# INFORME DE SUPERVISION

## CONTRATO N°20200417

Nit. 890706833-9

| | |
|---|---|
| **CONTRATANTE:** | HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA E.S.E. |
| **CONTRATISTA:** | **MEDIHEALTH DE COLOMBIA SAS** |
| **NIT:** | 900.298.567-8 |
| **TIPO DE CONTRATO:** | SUMINISTRO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE SUSCRIPCION:** | 04-ago-2020 | | |
| **FECHA DE INICIO:** | 10-ago-2020 | | |
| **FECHA DE TERMINACION:** | 09-feb-2021 | | |
| **TIEMPO DE EJECUCION:** | **Seis (6) meses** CONTADOS A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN. (Expedición Registro presupuestal y aprobación de la póliza de garantía). | | |
| **VALOR DEL CONTRATO:** | | **INICIAL** | **$ 3.435.000,00** |
| | | **ADICION 01** | **$ 0,00** |
| | | **TOTAL** | **$ 3.435.000,00** |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | ADQUIRIR MEDIANTE SUMINISTRO LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS LISTADOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA E.S.E. | | |

| **NOMBRE DEL SUPERVISOR (A):** | **CARGO:** |
|---|---|
| MARA DEL CARMEN JULIO GONZALEZ | PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD - QUIMICA FARMACEUTICA |

| **FECHA INICIAL A CERTIFICAR:** | **FECHA FINAL A CERTIFICAR** |
|---|---|
| 01-sep-2020 | 30-sep-2020 |

La Profesional Universitaria Área Salud Química Farmacéutica en calidad de supervisora del contrato **N°20200417** del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibague Tolima certifica que **MEDIHEALTH DE COLOMBIA S.A.S.** cumplió con el objeto contractual y las obligaciones particulares del contratista detalladas a continuación para la ejecución del contrato durante el mes a certificar:

| **OBLIGACIONES CONTRACTUALES** |
|---|
| Entregar los dispositivos médicos mediante suministro y conforme a las especificaciones técnicas estipuladas en el Análisis de Conveniencia y Oportunidad, cumpliendo con la legislación sanitaria vigente en la materia |
| Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato dentro del plazo entrega expresamente fijado por el Hospital en las condiciones básicas, con estricta sujeción a las especificaciones, a los requisitos técnicos establecidos, a las cantidades, marca y precio ofertado |
| Recibir por parte del servicio farmacéutico del Hospital el 100% de los dispositivos médicos solicitados mediante suministro, dentro de los dos (2) días siguientes a las solicitudes, se resalta que la primera entrega se realizara dentro de los dos (2) días siguientes a la notificación de la aprobación de las garantías exigidas por el Hospital y en los valores aprobados, sin embargo; el contrato no especificara cantidades únicamente código, descripción del producto, presentación, valor unitario, v/iva, unitario+iva, marca y/o laboratorio fabricante. |
| Los dispositivos médicos se deben entregar en las instalaciones del hospital con la (s) factura (s) correspondientes, en el tiempo estipulado a partir de la solicitud del supervisor del contrato y/o el designado además como soporte de cada entrega se debe enviar en el mismo día en que se realiza la solicitud del pedido y a través del correo electrónico farmacia@hflleras.gov.co el registro de lo que entregarán, dicho formato será el mismo del pedido y la consolidación deberá ser lo solicitado (servicio farmacéutico) menos lo próximo a entregar en el término de dos (2) días; el resultado de la operación será en cero y en una sola vez (Una entrega) por cada pedido, esta actividad se realizará como soporte de cada entrega. La existencia de este documento se utilizará como criterio de evaluación de proveedores y el cumplimiento de este será criterio a tener en cuenta en la supervisión del contrato. |
| Cambiar dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la notificación por parte del hospital de las unidades del dispositivo médico o insumo objeto del presente contrato, que fueron rechazadas durante el proceso de recepción técnica. |
| Cambiar dentro de los dos (2) días siguientes a la notificación por parte del programa de Tecnovigilancia del Hospital, de los posibles fallos de calidad del dispositivo médico, previo análisis y conclusión de este por parte de la institución y en el caso de no obtener respuesta y/o de no efectuarse dicho cambio se realizará nota crédito a favor del Hospital. |
| Notificar y ofrecer una alternativa del dispositivo médico para la toma de decisión por parte del Hospital en los casos en que se presente desabastecimiento a nivel nacional o en el caso en que el laboratorio fabricante entre en backorder de producción, estas alternativas no podrán modificar el costo del producto facturado y la oportunidad en la entrega; esta comunicación se debe realizar con 15 días antes a la próxima solicitud del Hospital, las alternativas planteadas deben ser viables para las partes y por ningún motivo podrán notificar este tipo de novedades al hospital justo durante la entrega o en tiempo menor al establecido. |
| La fecha de vencimiento de los dispositivos médicos no podrá ser inferior a dos (2) años o el 75% de la vida útil otorgada en el Registro Sanitario al momento de la recepción técnica de los dispositivos médicos en las instalaciones del Hospital. |

# INFORME DE SUPERVISION

## CONTRATO N°20200417

Nit. 890706833-9

El contratista se compromete a realizar el cambio directamente en las instalaciones del Hospital de los dispositivos médicos cuya fecha de expiración sea menor a seis (6) meses, dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de notificación, aun cuando los contratos celebrados con el hospital cumplan su vigencia y/o vencimiento y bajo ninguna circunstancia esta actividad de cambio de dispositivos médicos próximos a vencer le implicara un sobre costo a la institución, además la fecha de vencimiento de los dispositivos médicos entregados por rotación de próximos a vencer no podrá ser inferior al 75% de la vida útil otorgada en el Registro Sanitario al momento de la recepción técnica del producto en las instalaciones de la institución.

En casos excepcionales en que se de urgencia manifiesta para la atención de uno a varios pacientes o que se supere el techo de rotación histórica de consumo de los dispositivos médicos, el supervisor designado se reserva la decisión de recibir los dispositivos médicos con fecha inferior doce (12) meses, en cuyo caso el dispositivo médico se recibirá con documento oficial donde el contratista describe su compromiso para el respectivo cambio tres (3) meses antes de la fecha de expiración de los dispositivos médicos.

En la eventualidad que se presente un caso fortuito o de fuerza mayor y que no le permita al Contratista hacer entrega de los dispositivos médicos dentro del plazo previsto, este lo deberá informar de manera inmediata por escrito y con antelación al Hospital, adjuntando las pruebas y soportes del caso, expresando las razones, circunstancias o motivos que conllevan a tal situación.

El contratista se compromete a realizar entrega total de los dispositivos médicos solicitados por el Hospital mediante pedido periódico, solo se aceptará un pedido incompleto bajo las circunstancias descritas en caso fortuito o de fuerza mayor porque aun en los casos de posible desabastecimiento el contratista realizará gestión previsiva y efectiva para que el posible faltante quede superado al momento de la entrega de los dispositivos médicos al Hospital.

El contratista se compromete a hacer allegar copia del Registro Sanitario de los dispositivos médicos que se encuentren en trámite de renovación por parte del laboratorio fabricante posterior a la emisión por parte del INVIMA como Registro Sanitario vigente.

Atender todos los requerimientos y solicitudes realizadas por el Supervisor del contrato.

Dar cumplimiento al programa de Tecnovigilancia según Resolución N° 4816 del 2008 del INVIMA.

Informar a la Entidad contratante cualquier cambio en su condición como Proveedor, bien sea cambios de nombre, ser parte de fusiones o adquisiciones o reorganizaciones empresariales o cambio de domicilio.

Concurrir a la liquidación del contrato mediante la suscripción del correspondiente acto administrativo por sí o por medio de su delegado debidamente autorizado.

En caso de urgencia manifiesta el supervisor designado podrá solicitar los dispositivos médicos al proveedor a través de remisiones y en el término de 3 días hábiles después de realizada la entrega en las instalaciones del Hospital, el contratista deberá allegar la factura correspondiente.

Entregar al Hospital, cualquier información relacionada con la ejecución del contrato de acuerdo a las solicitudes realizadas por el supervisor designado.

Permitir la entrada en las instalaciones del laboratorio fabricante o del Distribuidor al personal autorizado y debidamente identificado previa información sobre la visita para el proceso de evaluación de proveedores del Hospital.

Constituir dentro de los dos (2) días hábiles al perfeccionamiento del contrato y a favor del Hospital la Garantía Única en los términos definidos, teniendo en cuenta que cubra los riesgos en las cuantías y vigencias, en el caso de la Garantía de Calidad y Correcto Funcionamiento de los Bienes, el termino de duración será la del contrato más la vigencia igual a la vida útil de los dispositivos médicos (“2 años o el 75% de la vida útil otorgada en el Registro Sanitario al momento de la recepción técnica del producto en las instalaciones de la institución”).

**APROPIACION PRESUPUESTAL CONTRATO INICIAL:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No. | 1349 | FECHA | 09-jun-2020 | VALOR: | $ 387.214.210,00 |
| CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL No. | 3541 | FECHA | 05-ago-2020 | VALOR: | $ 3.435.000,00 |

**APROPIACION PRESUPUESTAL CONTRATO ADICION 01**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No. | N/A | FECHA | N/A | VALOR: | $ 0,00 |
| CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL No. | N/A | FECHA | N/A | VALOR: | $ 0,00 |

**PRODUCTOS INCLUIDOS EN EL CONTRATO Y SOLICITADOS DURANTE EL MES A CERTIFICAR**

| CODIGO INTERNO | DESCRIPCION DISPOSITIVO MEDICO | PRESENT. | PEDIDO | ENTREGA | PENDIENTE | V/UNITARIO | V/IVA | V/UNITARIO + iva | % DE CUMPLIMIENTO | NIVEL DE CUMPLIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | ALTO | MEDIO | BAJO |
| 151802020815 | APOSITO DE COMPRESION TIPO BOTA EN ROLLO DE GASA CON CALAMINA Y OXIDO DE ZINC 10.16cm x 10m | Und | 10 | 10 | 0 | 27.500 | - | 27.500 | 100% | X | | |
| 151890021249 | CAMARA DE HOOD CEFALICA MEDIANA - OTRA | Und | 3 | 3 | 0 | 162.000 | - | 162.000 | 100% | X | | |
| 151802020816 | CUELLO ORTOPEDICO PEDIATRICO INMOVILIZACION AUTOAJUSTABLE | Und | 2 | 2 | 0 | 33.000 | - | 33.000 | 100% | X | | |

# INFORME DE SUPERVISION

## CONTRATO N°20200417

Nit. 890706833-9

**INFORME FINANCIERO (FACTURAS-NC-ND):***

| CONCEPTO | CRP N°3541 | CRP XXXX | CRP N° XXXX | CRP N° XXXX | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR CONTRATO INICIAL** | **3.435.000** | | | | **3.435.000** |
| Menos factura FVE 1525 del 17-09-2020 | 486.000 | | | | |
| Menos factura FVE 1556 del 22-09-2020 | 66.000 | | | | |
| Menos factura FVE 1597 del 29-09-2020 | 275.000 | | | | |
| **VALOR APROPIADO CONTRATO INICIAL** | **827.000** | **-** | **-** | **-** | **827.000** |
| **SALDO PENDIENTE x EJECUTAR CONT. INICIAL** | | **-** | **-** | **-** | **2.608.000** |

*** NC: Nota Credito, ND: Nota Debito**

Que los productos entregados con las facturas antes detalladas fueron recibidos mediante acta de Recepción Técnica, los cuales cumplen con las especificaciones técnicas, de calidad y las fechas de vencimiento establecidas por la institución.

**Nota: Relacionar las novedades presentadas con POLITICAS DE DEVOLUCION Y/O CAMBIO**

Durante el mes a certificar, **NO** se recibieron dispositivos medicos con fecha inferior a dos (2) años o el 75% de vida útil declarada en el registro sanitario contados a partir de la fecha de entrega en el hospital.

| N° DE FACTURA Y FECHA | COD. HOSPITAL | PRODUCTO | CANT. | F. VCTO | LOTE |
|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

**EJECUCION FINANCIERA:**

| NUMERO Y FECHA DE FACTURA | VALOR | N° PAGO | FECHA DE PAGO | VALOR CANCELADO | % EJECUCION CONTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| FVE 1525 del 17-09-2020 | 486.000 | N/A | N/A | 0 | 24% |
| FVE 1556 del 22-09-2020 | 66.000 | N/A | N/A | 0 | |
| FVE 1597 del 29-09-2020 | 275.000 | N/A | N/A | 0 | |
| **TOTAL FACTURADO** | **827.000** | | | | |

**MODIFICACIONES AL CONTRATO**

| TIPO | NUMERO | PLAZO | FECHA INICIO | FECHA FINAL | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| PRORROGA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| MODIFICACION | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

**ADICIONES AL CONTRATO**

| N° ADICION | FECHA ADICION | VALOR CONTRATO | VALOR ADICION | % ADICION | VALOR FINAL DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | 3.435.000 | - | 0% | 3.435.000 |

**INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA O PROBLEMAS EN LA EJECUCIÓN ATRIBUIBLES AL CONTRATISTA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Se recomienda iniciar proceso de incumplimiento | NO | **MOTIVO** | |

**OBSERVACIONES GENERALES DURANTE EL PERIODO CERTIFICADO**

•Proveedor entregó los productos de acuerdo al pedido realizado por la Regente de Farmacia, con autorización del supervisor del contrato.

Para constancia de lo anterior firma en la ciudad de Ibagué Tolima la Profesional Universitario Química Farmacéutica del Hospital Federico Lleras Acosta, supervisora del contrato, el 04 de octubre de 2020.

**MARA DEL CARMEN JULIO GONZALEZ**
Supervisora Contrato