momento propietario y responsable de los medios tecnológicos y de la infraestructura necesaria para el "SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CON DESTINO A LAS SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E ADSCRITAS A LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ D.C".	NO HA SIDO REQUERIDO	NO HA SIDO REQUERIDO	NO HA SIDO REQUERIDO
6	Dar cumplimiento a la normatividad ambiental y sanitaria vigente en materia de vertimientos, residuos sólidos y peligrosos, medición y control de ruido ocupacional y ambiental, materia de agua potable, ahorro y uso eficiente de la misma y sobre la utilización de insumos biodegradables.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
7	Presentar las fichas técnicas de los medicamentos y protocolos documentados para la utilización de los medicamentos cuando se requieran.	DOCUMENTOS EN EL AREA DE CONTRATACION	DOCUMENTOS EN EL AREA DE CONTRATACION	DOCUMENTOS EN EL AREA DE CONTRATACION
8	Presentar los protocolos de manejo clínico de medicamentos cuando así los requiera el supervisor del contrato.	NO HA SIDO REQUERIDO	NO HA SIDO REQUERIDO	NO HA SIDO REQUERIDO
9	Entregar los medicamentos correctamente envasados y embalados de forma tal que se garantice las condiciones óptimas de calidad de los mismos.	SI CUMPLE	NO APLICA	FACTURAS, ORDENES DE COMPRA, RECEPCIONES TECNICAS.
10	Garantizar que el vehículo de transporte de los medicamentos cumpla con las normas de bioseguridad requeridas y la normatividad vigente para el transporte de medicamentos, de ser necesario el supervisor del contrato podrá solicitar copia del acta de Inspección Sanitaria emitida por la Secretaria Distrital de Salud o Departamental.	NO HA SIDO REQUERIDO	NO APLICA	AL MOMENTO NO SE HA REQUERIDO.
11	Cambio por vencimiento y/o vida útil de productos: Manifestación expresa firmada por el representante legal en la cual se establece que la fecha de vencimiento de los medicamentos no podrán ser inferior a dos (2) años ó el 75% de la vida útil, declarada en el registro sanitario, al momento de la recepción técnica del mismo en la institución; así mismo, el proveedor se comprometerá a cambiar los medicamentos cuya fecha de expiración sea menor a seis (6) meses, dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de notificación, aun cuando los contratos celebrados con la Subredes cumplan su vigencia y/o vencimiento.	NO HA SIDO REQUERIDO	NO HA SIDO REQUERIDO	NO HA SIDO REQUERIDO
12	Deberá mantener los precios mínimos por un año, es decir se obliga a mantener la oferta económica mínima durante un año contado desde la firma del acta de inicio del contrato.	SI CUMPLE	NO APLICA	FACTURAS, ORDENES DE COMPRA.
13	Las demás asignadas inherentes al objeto contractual.	NO HA SIDO REQUERIDO	NO HA SIDO REQUERIDO	NO HA SIDO REQUERIDO

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA	CO-CBS-FT-12 V5

FECHA:	2021-MAYO		
OBSERVACIONES:		PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	36,29%

8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

VERIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Planillas/ Ceritifcación por parte de Revisor Fiscal /Contador ESPECIFICANDO EL MES	PARAFISCALES ADJUNTO A CADA FACTURA					
FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN			ANEXOS (CD)	0	FECHA:	
FIRMA DEL SUPERVISOR			TOTAL FOLIOS	0	FECHA:	
NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RECIBE EL INFORME	Yuzdary Mor	CARGO/PERFIL	Aux Admon	FIRMA	FECHA:	

05 JUN 2021
839