| | INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA | CO-CBS-FT-12 V5 |
|---|---|---|
| **FECHA:** | Abril 29 de 2024 | |

| **INFORME PARCIAL:** | | **INFORME FINAL :** | X |
|---|---|---|---|

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO:** | 6966-2023 | **CONTRATISTA:** | PROASEPSIS S.A.S | **CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:** | 860534045-3 |
| **OBJETO:** | SUMINISTRO INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | | | | |
| **DATOS DEL CONTRATISTA:** | **REPRESENTANTE LEGAL:** | ALIRIO ORLANDO ORTIZ | | **CÉDULA DE CIUDADANÍA :** | 79432384 |
| | **ASESOR COMERCIAL:** | SIN DATO | | **TELÉFONO:** | SIN DATO |
| | **DIRECCIÓN:** | CALLE 63 -No 74 B -42 BODEGA 07 | | **CELULAR:** | 4166607-4166618 |
| | **E-MAIL:** | proasepsis@proasepsis.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:** | 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:** | 2023-10-24 | **FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:** | 2023-11-23 | **PLAZO INICIAL:** | 1 Mes |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | $ 1.286.000 | **VALOR INICIAL EN LETRAS:** | UN MILLON DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS MCTE | | |
| **DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:** | MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS | | | **CÓDIGO DEL RUBRO:** | 4245010401 |
| **DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: (Si aplica para dos rubros)** | N/A | | | **CÓDIGO DEL RUBRO:** | N/A |
| **CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:** | 2247 | | | **FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:** | 2023-07-26 |
| **CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:** | 29745 | | | **FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:** | 2023-09-29 |

## 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 | $ 1.286.000 | 2023-11-22 | 3562 | 2023-11-16 | 38763 | 2023-11-24 | 4245010401 |
| 2 | $ 1.300.000 | 2024-01-25 | 356 | 2024-01-19 | 6348 | 2024-01-26 | 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 | 7 Días | 2023-10-27 | 2023-11-24 | 30/11/2023 |
| 2 | PRORROGA | 1 Mes | 2023-11-22 | 2023-12-01 | 31/12/2023 |
| 3 | PRORROGA | 1 Mes | 2023-12-05 | 2024-01-01 | 31/01/2024 |
| 4 | PRORROGA | 1 Mes | 2024-01-25 | 2024-02-01 | 29/02/2024 |

## 4. OTRAS NOVEDAES CONTRACTUALES

| N° | OTRO SI No ( Aclaratorio, inclusion, Exclusion) | CONSIDERACION DEL OTRO SI | FECHA DE SUSCRIPCION DEL OTRO SI |
|---|---|---|---|
| 1 | #N/D | #N/D | #N/D |

## 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 | 2023-11-03 | 37472 | VZ000000013874 | $ 370.000 | $ 916.000 | | | |
| 2 | 2023-12-05 | 40348 | VZ000000014104 | $ 667.600 | $ 1.534.400 | | | |
| 3 | 2024-02-02 | 41320 | VZ000000014464 | $ 1.370.000 | $ 1.464.400 | | | |
| 4 | 2024-02-19 | 41597 | VZ000000014537 | $ 238.000 | $ 1.226.400 | | | |
| 5 | 2024-02-26 | 41731 | VZ000000014618 | $ 1.074.000 | $ 152.400 | | | |
| **TOTAL EJECUTADO** | | | | **$ 3.719.600** | | | | **$ -** |

| | INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA | CO-CBS-FT-12 V5 |
|---|---|---|
| **FECHA:** | Abril 29 de 2024 | |

## 6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | $ 1.286.000 | **VALOR PAGADO:** | $ - |
| **VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:** | $ 2.586.000 | **SALDO POR PAGAR :** | $ 3.719.600 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO :** | $ 3.872.000 | **SALDO A REINTREGRAR** | $ 152.400 |

## 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 | 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 | | |
| 2 | 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 | | |
| 3 | 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 | | |
| 4 | 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 | | |
| 5 | 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 | | |
| 6 | Informar el cambio de Registro Sanitario en caso de vencimiento durante la vigencia del contrato (Si aplica). | Si | | |
| 7 | 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 | | |
| 8 | 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 | | |
| 9 | 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 | | |
| 10 | Entregar insumos certificados por el INVIMA y producidos por laboratorios con BPM | Si | | |
| 11 | 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 | | |
| 12 | 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 | | |
| 13 | Brindar las capacitaciones que sean requeridas por el supervisor del contrato para aquellos insumos y dispositivos médico quirúrgico que lo requieran. | Si | | |
| 14 | Suscribir contrato de comodato para los insumos y/o dispositivos medico quirúrgicos que requieran apoyo tecnológico si hay lugar. | Si | | |
| 15 | Garantizar la seguridad e integridad física de las personas que vincule para la prestación del servicio en cuanto al suministro de los insumos. | Si | | |
| 16 | Garantizar la disposición final de los residuos en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 4147 de 2005. | Si | | |
| 17 | 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 | | |
| 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 insumo entregado a la Subred Sur. | Si | | |
| 19 | 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** | **96,06%** |

## 8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VERIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Planillas/ Ceritifcación 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:** |