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

INFORME PARCIAL:	**X**	**INFORME FINAL :**	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO:	7757-2023	**CONTRATISTA:**	TELEFLEX MEDICAL COLOMBIA	**CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:**	900680808-5
OBJETO:	SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.				
DATOS DEL CONTRATISTA:	**REPRESENTANTE LEGAL:**	ALEJANDRO ELIAS LONDOÑO TORO		**CÉDULA DE CIUDADANÍA :**	98568420
	ASESOR COMERCIAL:	SIN DATO		**TELÉFONO:**	-
	DIRECCIÓN:	**0**		**CELULAR:**	3175179928
	E-MAIL:	Legal.colombia@teleflex.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:	2023-12-22	**FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:**	2024-01-21	**PLAZO INICIAL:**	1 Mes
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 1.883.400	**VALOR INICIAL EN LETRAS:**	UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS 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°:	3248			**FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:**	2023-10-20
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:	5880			**FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:**	2024-01-10

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	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D

3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIONES REALIZADAS AL CONTRATO

N°	PRORROGA / SUSPENSION	PLAZO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	PRORROGA	9 Días	2024-01-04	2024-01-22	31/01/2024
2	PRORROGA	1 Mes	2024-01-15	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								
TOTAL EJECUTADO				**$ -**				**$ -**

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 1.883.400	**VALOR PAGADO:**	$ -

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

VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	$ -	**SALDO POR PAGAR :**	$ -
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	$ 1.883.400	**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	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 (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		
2	Entregar dispositivos e 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, para su remplazo en un término que no supere su vigencia.	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	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 que sean necesarios.	Si		
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		
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		
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 e informar de inmediato al supervisor del contrato.	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	Disponer en sus bodegas del stock necesario para atender las solicitudes de pedidos de los insumos medico quirúrgicos requeridos objetos del contrato.	Si		
10	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		
11	Cambiar 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, 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 mínimo de dos (2) meses.	Si		
12	Brindar las capacitaciones que sean requeridas por el supervisor del contrato para aquellos insumos y dispositivos médico quirúrgico que lo requieran.	Si		
13	Informar con mínimo 15 días de antelación las novedades presentadas con la firma de modificaciones, prorrogas y adiciones a la supervisión del contrato.	Si		
14	Suscribir contrato de comodato para los insumos y/o dispositivos medico quirúrgicos que requieran apoyo tecnológico (si hay lugar).	Si		
15	Aplicar las normas de seguridad y salud en el trabajo de las personas que vincule para la prestación del servicio en cuanto al suministro de los insumos.	Si		
16	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		
17	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		
OBSERVACIONES:			**PORCENTAJE DE EJECUCIÓN**	**0,00%**

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:**