| | INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA | CO-CBS-FT-12 V5 |
|---|---|---|
| FECHA: | Marzo 06 de 2023 | |

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

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 6533-2022 | CONTRATISTA: | MEDICAL GROUP ANMA S.A.S. | CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT: | 900923685-0 |
| 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: | LEYDY CONSTANZA ESCANDON DUSSAN | | CÉDULA DE CIUDADANÍA : | 26430054 |
| | ASESOR COMERCIAL: | SIN DATO | | TELÉFONO: | 8700789 |
| | DIRECCIÓN: | CALLE 8 #26-27 LAS BRISAS | | CELULAR: | 0 |
| | E-MAIL: | licitaciones@medicalgroup.com | | PÁGINA WEB: | N/A |
| 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: | N/A |
| | 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: | 2022-08-01 | FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL: | 2022-08-31 | PLAZO INICIAL: | 1 Mes |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 743.008 | VALOR INICIAL EN LETRAS: | SETECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL 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°: | 1377 | | | FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: | 2022-05-03 |
| CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°: | 21734 | | | FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL: | 2022-07-14 |

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

## 4. OTRAS NOVEDAES CONTRACTUALES

| N° | OTRO SI | 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/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 | | | | | | | | |
| TOTAL EJECUTADO | | | | $ - | | | | $ - |

## 6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 743.008 | VALOR PAGADO: | $ - |
| VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO: | $ - | SALDO POR PAGAR : | $ - |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO : | $ 743.008 | SALDO A REINTREGRAR | $ 743.008 |

## 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 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: | Marzo 06 de 2023 | | | |
| 2 | Realizar la entrega de los insumos y dispositivos medicos quirurgicos 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 | 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 que sean requeridas por el supervisor del contrato para aquellos insumos y dispositivos médico quirúrgico 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 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:<br>Fichas técnicas de los insumos enumerados de acuerdo al Ítem Adjudicado y avalado técnicamente con Nombre del insumo.<br>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.<br>Presentar carta firmada por el Representante Legal en la cual se relacione el nombre y teléfono de la persona de contacto del | 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 | 0,00% |

## 8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VERIFICACION DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES | | | | | |
| FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN | Estephany 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: |

**De:** ESTEPHANY JIMENEZ <comprasmedicoquirurgicos@subredsur.gov.co>
**Enviado:** viernes, 22 de septiembre de 2023 9:21
**Para:** LILIANA MARTINEZ <liquidacionescps@subredsur.gov.co>
**Asunto:** JUSTIFICACIÓN VALOR A REINTEGRAR CTO 6533-2022

Cordial saludo.

Se informa que de acuerdo al cronograma establecido para proceso de insumos medico quirúrgicos se dio inicio a proceso de contratación con la Invitación a cotizar 143-2022, razón por la cual se le dio finalización al contrato.

Adicional a ello, cabe aclarar que los insumos no fueron requeridos por el area asistencial, por tal motivo no se llevo a cabo la ejecución del contrato.

***Cordialmente,***
***Nicolette Ramírez.***
***Aux. Administrativa.***