ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	SOLICITUD NOVEDAD CONTRACTUAL	**CO-CBS-FT-20 V3**

Bogotá DC; JUNIO 2024

RECIBIDO
05 JUN 2024

DE: LINA MARIA RODRIGUEZ ALFONSO

FRANCY YAMELY DOMINGUEZ SALAZAR

PARA: ÁREA DE CONTRATACIÓN.

CONTRATO No. 4441 DEL 2024

OBJETO DEL CONTRATO:

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS POS Y NO POS, PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE

CONTRATISTA: FARMAPOS LTDA

TIPO DE LA SOLICITUD:

ADICIÓN [ ] SUSPENSIÓN [ ] REINICIO [ ] MODIFICATORIO [X]

ACLARATORIO [ ] PRORROGA [ ]

VALOR DE LA ADICIÓN:

PLAZO: [ ] DESDE EL HASTA EL

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD:

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E suscribió el contrato número 4441-2024 con el proveedor FARMAPOS LTDA con el 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 ESE., resultado de la convocatoria pública (No. CP-005-2024).

Justificación remifentanilo.

De conformidad con solicitud enviada por el proveedor FARMAPOS LTDA. Mediante oficio del 24 de abril de 2024 por medio de la cual solicita aumento de precio al REMIFENTANIL 2MG POLVO LIOFILIZADO VIAL X 2ML por la variación que se ha presentado a los medicamentos en el mercado, la cual se deriva de la escasez y el aumento de costos en la materia prima. por lo cual el área realizo estudio para identificar la viabilidad de aceptar el aumento solicitado por el proveedor, encontrando que el medicamento al REMIFENTANIL 2MG POLVO LIOFILIZADO VIAL X 2ML fue ofertado dentro de la CP 005-2024 el cual fue cotizado por los siguientes oferentes:

PROCESO	CODIGO DGH	DESCRIPCION	FARMAPOS	MEDICAL GROUP	PHARMACID
CP 005-2024	M00630	REMIFENTANIL 2MG POLVO LIOFILIZADO VIAL X 2ML	$ 14.286,00	$ 27.752,00	$ 18.182,00

Por lo anterior el área solicita a los dos proponentes a los cuales no se les realizo la adjudicación del medicamento en mención la disponibilidad del mismo, a lo cual mediante comunicación electrónica de fecha 07/05/2024 el proponente PHARMACID informa que: "Les informamos que tenemos disponibilidad de Remifentanilo 2 mg (Humax) solo 100 unidades a un valor de $26.000", en razón se evidencia que el valor manejado por el proveedor es mayor al solicitado por el contratista además de no contar con el promedio mínimo requerido el cual es 340 al mes.

De igual forma Mediante comunicación electrónica de fecha 24 de abril de 2024 el proponente MEDICAL GROUP informa que no cuenta con existencias.

Sin embargo, es pertinente resaltar que en la IC 049-2024 se postula el medicamento REMIFENTANIL 2MG / ML MOLEC ORIGINAL SLN INYECTABLE, con el fin de suplir el producto en molécula genérica, dando como resultado que no se presentaron ofertas al mismo por lo cual se declaró desierto.

Por otro lado, el producto REMIFENTANIL 2MG POLVO LIOFILIZADO VIAL X 2ML se encuentra actualmente notificado por INVIMA "en riesgo de desabastecimiento" en el listado publicado el mes de abril y mayo en la página web del Invima, unidades limitadas para los próximos dos meses de comercialización.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente se evidencia que FARMAPOS es el único que cuenta con existencias y que el precio propuesto es el menor en el mercado por lo tanto se realiza aumento de precio acorde con lo solicitado de tal forma que permita el abastecimiento de las cantidades disponibles en el mercado a cada uno de los servicios asistenciales. Por lo cual se solicita realizar otrosí Modificatorio al anexo técnico 01 del CTO 4441-2024 en el sentido de aumentar el valor unitario del medicamento REMIFENTANIL 2MG POLVO LIOFILIZADO VIAL X 2ML, toda vez que dicho medicamento se requiere en los servicios de cirugía y unidades de cuidados intensivos de la siguiente manera:

CODIGO INTERNO	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO ADJUDICADO	VALOR UNITARIO PROPUESTO	JUSTIFICACION
M00630	REMIFENTANIL 2MG POLVO LIOFILIZADO VIAL X 2ML	$ 14.286	$ 22,222	ESCASEZ Y AUMENTO DE COSTOS MATERIA PRIMA

VALOR PROMEDIO FACTURADO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
$ 138.718.825	71.94%

INFORME DEL ESTADO ACTUAL DEL CONTRATO PARA ADICIONAR

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUYENDO ADICIONES	VALOR EJECUTADO A LA FECHA	SALDO ACTUAL	TIEMPO DE PROYECCIÓN
$ 288.718.825	$ 207.701.604	$ 81.017.221	NINGUNA

INFORME DEL ESTADO ACTUAL DEL CONTRATO PARA PRORROGAR

PERIODO INICIAL DEL CONTRATO	PRORROGAS EFECTUADAS	SUSPENSIONES EFECTUADAS	TIEMPO A PRORROGAR
09-04-2024 AL 08-06-2024	09/06/2024 AL 30/06/2024	NINGUNA	NINGUNA

NOMBRE DEL SUPERVISOR. LINA MARIA RODRIGUEZ ALFONSO

FIRMA DEL SUPERVISOR. _____

NOMBRE APOYO A LA SUPERVISION: FRANCY YAMELY DOMINGUEZ SALAZAR

FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISION. _____

	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:	ABRIL 2024		
INFORME PARCIAL:	X	INFORME FINAL :	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO:	4441-2024	CONTRATISTA:	FARMAPOS LTDA	CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	830134902-5
OBJETO:	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS POS Y NO POS, PARA CUBRIR LÁS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE				
DATOS DEL CONTRATISTA:	REPRESENTANTE LEGAL:	#N/A		#N/A	79797724
	ASESOR COMERCIAL:	FREDY GERARDO ORTEGA TRASLAVIÑA		TELÉFONO:	7428585
	DIRECCIÓN:	CARRERA 25 NO 39 A - 41		CELULAR:	2694909
	E-MAIL:	INFO@FRAMAPOS.COM		PÁGINA WEB:	WWW.FARMAPOS.COM
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:	LINA MARIA RODRIGUEZ ALFONSO		CÉDULA DE CIUDADANÍA:	52350128
	CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR	QUIMICA FARMACEUTICA		ÁREA O DEPENDENCIA:	DIRECCION DE COMPLEMENTARIOS
	DIRECCIÓN:	Carrera 20 # 47B – 35 SUR		TELÉFONO FIJO:	0
	CORREO ELECTRÓNICO:	0		CELULAR:	0
	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:	2024-04-09	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	2024-06-08	PLAZO INICIAL:	2 Meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 138,718,825	VALOR INICIAL EN LETRAS:	CIENTO TREINTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS DIECIOCHO MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE		
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:	MEDICAMENTOS			CÓDIGO DEL RUBRO:	4245010301
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:	430			FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	2024-01-23
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:	19032			FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	2024-03-27

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	$ 150,000,000	2024-05-02	1227	2024-04-30	X	X	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	22 Días	2024-05-02	2024-06-09	30/06/2024

4. OTRAS NOVEDAES CONTRACTUALES

	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	2024-04-10	15709	04000000013430	$ 1,188,446	$ 137,530,379			
2	2024-04-12	15752	04000000013445	$ 1,211,184	$ 136,319,195			
3	2024-04-18	15856	04000000013480	$ 7,950,291	$ 128,368,904			
4	2024-04-19	15883	M2000000000113	$ 1,551,028	$ 126,817,876			
5	2024-04-23	15933	04000000013516	$ 3,159,480	$ 123,658,396			
6	2024-04-25	FE15973	05000000000472	$ 10,641,700	$ 113,016,696			
7	2024-04-29	16007	04000000013537	$ 14,748,291	$ 98,268,405			
8	2024-05-06	FE16107	04000000013573	$ 47,990,811	$ 50,277,594			
9	2024-05-14	16225	04000000013629	$ 10,555,400	$ 189,722,194			
10	2024-05-16	FE16282	04000000013648	$ 5,356,130	$ 184,366,064			
11	2024-05-15	16250	M2000000000123	$ 1,330,400	$ 183,035,664			
12	2024-05-18	16356	M2000000000127	$ 188,640	$ 182,847,024			
13	2024-05-21	16372	04000000013683	$ 3,636,920	$ 179,210,104			
14	2024-05-25	16466	04000000013712	$ 120,900	$ 179,089,204			
15	2024-05-18	15793	04000000013722	$ 98,071,983	$ 81,017,221			

TOTAL EJECUTADO	$ 207,701,604		$ -

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 138,718,825	VALOR PAGADO:	$ -
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	$ 150,000,000	SALDO POR PAGAR :	$ 207,701,604
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	$ 288,718,825	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	Disponer de línea telefónica y correo electrónico para la solicitud y entrega de pedidos las 24 horas del día de lunes a domingo para dar respuesta a la necesidad de los servicios hospitalarios y establecer mecanismos que le permitan recibir y responder las sugerencias, quejas y reclamaciones que se presenten en desarrollo del contrato y establecer las medidas correctivas pertinentes.	SI	NO APLICA	NO APLICA
2	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; Si por alguna circunstancia (desabastecimiento, dificultades en la importación, entre otros), el Contratista no puede entregar los medicamentos que fueron ofertados con las mismas especificaciones técnicas relacionadas , este podrá presentar un solicitud modificación 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.	SI	ENVIAN ALTERNATIVAS PARA LOS MEDICAMENTOS AGOTADOS	CORREOS CON ALTERNATIVAS
3	Realizar la entrega de medicamentos en un plazo no mayor a las cuarenta y ocho (48) horas luego de realizado el requerimiento; para las solicitudes catalogadas como urgentes los medicamentos deben entregarse en un tiempo máximo de seis (6) horas contadas a partir de la hora de la solicitud. Las modificaciones técnicas solicitadas NO deberán extender el plazo de entrega la cual siempre debe darse en el tiempo establecido	SI	REALIZA ENTREGAS CORRESPONDIENTES A LO SOLICITADO	ORDENES DE COMPRA, FACTURAS, PARAFISCALES

	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:	ABRIL 2024			
4	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
5	Realizar las entregas de los medicamentos en el embalaje correspondiente de acuerdo al tipo de medicamento y recomendaciones del fabricante e identificando el nombre del producto, cantidad, unidad de medida, lote y fecha de vencimiento; Registro INVIMA. No se aceptarán empresas transportadoras sin acompañamiento de representante del oferente, con el fin de realizar las recepciones técnicas que se requieren en el proceso	SI	NO APLICA	RECEPCION TECNICA
6	Entregar de manera oportuna la documentación para la radicación de facturas (orden de compra emitida por la Subred, factura original y tres copias, certificación de pago de aportes a seguridad social y contribuciones parafiscales) junto con el pedido, en los tiempos establecidos por el Supervisor del Contrato.	SI	NO APLICA	ORDENES DE COMPRA, FACTURAS PARAFISCALES
7	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 del mismo.	SI	NO APLICA	CARTAS DE COMPROMISOS CON FECHA CORTA DE VENCIMIENTO
8	Realizar los cambios que sean necesarios cuando los medicamentos no cumplan con los criterios de: Cadena de frio, 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. El recibido de la factura se dará una vez esté acorde con los cambios reportados y se tramitará para pago.	SI	NO APLICA	NO SE HA REQUERIDO
9	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 requeridos.	SI	NO APLICA	EJECUCION DE CONTRATO
10	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
11	Realizar el cambio de Registro Sanitario en caso de vencimiento durante la vigencia del contrato e informar de inmediato al supervisor del mismo.	SI	SI	NO APLICA
12	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	RECEPCION TECNICA
13	Entregar medicamentos certificados por el INVIMA y producidos por laboratorios con BPM	SI	NO APLICA	CUANDO CORRESPONDA
14	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 mínimo de dos (2) meses.	SI	NO APLICA	NO SE HA REQUERIDO
15	Brindar las capacitaciones que sean requeridas por el supervisor del contrato para aquellos medicamentos que lo requieran.	SI	NO APLICA	NO APLICA
16	Informar a la supervisión del contrato, con mínimo diez (10) días de antelación las novedades presentadas con la firma de modificaciones, prorrogas y adiciones, del contrato.	SI	NO APLICA	SOLICITUD DE MODIFICATORIOS
17	Suscribir contrato de comodato para los medicamentos que requieran apoyo tecnológico (si hay lugar).	SI	NO APLICA	NO APLICA
18	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 medicamentos	SI	NO APLICA	NO APLICA
19	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.	SI	NO APLICA	NO APLICA
20	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 APLICA
OBSERVACIONES:			PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	71.94%

8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

VERIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Planillas/ 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:	