| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S .E | |
|---|---|---|
| | SOLICITUD NOVEDAD CONTRACTUTAL | CO-CBS-FT-20 V3 |

BOGOTA, JULIO 2023

**DE** ESTIVEL ALONZO PASTOR MERCHAN — Supervisor Administrativo
ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL — Apoyo Tecnico a la supervision

**PARA:** AREA DE CONTRATACIÓN

**CONTRATO No.** 5761-2023

**OBJETO DEL CONTRATO:**

SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICOQUIRÚRGICOS CON APOYO TECNOLÓGICO PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

**CONTRATISTA:** KCI COLOMBIA S A S

**TIPO DE LA SOLICITUD:**

| ADICIÓN | X | SUSPENSIÓN | | REINICIO | | MODIFICACIÓN | | ACLARATORIO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRORRÓGA | | | | | | | | | |

VALOR DE LA ADICIÓN: VEINTIDOS MILLONES DE PESOS MCTE (22.000.000)

PLAZO 1 día(s) /mes(es) DESDE _____ HASTA _____

**JUSTIFICACION DE LA SOLICITUD:**

SE SOLICITA ADICIONAR EL CONTRATO 5761-2023 CON EL PROVEEDOR KCI COLOMBIA S.A.S ESTO CON EL FIN DE GARANTIZAR EL NORMAL FUNCIONAMIENTO EN LA PRESTACION DEL SERVICIO Y ASI ABASTECER LA DISPONIBILIDAD DE LOS INSUMOS EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. HASTA EL SIEMPRE Y CUANDO NO AUMENTEN LOS CONSUMOS

ES IMPORTANTE RECALCAR QUE EL CONTRATISTA HA CUMPLIDO A CABALIDAD CON LA EJECUCION DEL MISMO.

A LA FECHA EL CONTRATO 5761-2023 KCI COLOMBIA S A S SE ENCUENTRA EN UN PORCENTAJE DE 99,65%

Y EL SALDO ACTUAL DE $ 152.630

| VALOR PROMEDIO FACTURADO | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN |
|---|---|
| $ 21.519.479 | 99,65% |

**INFORME DEL ESTADO ACTUAL DEL CONTRATO PARA ADICIONAR**

| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUYENDO ADICIONES | VALOR EJECUTADO A LA FECHA | SALDO ACTUAL | TIEMPO PROYECCION |
|---|---|---|---|
| $ 43.038.958 | $ 42.886.328 | $ 152.630 | |

**INFORME DEL ESTADO ACTUAL DEL CONTRATO PARA PRORROGAR**

| PERIODO INICIAL DEL CONTRATO | | | PRORROGAS EFECTUADAS | | SUSPENSIONES EFECTUADAS | TIEMPO A PRORROGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 16/5/2023 | AL | 15/7/2023 | 16/7/2023 AL | 31/8/2023 | N/A | AL |

ESTIVEL ALONZO PASTOR MERCHAN
Supervisor Administrativo

Estephany Jimenez S
ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL
Apoyo Tecnico a la supervision



8/9/2022

Ad. 1

| | INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA | CO-CBS-FT-12 V5 |
|---|---|---|
| FECHA: | Julio 07 de 2023 | |

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

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 5761-2023 | CONTRATISTA: | KCI COLOMBIA S.A.S | CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT: | 900894722-1 |
| OBJETO: | SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICOQUIRÚRGICOS 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: | MAURICIO ESCOBAR TRUJILLO | CÉDULA DE CIUDADANÍA : | 10267271 |
| | ASESOR COMERCIAL: | SIN DATO | TELÉFONO: | SIN DATO |
| | DIRECCIÓN: | CRA 11 # 98-07 OF. 203B | CELULAR: | 7447873 |
| | E-MAIL: | MAURICIO.ESCOBAR@KCI1.COM | PÁGINA WEB: | 0 |
| 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: | ESTIVEL ALONZO PASTOR MERCHAN | CÉDULA DE CIUDADANÍA: | 1024547866 |
| | CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR | SUPERVISOR ADMINISTRATIVO | ÁREA O DEPENDENCIA: | ALMACEN MEDICO QUIRURGICOS |
| | DIRECCIÓN: | CALLE 48A SUR #28-48 | TELÉFONO FIJO: | 0 |
| | CORREO ELECTRÓNICO: | gestionsuministros@subredsur.gov.co | CELULAR: | 3043426182 |
| | 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: | 2023-05-16 | FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL: | 2023-07-15 | PLAZO INICIAL: | 2 Meses |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 43.038.958 | VALOR INICIAL EN LETRAS: | CUARENTA Y TRES MILLONES TREINTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS MCTE | | |
| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: | MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS | | | CÓDIGO DEL RUBRO: | 4245010401 |
| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: (Si aplica para dos rubros) | N/A | | | CÓDIGO DEL RUBRO: | N/A |
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: | 812 | | | FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: | 2023-02-24 |
| CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°: | 16959 | | | FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL: | 2023-05-10 |

## 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 | #N/D | #N/D | #N/D | #N/D | #N/D | #N/D | #N/D |

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

| N° | PRORROGA / SUSPENSION | PLAZO | FECHA DE SUSCRIPCIÓN | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | PRORROGA | 47 Dias | | 2023-07-16 | 31/08/2023 |

## 4. OTRAS NOVEDAES CONTRACTUALES

| N° | OTRO SI No ( Aclaratorio | CONSIDERACION DEL OTRO SI | FECHA DE SUSCRIPCION DEL OTRO SI |
|---|---|---|---|
| 1 | #N/D | #N/D | #N/D |

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

| 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 | 2023-05-26 | 22530 | VZ000000013027 | $ 14.946.520 | $ 28.092.438 | | | |
| 2 | 2023-05-26 | 22532 | VZ000000013028 | $ 5.035.472 | $ 23.056.966 | | | |
| 3 | 2023-06-08 | 22760 | VZ000000013120 | $ 22.904.336 | $ 152.630 | | | |
| TOTAL EJECUTADO | | | | $ 42.886.328 | | | | $ - |

## 6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 43.038.958 | VALOR PAGADO: | $ - |
| VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO: | $ - | SALDO POR PAGAR : | $ 42.886.328 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO : | $ 43.038.958 | SALDO A REINTREGRAR | |

## 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 |
|---|---|---|---|---|

| | INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA | | | CO-CBS-FT-12 V5 |
|---|---|---|---|---|
| FECHA: | Julio 07 de 2023 | | | |
| 1 | Cumplir con el objeto contractual pactado, de conformidad con la invitación a Cotizar del presente proceso. | Si | | |
| 2 | Realizar la entrega de los insumos y dispositivos médicos quirúrgicos una vez se realice la solicitud de pedido por parte del Almacén General en un tiempo no mayor a cuarenta y ocho (48) horas, con factura original y tres copias, certificación 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 características 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 quirúrgicos 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 quirúrgicos 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 quirúrgicos requeridos objetos del contrato. | Si | | |
| 11 | Entregar insumos certificados por el INVIMA y producidos por laboratorios con BPM. | Si | | |
| 12 | Garantizar que, 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 y que se encuentre dentro del contrato, 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 que sean requeridas por el supervisor del contrato para aquellos insumos y dispositivos médico quirúrgico que lo requieran. | Si | | |
| 15 | Suscribir contrato de comodato para los insumos y/o dispositivos medico quirúrgicos que requieran apoyo tecnológico si hay lugar. | Si | | |
| 16 | Garantizar la seguridad e integridad física de las personas que vincule para la prestación del servicio en cuanto al suministro de los insumos. | Si | | |
| 17 | Garantizar la disposición final de los residuos en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 4147 de 2005. | Si | | |
| 18 | Asumir los gastos de transporte, embalaje y logística requeridos para realizar la entrega de los insumos en el lugar que solicite el supervisor del contrato. | Si | | |
| 19 | 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 algún 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 | | |
| 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 | 99,65% |

## 8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VERIFICACION DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Planillas/ Certifcación por parte de Revisor Fiscal /Contador ESPECIFICANDO EL MES | | | | | |
| FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN | Estephania Jimenez S | ANEXOS (CD) | N/A | FECHA: | |
| FIRMA DEL SUPERVISOR | | TOTAL FOLIOS | 1 | FECHA: | |
| NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RECIBE EL INFORME | | CARGO/PERFIL | | FIRMA | FECHA: |