| | | |
|---|---|---|
| | INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA | CO-CBS-FT-12 V5 |
| FECHA: | Octubre 02 de 2023 | |

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

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 5754-2023 | CONTRATISTA: | CTP MEDICA S. A | CEDULA DE CIUDADANÍA O NIT: | 800121151-5 |
| OBJETO: | SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICOQUIRÚRGICOS CON APOYO TECNOLOGICO 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: | CAROLINA PERDOMO MEZA | | CÉDULA DE CIUDADANÍA : | 52691210 |
| | ASESOR COMERCIAL: | N/A | | TELÉFONO: | 8773979 |
| | DIRECCIÓN: | K.M 1,5 VIA SIBERIA COTA PARQUE INDUSTRIAL | | CELULAR: | 0 |
| | E-MAIL: | servicioalcliente@ctpmedica.com | | PÁGINA WEB: | servicioalcliente@ctpmedica.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: | OSCAR ORLANDO CUBILLOS | | CÉDULA DE CIUDADANÍA: | 79316535 |
| | CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR | SUPERVISOR ADMINISTRATIVO ( E ) | | ÁREA O DEPENDENCIA: | ALMACEN MEDICO QUIRURGICOS |
| | DIRECCIÓN: | CR 20 47B 35 SUR | | TELÉFONO FIJO: | N/A |
| | CORREO ELECTRÓNICO: | gestionsuministros@subredsur.gov.co | | CELULAR: | 3006930361 |
| | 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: | 2023-05-15 | FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL: | 2023-07-14 | PLAZO INICIAL: | 2 Meses |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 53.183.292 | VALOR INICIAL EN LETRAS: | CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTO OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS 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°: | 812 | | FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: | | 2023-02-24 |
| CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°: | 17000 | | FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL: | | 2023-05-12 |

## 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 | $ 5.000.000 | 2023-07-14 | 2038 | 2023-07-11 | 22173 | 2023-07-25 | 4245010401 |
| 2 | $ 27.000.000 | 2023-08-08 | 2305 | 2023-07-31 | 25318 | 2023-08-08 | 4245010401 |
| 3 | $ 27.000.000 | 2023-09-18 | 2696 | 2023-08-31 | - | 2023-09-18 | 4245010401 |

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

| N° | PRORROGA / SUSPENSION | PLAZO | FECHA DE SUSCRIPCIÓN | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | PRORROGA | 1Mes y 17 Dias | 2023-07-06 | 2023-07-15 | 31/08/2023 |
| 2 | PRORROGA | 1 Mes | 2023-08-08 | 2023-09-01 | 30/09/2023 |
| 3 | PRORROGA | 1 Mes | 2023-09-18 | 2023-10-01 | 31/10/2023 |

## 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 | 2023-05-24 | 114358 | VZ000000013002 | $ 9.484.400 | $ 43.698.892 | 0000000000491800 | 2023-09-26 | $ 9.484.400 |
| 2 | 2023-05-19 | 114308 | VZ000000013034 | $ 10.014.100 | $ 33.684.792 | 0000000000491800 | 2023-09-26 | $ 10.014.100 |
| 3 | 2023-06-02 | 114493 | VZ000000013100 | $ 8.090.000 | $ 25.392.542 | | | |
| 4 | 2023-06-09 | 114643 | VZ000000013101 | $ 2.600.000 | $ 22.994.792 | | | |
| 5 | 2023-07-07 | 115017 | VZ000000013252 | $ 5.600.000 | $ 6.994.792 | | | |
| 6 | 2023-07-11 | 115070 | VZ000000013250 | $ 10.400.000 | $ 12.594.792 | | | |
| 7 | 2023-07-18 | 115156 | VZ000000013342 | $ 2.400.000 | $ 4.594.792 | | | |
| 8 | 2023-08-10 | 115476 | VZ000000013401 | $ 7.154.700 | $ 29.440.092 | | | |
| 9 | 2023-08-09 | 115467 | VZ000000013402 | $ 8.934.400 | $ 20.505.692 | | | |
| 10 | 2023-08-15 | 115527 | VZ000000013422 | $ 2.540.670 | $ 17.965.022 | | | |
| 11 | 2023-08-15 | 115523 | VZ000000013423 | $ 7.681.340 | $ 10.283.682 | | | |
| 12 | 2023-08-17 | 115581 | VZ000000013424 | $ 83.300 | $ 10.200.382 | | | |
| 13 | 2023-08-22 | 115633 | VZ000000013458 | $ 6.890.670 | $ 3.309.712 | | | |
| 14 | 2023-09-25 | 116145 | VZ000000013650 | $ 9.095.370 | $ 21.214.342 | | | |
| 15 | 2023-09-25 | 116147 | VZ000000013652 | $ 12.647.400 | $ 8.566.942 | | | |
| 16 | 2023-09-29 | 61465 | VZ100000004769 | $ 5.081.340 | $ 3.485.602 | | | |
| TOTAL EJECUTADO | | | | $ 108.697.690 | | | | $ 19.498.500 |

## 6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 53.183.292 | VALOR PAGADO: | $ 19.498.500 |

| | INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA | CO-CBS-FT-12 V5 |
|---|---|---|
| FECHA: | Octubre 02 de 2023 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO: | $ | 59.000.000 | SALDO POR PAGAR : | $ | 89.199.190 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO : | $ | 112.183.292 | 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 |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 96,89% |

## 8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VERIFICACION 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 S | ANEXOS (CD) | N/A | FECHA: | |
| FIRMA DEL SUPERVISOR | | TOTAL FOLIOS | 1 | FECHA: | |
| NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RECIBE EL INFORME | CARGO/PERFIL | | FIRMA | FECHA: | |