	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:	5639-2023	CONTRATISTA:	PROASEPSIS S.A.S	CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	860534045-3
OBJETO:	SUMINISTRO DE INSUMOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION CON APOYO TECNOLOGICO REQUERIDOS 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:	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:	2023-06-23	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	2023-10-22	PLAZO INICIAL:	4 Meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 29.680.000	VALOR INICIAL EN LETRAS:	VEINTINUEVE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA 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°:	1184			FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	2023-04-12
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:	20039			FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	2023-06-02

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	$ 7.000.000	2023-11-01	3312	2023-10-27	38647	2023-11-16	4245010401
2	$ 7.420.000	2023-11-27	3553	2023-11-16	38829	2023-11-30	4245010401
3	$ 7.420.000	2023-12-05	3885	2023-11-30	43624	2023-12-11	4245010401
4	$ 32.000.000	2024-01-18	284	2024-01-17	6080	2024-01-22	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	9 Días	2023-09-19	2023-10-23	31/10/2023
2	PRORROGA	1 Mes	2023-10-27	2023-11-01	30/11/2023
3	PRORROGA	1 Mes	2023-11-27	2023-12-01	31/12/2023
4	PRORROGA	1 Mes	2023-12-05	2024-01-01	31/01/2024
5	PRORROGA	3 Meses	2024-01-18	2024-02-01	30/04/2024

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	2023-06-23	34937	V2000000013179	$ 5.644.800	$ 24.035.200	000000000497561	2023-10-23	$ 5.644.800
2	2023-07-06	35128	V2000000013212	$ 5.644.800	$ 18.390.400	000000000504745	2023-12-07	$ 5.644.800
3	2023-07-18	35428	V2000000013281	$ 3.427.200	$ 14.963.200	000000000504745	2023-12-07	$ 3.427.200
4	2023-07-19	35452	V2000000013345	$ 2.822.400	$ 12.140.800	000000000504745	2023-12-07	$ 2.822.400
5	2023-08-18	35951	V2000000013451	$ 5.644.800	$ 6.496.000	000000000521011	2024-01-17	$ 5.644.800
6	2023-09-06	36238	V2000000013596	$ 5.644.800	$ 851.200	000000000527096	2024-02-13	$ 5.644.800
7	2023-11-03	37473	V2000000013875	$ 1.310.400	$ 6.540.800			
8	2023-11-20	40165	V2000000013961	$ 6.148.800	$ 392.000			
9	2023-12-07	40419	V2000000014145	$ 5.846.400	$ 1.965.600			

	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA							CO-CBS-FT-12 V5
FECHA:	Abril 29 de 2024							
10	2023-12-18	40613	VZ000000014143	$ 1.411.200	$ 7.974.400			
11	2023-12-19	40674	VZ000000014153	$ 7.056.000	$ 918.400			
12	2024-01-25	41249	VZ000000014378	$ 2.822.400	$ 30.096.000			
13	2024-02-02	41322	VZ000000014463	$ 9.777.600	$ 20.318.400			
TOTAL EJECUTADO				**$ 63.201.600**				**$ 28.828.800**

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 29.680.000	**VALOR PAGADO:**	$ 28.828.800
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	$ 53.840.000	**SALDO POR PAGAR :**	$ 34.372.800
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	$ 83.520.000	**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		
2	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 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. Asícomo 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, Registró INVIMA.	Si		
3	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		
4	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		
5	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		
6	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		
7	Informar el cambio de Registro Sanitario en caso de vencimiento durante la vigencia del contrato (Si aplica).	Si		
8	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		
9	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		
10	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		
11	Entregar insumos certificados por el INVIMA y producidos por laboratorios con BPM.	Si		
12	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		
13	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, 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		
14	Brindar las capacitaciones que sean requeridas por el supervisor del contrato para aquellos insumos y dispositivos médico quirúrgico que lo requieran.	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**	**75,67%**

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:**	