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

INFORME PARCIAL:	X	INFORME FINAL :	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO:	3654-2023	CONTRATISTA:	AMAREY NOVA MEDICAL S.A.	CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	800250382-2
OBJETO:	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS POS Y NO POS, 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:	JOSE RAUL DURANECHANDIA		CÉDULA DE CIUDADANÍA :	19425741
	ASESOR COMERCIAL:	SIN DATO		TELÉFONO:	SIN DATO
	DIRECCIÓN:	TRANSVERSAL 23 No. 93-23		CELULAR:	7447300
	E-MAIL:	IRIS.ARAUJO@AMAREYNOVAMEDICAL.COM		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:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ		CÉDULA DE CIUDADANÍA:	24718057
	CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR	DIRECTORA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		ÁREA O DEPENDENCIA:	DIRECCION DE COMPLEMENTARIOS
	DIRECCIÓN:	Carrera 20 # 47B – 35 SUR		TELÉFONO FIJO:	7300000
	CORREO ELECTRÓNICO:	DIR.COMPLEMENTARIOS@SUBREDSUR.GOV.CO		CELULAR:	3044951728
	NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION	FRANCY YAMELY DOMINGUEZ SALAZAR		CÉDULA DE CIUDADANÍA:	52272090
	CARGO/PERFIL	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		ÁREA O DEPENDENCIA:	DIRECCION DE COMPLEMENTARIOS
	CORREO ELECTRÓNICO:	REFERENTEADM.FARMACIA@SUBREDSUR.GOV.CO		CELULAR:	3138881375

FECHA ACTA DE INICIO:	2023-03-07	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	2023-05-06	PLAZO INICIAL:	2 Meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 16.324.480	VALOR INICIAL EN LETRAS:	DIECISEIS MILLONES TRESCIENTOS VEINTICUATRO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE		
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:	MEDICAMENTOS			CÓDIGO DEL RUBRO:	4245010301
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:	337			FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	2023-01-20
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:	12315			FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	2023-03-01

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	$ 6.000.000	2023-05-12	1457	2023-05-10	17110	2023-05-23	4245010301
2	$ 7.000.000	2023-05-26	1567	2023-05-23	17212	2023-05-30	4245010301
3	$ 1.300.000	2023-06-23					4245010301

3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIONES REALIZADAS AL CONTRATO

N°	PRORROGA / SUSPENSION	PLAZO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	PRORROGA	25 Días	2023-04-25	2023-05-07	31/05/2023
2	PRORROGA	1 Mes	2023-05-26	2023-06-01	30/06/2023
3	PRORROGA	1 Mes	2023-06-29	2023-07-01	31/07/2023

4. OTRAS NOVEDAES CONTRACTUALES

N°	OTRO SI No (Aclaratorio, inclusion, Exclusion)	CONSIDERACION DEL OTRO SI	FECHA DE SUSCRIPCION DEL OTRO SI

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	2023-03-10	8800138904	04000000010695	$ 5.101.400	$ 17.223.080			
2	2023-04-10	8800140990	04000000010811	$ 2.550.700	$ 14.672.380			
3	2023-04-11	8800141133	04000000010817	$ 7.652.100	$ 7.020.280			
4	2023-05-29	8800145062	04000000011270	$ 5.101.400	$ 1.918.880			
5	2023-06-07	8800146058	04000000011335	$ 5.101.400	$ 3.817.480			
6	2023-06-22	8800147423	04000000011424	$ 2.550.700	$ 2.566.780			
7	2023-06-29	8800148033	04000000011521	$ 2.550.700	$ 16.080			
TOTAL EJECUTADO				$	30.608.400			$ -

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 16.324.480	VALOR PAGADO:	$ -
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	$ 14.300.000	SALDO POR PAGAR :	$ 30.608.400
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	$ 30.624.480	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	NO APLICA	NO APLICA
2	Permitir a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., realizar auditorías técnicas a sus instalaciones y medios de transporte (vehículos) con el fin de verificar la eficiente ejecución del contrato. El hallazgo por parte del equipo de Auditoria de una no conformidad en el almacenamiento, disposición, presentación, vencimiento, conservación y transporte de los medicamentos, o la ocurrencia de un evento adverso en el paciente a quien se le administre los medicamentos, será causal de incumplimiento del contrato y en consecuencia, la Subred Sur adelantará el trámite previsto en el artículo 86 de la Ley No. 1474 de 2011 (Estatuto de Anticorrupción) y se realizará el reporte correspondiente a los Entes de Control cuando sea el caso.	SI	NO APLICA	NO APLICA

	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA			CO-CBS-FT-12 V5
FECHA:	JUNIO DEL 2023			
3	Realizar la entrega de los medicamentos, en las cantidades completas solicitadas, en la fecha, lugar, y dentro del horario indicado por el Supervisor del Contrato, en un plazo no mayor a las cuarenta y ocho (48) horas luego de realizado el requerimiento. Si por alguna circunstancia (desabastecimiento, dificultades en la importación, entre otros), el Contratista no puede entregar los medicamentos, asumirá el posible incumplimiento al contrato.	SI	ENTREGAS DEL 100% DE MEDICAMENTOS SOLICITADAS	ORDENES DE COMPRA, FACTURAS, PARAFISCALES
4	Atender con un tiempo máximo de seis (6) horas, las solicitudes eventuales o imprevistas de los medicamentos que requiera la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SI	NO APLICA	ORDENES DE COMPRA, FACTURAS, PARAFISCALES
5	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, no se aceptarán entregas por medio de transportadoras.	SI	NO APLICA	FORMATO DE RECEPCION TECNICA
6	Realizar la identificación, inventario, recolección y reposición de los medicamentos, que hayan sido requeridos por el INVIMA mediante alerta sanitaria en un término no mayor a cuarenta y ocho (48) horas, posterior al evento.	NO	NO APLICA	NO APLICA
7	Pagar a la Subred Sur todas las sumas y costos que la misma deba asumir, por razón de la acción que contra ellas inicien terceros que hayan sufrido daños por causa del contratista, durante la ejecución del contrato.	NO	NO APLICA	NO APLICA
8	Garantizar que dispone de un sitio adecuado para atender las solicitudes de pedidos y conservación de los medicamentos, solicitados por el supervisor del contrato.	NO	NO APLICA PARA EL PERIODO	NO APLICA
9	Garantizar que la fecha de vencimiento de los medicamentos, entregados sea superior al 75% de su vida útil. En los casos que por necesidad del servicio se requiera medicamentos, y su vida útil sea inferior al 75%, el Contratista deberá presentar carta de compromiso y autorización del Supervisor del Contrato, adjunto a la factura, en la cual manifieste recibir los medicamentos, que por su rotación lleguen a vencerse, aun cuando el contrato celebrado esté en ejecución o ya haya terminado el plazo de ejecución.	SI	NO APLICA	CARTAS DE COMPROMISOS CON FECHA CORTA DE VENCIMIENTO
10	Cambiar los medicamentos, que estén próximos a ve... se, ya sea por el mismo producto o por el que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., requiera de acuerdo a sus necesidades y que se encuentren dentro del contrato. Para lo anterior, la Subred Sur avisará con una antelación de mínimo tres (3) meses.	SI	NO APLICA	CARTAS DE COMPROMISOS CON FECHA CORTA DE VENCIMIENTO
11	Establecer mecanismos que le permitan recibir y responder las sugerencias, quejas y reclamaciones que se presenten en desarrollo del contrato y establecerá las medidas correctivas pertinentes.	SI	REPORTE DE MEDICAMENTOS PENDIENTES POR ENTREGAR	VIA CORREO
12	Garantizar que, si durante la ejecución del contrato la Secretaria Distrital de Salud o el INVIMA revoca la certificación para distribuir algunos medicamentos, el Contratista deberá reportarlo por escrito al Contratante en un término máximo de tres (3) días hábiles siguientes a la radicación de la novedad por parte del Ente Territorial.	SI	NO APLICA	NO HA SIDO REQUERIDO
13	Garantizar que dispone en sus bodegas del stock necesario para atender las solicitudes de pedidos de los medicamentos, objeto del contrato.	SI	NO APLICA	NO APLICA
14	Realizar los cambios que sean necesarios cuando los medicamentos, no cumplan con los criterios de: Cadena de frio, calidad, referencia, presentación o cuando no se cumplan las condiciones técnicas contratadas; el cambio debe realizarse dentro de los términos acordados con el supervisor del contrato. No se dará el recibido de la factura hasta que ésta, esté acorde con los cambios reportados y no se tramitará para pago. Lo anterior no debe generar ningún costo adicional para la Subred Sur.	SI	NO APLICA	NO SE HA REQUERIDO NINGUN CAMBIO
15	Entregar durante la ejecución del contrato los medicamentos, que fueron ofertados con las mismas especificaciones técnicas relacionadas; en caso de presentarse alguna modificación se deberá informar por escrito, con la respectiva justificación y documentación técnica al supervisor del contrato el cual evaluará y avalará según el caso, mediante concepto técnico el requerimiento. En todo caso esto NO deberá extender el plazo de entrega la cual siempre debe darse en el tiempo establecido.	SI	ENVIAN ALTERNATIVAS PARA LOS MEDICAMENTOS AGOTADOS	CORREOS CON ALTERNATIVAS
16	Entregar de manera oportuna la documentación para la radicación de facturas junto con el pedido, en los tiempos establecidos por el Supervisor del Contrato.	SI	NO APLICA	ORDENES DE COMPRA, FACTURAS, PARAFISCALES
OBSERVACIONES:			PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	99,95%

8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

VERIFICACION DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Planillas/ Ceritifcación por parte de Revisor Fiscal /Contador ESPECIFICANDO EL MES					
FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN		ANEXOS (CD)	N/A	FECHA:	
FIRMA DEL SUPERVISOR		TOTAL FOLIOS	1	FECHA:	
NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RECIBE EL INFORME	CARGO/PERFIL		FIRMA	FECHA:	