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

## 1 .OATOS GENERALES OEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No DE CONTRATO | 6526-2022 | CONTRATISTA. | IMCOLMEDICA S A. | CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT | 860070078-3 |
| 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: | ALBERTO RUSTES | | CÉDULA DE CIUDADANÍA | 17128114 |
| | ASESOR COMERCIAL: | DIANA BEJARANO | | TELÉFONO: | 2889858 |
| | DIRECCIÓN | CALLE 36 -15-42 | | CELULAR: | 3165222322 |
| | E-MAIL: | imcolmedica@imcolmedica com co | | 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 | ROSARIO VILLOTA BASTIDAS | | CÉDULA DE CIUDADANÍA: | 27203559 |
| | CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR | SUPERVISOR ADMINISTRATIVO ( E ) | | AREA 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: | 2022-07-27 | FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL: | 2022-08-26 | PLAZO INICIAL: | 1 Mes |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 7.395,695 | VALOR INICIAL EN LETRAS: | SIETE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS MCTE | | |
| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO | MATERIAL MÉDICO QUIRURGICOS | | 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° | 21922 | | FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL. | | 2022-07-15 |

## 2. INFORMACIÓN OE 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 | $ 7.395 694 | 2022-08-19 | 2296 | 2022-08-17 | 26145 | 2022-08-26 | 4245010401 |

## 3. INFORMACIÓN OE PRORROGAS o SUSPENSIONES REALIZAOAS AL CONTRATO

| N° | PRORROGA / SUSPENSION | 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 NOVEOAES 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 | NUMERO DE FACTURA Y/D 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 23 | 601027 | VZ000000011016 | $ 5.249 077 | $ 2 146 618 | | | |
| 2 | 2022-08 23 | 243297 | VZ100000003285 | $ 3.557 949 | $ 5 984 363 | | | |
| 3 | 2022 07-01 | 236560 | VZ100000003145 | $ 1 503 303 | $ 4 481 060 | | | |
| 4 | 2022-07 12 | 237475 | VZ100000003172 | $ 2.412.054 | $ 3 069 006 | | | |
| TOTAL EJECUTADO | | | | $ 11.722.383 | | | | $ - |

## 6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 7 395.695 | VALOR PAGADO | $ - |
| VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO: | $ 7 395 694 | SALDO POR PAGAR | $ 11.722 383 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | $ 14.791.389 | SALDO A REINTREGRAR | |

## 7. CUMPLIMIENTO OE LAS OBLIGACIONES OECLARE 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 invitación 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 orginal 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 caracteristicas técnicas y calidad contratadas Asi 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 deba 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, presentacion 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 tecnica 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, segun la normatividad vigente para la materia prima, producción, controles de calidad y producto final. | Si | | |
| 10 | Garantizar que dispona 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 segundad, el contratista se compromete a realizar seguimiento, análisis e informé 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 que sean requeridas por el supervisor del contrato para aquellos insumos y dispositivos médico quirurgico que lo requieran. | Si | | |
| 15 | Garantizar la segundad e integndad 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 resduos en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 4147 de 2005 | Si | | |
| 17 | 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 | | |
| 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 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 | | |
| 19 | El contratista debe entregar la siguiente documentación en medio magnético al supervisor del contrato los cinco (5) primeros días después de firmada el acta de inicio de la siguiente manera Fichas técnicas de los insumos enumerados de acuerdo al Item Adjudicado y avalado técnicamente con Nombre del insumo Registro INVIMA en medio magnético de manera individual del Producto enumerando el item 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) labdratorio (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 términos 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 Politica de Responsabilidad Social de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur | Si | | |
| OBSERVACIONES | | | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | 79,25% |

**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 | Estephany Jimenez | ANEXOS (CD) | N/A | FECHA: | |
| FIRMA DEL SUPERVISOR | | TOTAL FOLIOS | 1 | FECHA: | |
| NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RECIBE EL INFORME | Rozeny Mojo | CARGO/PERFIL | AUX Admon | FIRMA | FECHA: 14 SEP 2022 |