| | INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA | CO-CBS-FT-12 V5 |
|---|---|---|
| FECHA: | Septiembre 09 de 2022 | |

| INFORME PARCIAL | X | INFORME FINAL | |
|---|---|---|---|

## 1 DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No DE CONTRATO: | 6543-2022 | CONTRATISTA. | UCIPHARMA S.A. | CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT | 830070192-6 |
| OBJETO | SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS CON APOYO TECNOLÓGICO PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E S E | | | | |
| DATOS DEL CONTRATISTA: | REPRESENTANTE LEGAL | JOSE RAUL DURANECHANDIA | | CÉDULA DE CIUDADANÍA: | 19425741 |
| | ASESOR COMERCIAL. | CAROLINA CACERES | | TELÉFONO: | 7447300 |
| | DIRECCIÓN | TRANSVERSAL 23 #93-23 | | CELULAR. | 3102284658 |
| | E-MAIL: | CIAC UCIPHARMA@GRUPOAMAREY.COM | | PÁGINA WEB. | WWW GRUPOAMAREY COM |
| 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: | ROSARIO VILLOTA BASTIDAS | | CÉDULA DE CIUDADANÍA. | 27203559 |
| | CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR | SUPERVISOR ADMINISTRATIVO ( E ) | | ÁREA O DEPENDENCIA. | ALMACEN MEDICO QUIRURGICOS |
| | DIRECCIÓN: | CR 20 47B 35 SUR | | TELÉFONO FIJO | 0 |
| | CORREO ELECTRÓNICO | gestionsuministros@subredsur gov co | | CELULAR: | 3162921353 |
| | NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION | ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL | | CÉDULA DE CIUDADANÍA. | 52953523 |
| | CARGO/PERFIL | APOYO TECNICO A LA SUPERVISION | | ÁREA O DEPENDENCIA. | ALMACEN MEDICO QUIRURGICOS |
| | CORREO ELECTRÓNICO: | comprasmedicoquirurgicos@subredsur gov co | | CELULAR. | 3006593051 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA ACTA DE INICIO: | 2022-08-01 | FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL: | 2022-08-31 | PLAZO INICIAL: | 1 Mes |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 48.279.741 | VALOR INICIAL EN LETRAS. | CUARENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y UN PESOS MCTE | | |
| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO. | MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS | | CÓDIGO DEL RUBRO. | | 4245010401 |
| DESCRIPCION DEL RUBRO (Si aplica para dos rubros) | N/A | | CÓDIGO DEL RUBRO: | | N/A |
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: | 1377 | | FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: | | 2022-05-03 |
| CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N° | 21945 | | FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL: | | 2022-07-18 |

## 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. | CÓDIGO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 51 913.700 | 2022-08-19 | 2300 | 2022-08-19 | 26047 | 2022-08-22 | 4245010401 |

## 3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIONES REALIZADAS AL CONTRATO

| N° | PRORROGA / SUSPENSIDN | PLAZO | FECHA DE SUSCRIPCIÓN | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | PRORROGA | 1 Mes | 2022-08-19 | 2022-09-01 | 30/09/2022 |

## 4. OTRAS NOVEDAES CONTRACTUALES

| N° | OTRO SI Tipo / Aclaratorio | CONSIDERACION DEL OTRO SI | FECHA DE SUSCRIPCION DEL OTRO SI |
|---|---|---|---|
| 1 | #N/D | #N/D | #N/D |

## 5. EJECUCIÓN DEL CONTRATO incluídas las facturas a certificar

| ÍTEM | FECHA DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO | NUMERO 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 | 2022-08-02 | 23350 | VZ000000010894 | $ 20 765 500 | $ 27 514 241 | | | |
| 2 | 2022-08-05 | 23439 | VZ000000010960 | $ 10 382.750 | $ 17.131 491 | | | |
| 3 | 2022-08 10 | 23567 | VZ000000010979 | $ 15 574 125 | $ 1 557 366 | | | |
| 4 | 2022-08 22 | 23830 | VZ000000010980 | $ 1.038.275 | $ 519.091 | | | |
| 5 | 2022-08 24 | 23886 | VZ000000010998 | $ 18.169.813 | $ 34.262 978 | | | |
| 6 | 2022-08-30 | 80345690 | VZ100000003306 | $ 25 956 875 | $ 8 306.103 | | | |
| TOTAL EJECUTADO | | | | $ 91.887.338 | | | | $ - |

## 6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 48.279.741 | VALOR PAGADO. | $ - |
| VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO. | $ 51.913.700 | SALDO POR PAGAR : | $ 91 887.338 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO : | $ 100.193.441 | SALDO A REINTEGRAR | |

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

| No. | OBLIGACIÓN | CUMPLIMIENTO SI/NO | EMITE SU CONCEPTO EN EL CASO DE PRESENTAR ALGUNA DIFICULTAD | SOPORTE DE VERIFICACIÓN VS UBICACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Cumplir con el objeto contractual pactado, de conformidad con la invitacion a Cotizar del presente proceso | Si | | |

| | INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA | | | CO-CBS-FT-12 V5 |
|---|---|---|---|---|
| FECHA: | Septiembre 09 de 2022 | | | |
| 2 | Realizar la entrega de los insumos y dispositivos médicos quirurgicos con factura original y tres copias, certificacion de pago de aportes a seguridad social y contribuciones parafiscales en la fecha, lugar y hora establecido por el Supervisor del Contrato, cumpliendo con el suministro y con las caracteristicas técnicas y calidad contratadas Así como también realizar la entrega en el embalaje correspondiente de acuerdo al tipo de producto y recomendaciones del fabricante e identificando el nombre del producto, cantidad, unidad de medida, lote y fecha de vencimiento, Registro INVIMA | Si | | |
| 3 | Entregar los insumos con una vigencia no inferior a dos (2) años en caso de que al momento de la entrega tenga una vigencia inferior, se debe adjuntar carta de compromiso de cambio debidamente suscrita por el Representante Legal | Si | | |
| 4 | Realizar los cambios que sean necesarios cuando los insumos o dispositivos medico quirurgicos no cumplan con los criterios de calidad, referencia, presentación y condiciones técnicas requeridas en un tiempo no mayor a veinticuatro (24) horas siguientes a la notificación del hecho, así como también garantizar el cambio del insumo que llegase a presentar evento adverso, posterior al seguimiento y confirmación por parte del Contratista, para lo cual se deberá suministrar por escrito toda la información técnica del nuevo fabricante que será evaluado y aprobado por el supervisor del contrato | Si | | |
| 5 | Garantizar la entrega de toda la información que le sea solicitada en relación con la ejecución del contrato, facilitando el acceso a sus instalaciones y vehículos de ser necesario, para efectuar las pruebas o verificaciones que sean del caso. | SI | | |
| 6 | Garantizar el desarrollo de las actividades de control y vigilancia contractual que ejerza la Subred Sur a través del personal idóneo que ésta designe | SI | | |
| 7 | Informar el cambio de Registro Sanitario en caso de vencimiento durante la vigencia del contrato (SI aplica) | SI | | |
| 8 | Realizar la identificación, inventario, recolección y reposición de los insumos médico quirurgicos que hayan sido requeridos por el INVIMA mediante alerta sanitaria en un término no mayor a cuarenta y ocho (48) horas | SI | | |
| 9 | Garantizar el adecuado almacenamiento, disposición, conservación y distribución de los insumos solicitados por el supervisor del contrato, según la normatividad vigente para la materia prima, producción, controles de calidad y producto final. | SI | | |
| 10 | Garantizar que dispone en sus bodegas del stock necesario para atender las solicitudes de pedidos de los insumos medico quirurgicos requeridos objetos del contrato. | SI | | |
| 11 | Entregar insumos certificados por el INVIMA y producidos por laboratorios con BPM | SI | | |
| 12 | En el caso que los insumos presenten eventos de seguridad, el contratista se compromete a realizar seguimiento, análisis e informe al Supervisor del contrato. | Si | | |
| 13 | Garantizar el cambio de los insumos próximos a vencer o presenten baja rotación ya sea por el mismo producto o por el que la Subred Sur requiera de acuerdo a sus necesidades, una vez notificado por el supervisor del contrato, previa verificación y concepto técnico emitido por el personal designado para tal fin, durante la ejecución del contrato y seis (6) meses después de finalizado el contrato. Para lo anterior la Subred Sur avisara con una antelación de mínimo (2) meses. | Si | | |
| 14 | Brindar las capacitaciones qué sean requeridas por el supervisor del contrato para aquellos insumos y dispositivos médico quirurgico que lo requieran. | Si | | |
| 15 | Garantizar la seguridad e integridad física de las personas que vincule para la prestación del servicio en cuanto al suministro de los insumos. | Si | | |
| 16 | Garantizar la disposición final de los residuos en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 4147 de 2005. | Si | | |
| 17 | Asumir los gastos de transporte, embalaje y logistica requeridos para realizar la entrega de los insumos en el lugar qué solicite el supervisor del contrato | Si | | |
| 18 | Indemnizar y/o asumir todo daño que se cause a terceros, a bienes propios o de terceros, o al personal contratado para la ejecución del contrato, por causa o con ocasión del desarrollo del mismo. En caso de requerimientos o demandas por algun tipo de afectación a la vida o la salud de los pacientes o personal de salud, el Contratista deberá responder por sus acciones y omisiones, al igual que por las secuelas que se generen producto de un insumo entregado a la Subred Sur. | Si | | |
| 19 | El contratista debe entregar la siguiente documentación en medio magnetico al supervisor del contrato los cinco (5) primeros dias después de firmada el acta de Inicio de la siguiente manera Fichas técnicas de los insumos enumerados de acuerdo al Ítem Adjudicado y avalado técnicamente con Nombre del insumo Registró INVIMA en medio magnético de manera individual del Producto enumerando el ítem adjudicado y avalado técnicamente con Nombre del Insumo o en su defecto carta de exclusión. Presentar carta firmada por el Representante Legal en la cual se relacione el nombre y teléfono de la persona de contacto del programa de tecno vigilancia tanto del distribuidor como del (los) laboratorio (s) e importador propuestos en su oferta. Presentar carta firmada por el Representante Legal que garantice el cumplimiento de todas las obligaciones establecidas en los presentes terminos y en el contrato Presentar carta firmada del Representante legal, máximo quince (15) días de antigüedad en la cual certifique sobre condición de distribuidor o fabricante. El proponente indicará claramente en la oferta si es fabricante o si se trata de un distribuidor o representante | Si | | |
| 20 | Apropiar los lineamientos establecidos en la política de gestión ambiental y Política de Responsabilidad Social de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. | SI | | |
| OBSERVACIONES. | | | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | 91,71% |

## 8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VERIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Planillas/ Certificación por parte de Revisor Fiscal /Contador ESPECIFICANDO EL MES | | | | | |
| FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN | Stephany Jimenez J | ANEXOS (CD) | N/A | FECHA: | |
| FIRMA DEL SUPERVISOR | | TOTAL FOLIOS | | FECHA. | |
| NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RECIBE EL INFORME | Luz Sorayda Mora | CARGO/PERFIL | AUX Admon | FIRMA | FECHA. 14 SEP 2022 |