30

Secretaría de Salud. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. 314	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: 05 FECHA: 2022-06-03

Fecha de Solicitud (A/M/D):	2023-11-21	No Contrato:	02-BS-0098-2023

DATOS DE LA SOLICITUD

Contratista:	**SICMAFARMA S.A.S**
Objeto:	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.

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

DESCRIPCION DE LA MODIFICACIÓN

Se solicita Prorrogar el Contrato 02-BS-0098-2023, suscrito con la firma SICMAFARMA 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-0098-2023, 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 en el marco de la invitación a cotizar IC-074-2023 realizado por la Subred Centro Oriente.

El consumo promedio mensual es de $4.451.000 y teniendo en cuenta que a la fecha se dispone de un saldo por valor de $15.757.850 y su fecha de vencimiento es el 6 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 $11.306.850.

Esta modificación es de conocimiento por parte del representante legal LUPERLY SABOGAL MARTÍNEZ de SICMAFARMA S.A.S.

Elaborado por: Nombre, Cargo y Firma	LAURA AMÓRTEGUI GARCÍA	Auxiliar Administrativo	Laura Amortegui G.
Supervisor: Nombre, Cargo y Firma	ANÍS CRISTINA GONZÁLEZ ROMERO	Director Técnico Gestión 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 DÁVALOS 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.	8	INFORME PARCIAL:	N/A	Marque con una (X) según corresponda
CONTRATO No.	02-BS-0098-2023	FECHA DEL INFORME - DD/MM/AAAA	9/11/2023	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	SICMAFARMA S.A.S	NIT O C.C	NIT: 900.332.426-3		
Representante Legal:	LUPERLY SABOGAL MARTÍNEZ	Identificación Representante Legal	C.C: X C.E:	No. 24.580.608 de Calarca	
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

									Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA	Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA
			Valor Tope del Contrato (Máximo)**	$ 84.533.600,00	Valor Inicial contrato:	$ 21.133.400,00	Plazo		8/09/2023	7/11/2023
Consecutivo CDP		Fecha CDP DD/MM/AAAA	Registros Presupuestales	Consecutivo CRP	Fecha CRP DD/MM/AAAA	Adiciones/ Modificación	Valor Adiciones	Prórrogas		Fecha Inicial Prórrogas DD/MM/AAAA	Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA
Disponibilidad Inicial	2027	10/07/2023	Registro Inicial	35601	7/09/2023						
Disponibilidades Números de Adiciones	3318	31/10/2023	Registros Presupuestales de Adiciones	40079	31/10/2023	Adición 1:	$ 4.000.000,00	Prórroga 1:		8/11/2023	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:	$ 25.133.400,00	Fecha Terminación actual:			6/12/2023
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	MEDICAMENTOS		Código(S) Rubro(S)	4245010301		Validación Tope Máximo del Contrato		Adicionar			

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME CERTIFICACIÓN	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO	CENTRO DE COSTO	ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO				
8	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 del Instructivo	FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO: DD/MM/AAAA	PERIODO FACTURADO	VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 43 en Instructivo	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
4	75414	15/09/2023	SEPTIEMBRE	$ 539.600,00	$ 4.923.850,00	$ 16.209.550,00	19,59%	
5	75894	4/10/2023	OCTUBRE	$ 2.698.000,00	$ 7.621.850,00	$ 17.511.550,00	30,33%	ADICIÓN DE 4 MILLONES
6	75895	4/10/2023	OCTUBRE	$ 134.900,00	$ 7.756.750,00	$ 17.376.650,00	30,86%	
7	75896	4/10/2023	OCTUBRE	$ 809.400,00	$ 8.566.150,00	$ 16.567.250,00	34,08%	
8	75897	4/10/2023	OCTUBRE	$ 809.400,00	$ 9.375.550,00	$ 15.757.850,00	37,30%	
TOTAL				$ 9.375.550	$ 9.375.550	$ 15.757.850	37,30%	

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	NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA 00/100	$ 9.375.550
Saldo por ejecutar	QUINCE MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA 00/100	$ 15.757.850
Valor total certificado (Acumulado)	NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA 00/100	$ 9.375.550

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
75897	4/10/2023
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 809.400,00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	Es importante mencionar que la facturación correspondiente al mes de Octubre se descontará de este saldo, una vez se reciban y certifiquen las facturas por parte del p

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

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	ANÍS CRISTINA GONZÁLEZ ROMERO
C.C. No.	49.720.126
CARGO/PERFIL	DIRECTORA DE 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 AMÓRTEGUI GARCÍA
AREA DE UBICACIÓN	SUBRED CENTRO ORIENTE - UMHES SANTA CLARA
CORREO ELECTRONICO	abastecimientomedicamentos@subredcehtrooriente.gov.co

21 NOV 2023