	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA	CO-CBS-FT-12 V5
FECHA:	Noviembre 10 de 2023	

INFORME PARCIAL:	X	INFORME FINAL :	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO:	5768-2023	CONTRATISTA:	SHERLEG LABORATORIES S.A.S	CÉDULA DE CIUDADANIA O NIT:	900539662-5
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:	JAIME LEGUIZAMON LEGUIZAMON		CÉDULA DE CIUDADANÍA :	19301832
	ASESOR COMERCIAL:	JULIETH PEDRAZA		TELÉFONO:	4059181
	DIRECCIÓN:	CALLE 13 No 68B -26		CELULAR:	3005552991
	E-MAIL:	financiera@sherleg.net		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:	2023-05-23	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	2023-07-22	PLAZO INICIAL:	2 Meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 7.954.290	VALOR INICIAL EN LETRAS:	SIETE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS NOVENTA PESOS MCTE		
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:	MATERIAL MEDICO 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°:	812			FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	2023-02-24
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:	17003			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	$ 2.000.000	2023-07-14	2030	2023-07-11	22099	2023-07-21	4245010401
2	$ 4.000.000	2023-08-08	2303	2023-07-31	25338	2023-08-09	4245010401
3	$ 4.000.000	2023-09-19	2777	2002-09-12	29744	2023-09-29	4245010401
4	$ 4.600.000	2023-10-19	3081	2023-10-12	34236	2023-10-26	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 9 Dias	2023-07-14	2023-07-23	31/08/2023
2	PRORROGA	1 Mes	2023-08-08	2023-09-01	30/09/2023
3	PRORROGA	1 Mes	2023-09-19	2023-10-01	31/10/2023
4	PRORROGA	1 Mes	2023-10-19	2023-11-01	30/11/2023

4. OTRAS NOVEDAES CONTRACTUALES

N°	OTRO SI No / Aclaratorio	CONSIDERACION DEL OTRO SI	FECHA DE SUSCRIPCION DEL OTRO SI
1	Si	Parcialmente el anexo técnico contenido en la cláusula segunda especificaciones técnicas y la cláusula sexta-valor, en el sentido de excluir el siguiente ítem, conforme con la parte motiva del presente documento: 434 ESTERILIZACIONINTRUMENTACION MECHAS GINECOLOGICAS DE GASA 100% EN ALGODÓN ESTERIL UNIDAD 152 $ 3.360,00 0 $ 3.360,00	2023-09-19

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	75385	VZ0000000012998	$ 2.802.325	$ 5.152.165	0000000000491858	2023-09-26	$ 2.802.325
2	2023-06-06	75568	VZ0000000013066	$ 2.651.925	$ 2.500.240	0000000000497519	2023-10-23	$ 2.651.925
3	2023-08-14	77120	VZ0000000013404	$ 3.414.320	$ 5.085.920			
4	2023-08-18	77276	VZ0000000013534	$ 4.084.150	$ 1.001.770			
5	2023-10-10	78522	VZ0000000013759	$ 4.134.275	$ 867.495			
6	2023-10-20	78826	VZ0000000013837	$ 862.750	$ 4.745			
7	2023-10-26	78946	VZ0000000013847	$ 2.588.900	$ 2.015.845			
8	2023-11-02	PEDIDO	0000000000000	$ 1.500.000	$ 515.845			
TOTAL EJECUTADO				$	22.038,445			$ 5.454.050

	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA	CO-CBS-FT-12 V5
FECHA:	Noviembre 10 de 2023	

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$	7.954.290	VALOR PAGADO:	$	5.454.050
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	$	14.600.000	SALDO POR PAGAR :	$	16.584.395
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	$	22.554.290	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	97,71%

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	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: