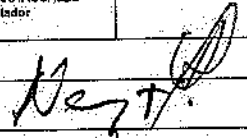


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.									
INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA								CO-CBS-FT-12 V5	
FECHA:		NOVIEMBRE DEL 2023							
INFORME PARCIAL:		X		INFORME FINAL:					
1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO									
No. DE CONTRATO:		7199-2023		CONTRATISTA:		DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S. "SICMAFARMA S.A.S."		CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT: 900332426-3	
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:		LUPERLY SABOGAL MARTINEZ			CÉDULA DE CIUDADANÍA:		24580608
		ASESOR COMERCIAL:		MAYERLY QUINTERO CORREDOR			TELÉFONO:		3182703302
		DIRECCIÓN:		CRA 19 # 120 - 71 OF. 515			CELULAR:		3157917815-3168760024
		E-MAIL:		licitaciones@sicmafarma.com			PÁGINA WEB:		9
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 SUPERVISIÓN:		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:		2023-11-16		FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:		2023-12-15		PLAZO INICIAL: 30 Días	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:		\$ 10.294.826		VALOR INICIAL EN LETRAS:		DIEZ MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS VEINTISEIS PESOS MCTE			
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:		MEDICAMENTOS				CÓDIGO DEL RUBRO:		4245010301	
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:		2994				FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:		2023-09-30	
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:		38530				FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:		2023-11-10	
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									
3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIÓN REALIZADAS AL CONTRATO									
N°	PRORROGA / SUSPENSIÓN	PLAZO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN				
1									
4. OTRAS NOVEDADES CONTRACTUALES									
N°	OTRO SI No (Aclaratorio, Inclusion, Exclusion)	CONSIDERACION DEL OTRO SI				FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL OTRO SI			
5. EJECUCIÓN DEL CONTRATO Incluidas las facturas a certificar									
ITEM	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	2023-11-16	76946	04000000012434	\$ 1.500.000	\$ 8.794.826				
2	2023-11-16	76945	04000000012435	\$ 8.094.000	\$ 700.826				
TOTAL EJECUTADO				\$ 9.594.000		\$ -			
6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL									
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:		\$ 10.294.826		VALOR PAGADO:		\$ -			
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:		\$ -		SALDO POR PAGAR:		\$ 9.594.000			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$ 10.294.826		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	

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			CO-CBS-FT-12 V5
INFORME DE SUPERVISIÓN, CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA					
FECHA:	NOVIEMBRE DEL 2023				
1	Realizar la entrega de los medicamentos 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 (si aplica) en la fecha, lugar y hora establecido por el Supervisor del Contrato, cumpliendo con el suministro y con las características técnicas y calidad contratadas. Se deben realizar las entregas 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	REALIZA ENTREGAS CORRESPONDIENTES A LO SOLICITADO	ORDENES DE COMPRA, FACTURAS, PARAFISCALES	
2	Los medicamentos a entregar deben tener 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, para su remplazo en un término que no supere su vigencia.	SI	NO APLICA	CARTAS DE COMPROMISOS CON FECHA CORTA DE VENCIMIENTO	
3	Realizar los cambios que sean necesarios cuando los medicamentos 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 medicamento 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	ENTREGAS DEL 100% DE MEDICAMENTOS SOLICITADOS	ORDENES DE COMPRA, FACTURAS, PARAFISCALES	
4	Entregar 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 a que haya lugar.	SI	NO APLICA	EJECUCIÓN DE CONTRATO	
5	Permitir el desarrollo de las actividades de control y vigilancia contractual que ejerza la Subred Sur a través del personal idóneo que ésta designe.	SI	NO APLICA	NO APLICA	
6	Realizar el cambio de Registro Sanitario en caso de vencimiento durante la vigencia del contrato e informar de inmediato al supervisor del contrato.	SI	NO APLICA	NO SE HA REQUERIDO NINGUN CAMBIO	
7	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 e informar de inmediato al supervisor del contrato.	SI	NO APLICA	FORMATO DE RECEPCION TECNICA	
8	Garantizar el adecuado almacenamiento, disposición, conservación y distribución de los medicamentos solicitados por el supervisor del contrato, según la normatividad vigente para la materia prima, producción, controles de calidad y producto final.	SI	NO APLICA	NO APLICA	
9	Disponer en sus bodegas del stock necesario para atender las solicitudes de pedidos de los medicamentos requeridos objetos del contrato.	SI	NO APLICA	NO APLICA	
10	Entregar medicamentos certificados por el INVIMA y producidos por laboratorios con BPM.	SI	NO APLICA	FORMATO DE RECEPCION TECNICA	
11	En el caso que los medicamentos presenten eventos de seguridad, el Contratista se compromete a realizar seguimiento, análisis e informe al Supervisor del contrato.	SI	NO APLICA	NO APLICA	
12	Cambiar los medicamentos 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; 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 mínima de dos (2) meses.	SI	NO APLICA	NO SE HA REQUERIDO NINGUN CAMBIO	
13	Brindar las capacitaciones que sean requeridas por el supervisor del contrato para aquellos medicamentos que lo requieran.	SI	NO APLICA	NO APLICA	
14	Informar con mínimo 10 días de antelación las novedades presentadas con la firma de modificaciones, prorrogas y adiciones a la supervisión del contrato.	SI	CONTRATO COMODATO	CONTRATO	
15	Suscribir contrato de comodato para los medicamentos que requieran apoyo tecnológico (si hay lugar).	SI	NO APLICA	NO APLICA	
16	Aplicar las normas de seguridad y salud en el trabajo de las personas que vincula para la prestación del servicio en cuanto al suministro de los medicamentos.	SI	NO APLICA	NO SE HA REQUERIDO NINGUN CAMBIO	
17	Asumir los gastos de transporte, embalaje y logística requeridos para realizar la entrega de los medicamentos en el lugar que solicite el supervisor del contrato.		NO APLICA	CARTAS DE COMPROMISOS CON FECHA CORTA DE VENCIMIENTO	
18	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 medicamento entregado a la Subred Sur.	SI	NO APLICA	NO SE HA REQUERIDO	
OBSERVACIONES:			PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	93,19%	
8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS					
VERIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Plantillas/ Certificación 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: