30

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO** **FORMATO SOLICITUD DE MODIFICACIÓN AL CONTRATO**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-009** **VERSIÓN: 06** **FECHA: 2022-08-03**

Fecha de Solicitud (A/M/D):	**2023-11-20**	**No Contrato: 02-BS-0096-2023**

DATOS DE LA SOLICITUD

Contratista:	**DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S -DISCOLMEDICA S.A.S**
Objeto:	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN SEGURA, OPORTUNA, EFICIENTE Y DE CALIDAD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Adición:		**Valor:**	
Prorroga:	**SI**	**Tiempo:**	HASTA EL 30 DE ENERO DE 2024
Otro (*)			

DESCRIPCION DE LA MODIFICACIÓN

Se solicita Prorrogar el Contrato 02-BS-0096-2023 suscrito con la firma DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S - DISCOLMEDICA S.A.S

1. Prorrogar el contrato hasta el 30 de enero de 2024.

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

Una vez revisada la ejecución del Contrato de Suministro 02-BS-0096-2023, se solicita Prorrogar el contrato para cubrir las necesidades y eventualidades que se presenten de los medicamentos en las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Este contrato fue adjudicado mediante convocatoria pública IC-074-2023. El consumo promedio mensual es de $ 5.743.213 y teniendo en cuenta que a la fecha se dispone de un saldo por valor de $ 22.653.634 y su fecha de vencimiento es el 06 de diciembre de 2023.

Es importante mencionar que la facturación correspondiente al mes de noviembre se descontara de este saldo, una vez se reciban y certifiquen las facturas por parte del proveedor, quedando a su vez un saldo presupuestal aproximadamente $ 16,910.421.

Esta modificación es de conocimiento por parte de la representante comercial Diana Aristizabal, de DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S - DISCOLMEDICA S.A.S.

Elaborado por: Nombre, Cargo y Firma	LAURA AMÓRTEGUI GARCÍA	Auxiliar Administrativo	Laura Amórtegui G.
Supervisor: Nombre, Cargo y Firma	ANÍS CRISTINA GONZÁLEZ ROMERO	Director TécnicoGestión de Servicios Complementarios	

El Supervisor declara con la firma del presente documento haber revisado la información que justifica la modificación solicitada y declara que es cierta y coherente con el segimiento a la ejecución del contrato y las obligaciones establecidas en el Manual de Contratación vigente para posterior aprobación de la Ordenación del Gasto y Vb de la Dirección de Contratación

Jefe de Oficina o Director: Nombre, Cargo y firma	ANÍS CRISTINA GONZÁLEZ ROMERO	Director Técnico Gestión de Servicios Complementarios	
Firma del Ordenador del Gasto: Nombre, Cargo y Firma	PEDRO FABIÁN DÁVALO BERDUGO	Gerente (E)	
			Vo.Bo. Dirección de Contratación

NOTA I: De acuerdo con la Resolución No. 350 18 Mayo 2022, se reasumen las funciones delegadas por la Gerencia, mediante las Resoluciones 284 del 27 de junio de 2018 y 114 del 25 de febrero de 2019, al interior de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION

CÓDIGO: AP-IA-FT-010
VERSIÓN: 06
FECHA: 2021-04-08

CERTIFICACION No.	17	**INFORME PARCIAL:**	N/A	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	02-BS-0096-2023	**FECHA DEL INFORME - DD/MM/AAAA**	9/11/2023	

1. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S -DISCOLMEDICA S.A.S	**NIT O C.C**	**NIT: 828.002.423-5**	
Representante Legal:	ADDY FERNANDO CORTES CUBILLOS	**Identificación Representante Legal**	**C.C: X** **C.E:**	7.727.146 de Neiva (Huila)
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN SEGURA, OPORTUNA, EFICIENTE Y DE CALIDAD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	**FORMA DE PAGO:**	90 DÍAS	

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

				Valor Tope del Contrato (Máximo)**	$ 123.762.672,00	**Valor Inicial contrato:**	$ 30.940.668,00	**Plazo**	**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA** 12/09/2023	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA** 11/11/2023
Consecutivo CDP		**Fecha CDP DD/MM/AAAA**	**Registros Presupuestales**	**Consecutivo CRP**	**Fecha CRP DD/MM/AAAA**	**Adiciones/ Modificación**	**Valor Adiciones**	**Prórrogas**	**Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	2027	10/07/2023	**Registro Inicial**	35626	8/09/2023					
Disponibilidades Números de Adiciones	3320	31/10/2023	**Registros Presupuestales de Adiciones**	40080	31/10/2023	**Adición 1:**	$ 3.200.000,00	**Prórroga 1:**	12/11/2023	6/12/2023
						Adición 2:		**Prórroga 2:**		
						Adición 3:		**Prórroga 3:**		
						Adición 4:		**Prórroga 4:**		
						Adición 5:		**Prórroga 5:**		
						Adición 6:		**Prórroga 6:**		
						Adición 7:		**Prórroga 7:**		
						Adición 8:		**Prórroga 8:**		
						Adición 9:		**Prórroga 9:**		
						Adición 10:		**Prórroga 10:**		
						Valor Total:	$ 34.140.668,00	**Fecha Terminación actual:**		6/12/2023
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	**RUBRO MEDICAMENTOS**			**Código(S) Rubro(S)**	4245010301	**Validación Tope Máximo del Contrato**		**Adicionar**		

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES

No. INFORME CERTIFICACION	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO**	**CENTRO DE COSTO**	**ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO**				
17	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN SEGURA, OPORTUNA, EFICIENTE Y DE CALIDAD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	N/A	**Oportunidad de entrega**	**SI: X** **N/A** **NO:**	**Cumplimiento de documentación tramitada o presentada**	**SI: X**	**NO:**
			Respuesta de imprevistos y Emergencias	**SI: X** **N/A** **NO:**	**Cumplimiento calidad de la prestación**	**SI: X**	**NO:**

**** DE ACUERDO AL MANUAL DE CONTRATACION RESOLUCIÓN 152 DEL 18 DE MARZO DE 2019, LOS CONTRATOS QUE CELEBRE LA SUBRED, SE PODRAN ADICIONAR HASTA TRES(3) VECES EL VALOR INICIAL, SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA JUSTIFICACIÓN DEL CONTRATO, QUE SOPORTE LA ADICIÓN Y LAS CONDICIONES DEL MISMO LO PERMITAN.**

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS								
No.	No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO - Ver Fila 39	FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CREDITO O	PERIODO FACTURADO	VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 43 en Instructivo	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
10	FEBT103345	18/09/2023	SEPTIEMBRE	$ 439.200,00	$ 4.478.734,00	$ 26.461.934,00	13,12%	
11	FEBT104535	3/10/2023	OCTUBRE	$ 1.421.552,00	$ 5.900.286,00	$ 28.240.382,00	17,28%	ADICIÓN DE 3 MILLONES DOSCIENTOS
12	FEBT104809	6/10/2023	OCTUBRE	$ 976.000,00	$ 6.876.286,00	$ 27.264.382,00	20,14%	
13	FEBT104810	6/10/2023	OCTUBRE	$ 634.400,00	$ 7.510.686,00	$ 26.629.982,00	22,00%	
14	FEBT104812	6/10/2023	OCTUBRE	$ 665.694,00	$ 8.176.380,00	$ 25.964.288,00	23,95%	
15	FEBT104813	6/10/2023	OCTUBRE	$ 2.617.694,00	$ 10.794.074,00	$ 23.346.594,00	31,62%	
16	FEBT104816	6/10/2023	OCTUBRE	$ 204.960,00	$ 10.999.034,00	$ 23.141.634,00	32,22%	
17	FEBT106234	24/10/2023	OCTUBRE	$ 488.000,00	$ 11.487.034,00	$ 22.653.634,00	33,65%	
TOTAL				$ 11.487.034	$ 11.487.034	$ 22.653.634	33,65%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

EL PROVEEDOR CUMPLE CON EL OBJETO DEL CONTRATO , NO TIENE PENDIENTES DE ENTREGA Y ANEXA SOPORTE DE PAGO PARAFISCALES

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	ONCE MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL TREINTA Y CUATRO 00/100	$ 11.487.034
Saldo por ejecutar	VEINTIDÓS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO 00/100	$ 22.653.634
Valor total certificado (Acumulado)	ONCE MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL TREINTA Y CUATRO 00/100	$ 11.487.034

No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA
FEBT106234	24/10/2023
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 488.000,00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	Es importante mencionar que la facturación correspondiente al mes de Octubre se descontara de este saldo, una vez se reciban y certifiquen las facturas por parte

ANEXOS: COMPROBANTE ENTRADA DE ALMACEN , FACTURA ORIGINAL Y SOPORTE PARAFISCAL

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	ANIS CRISTINA GONZALEZ ROMERO
C.C. No.	49.720.126
CARGO/PERFIL	DIRECTORA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - SUPERVISOR CONTRATO
AREA DE UBICACIÓN	SUBRED CENTRO ORIENTE - UMHES SANTA CLARA
CORREO ELECTRONICO	abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA
AREA DE UBICACIÓN	SUBRED CENTRO ORIENTE - UMHES SANTA CLARA
CORREO ELECTRONICO	abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co

21 NOV 2023
13:35