| | INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA | CO-CBS-FT-12 V6 |
|---|---|---|
| FECHA: | Junio 06 de 2024 | |

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

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 4281-2024 | CONTRATISTA: | CONVATEC COLOMBIA LTDA | CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT: | 900218736-4 |
| OBJETO: | SUMINISTRO DE INSUMOS MÉDICO QUIRÚRGICOS REQUERIDOS PARA HOSPITALIZACIÓN, UCI, URGENCIAS, CIRUGÍA ENTRE OTROS, NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES 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: | LUIS FERNANDO PAREDES GALLEGO | | CÉDULA DE CIUDADANÍA : | 79532049 |
| | ASESOR COMERCIAL: | SIN DATO | | TELÉFONO: | 3165220894 |
| | DIRECCIÓN: | AV CR 45 #108-27 | | CELULAR: | 3165220894 |
| | E-MAIL: | bruno.vindrola@convatec.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: | 2024-03-11 | FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL: | 2024-06-10 | PLAZO INICIAL: | 3 Meses |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 47.999.757 | VALOR INICIAL EN LETRAS: | CUARENTA Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS MCTE | | |
| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: | MATERIAL MEDICO QUIRURGICOS | | CÓDIGO DEL RUBRO: | 4245010401 | |
| DESCRIPCION DEL RUBRO: (Si aplica para dos rubros) | N/A | | CÓDIGO DEL RUBRO: | N/A | |
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: | 16 | | FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: | 2024-01-04 | |
| CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°: | 17192 | | FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL: | 2024-03-06 | |

## 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 | 19 Dias | 2024-05-20 | 2024-06-11 | 30/06/2024 |

## 4. OTRAS NOVEDAES CONTRACTUALES

| N° | OTRO SI No / Aclaratorio | 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 | 2024-03-14 | 656899 | VZ000000014693 | $ 8.418.880 | $ 39.580.877 | | | |
| 2 | 2024-04-02 | 657206 | VZ000000014745 | $ 10.104.880 | $ 29.475.997 | | | |
| 3 | 2024-05-06 | 657905 | VZ000000014851 | $ 10.775.720 | $ 18.700.277 | | | |
| 4 | 2024-05-16 | 658165 | VZ000000014891 | $ 1.872.000 | $ 16.828.277 | | | |
| 5 | 2024-05-28 | 658504 | VZ000000014979 | $ 13.933.840 | $ 2.894.437 | | | |
| TOTAL EJECUTADO | | | | $ 45.105.320 | | | | $ - |

## 6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 47.999.757 | VALOR PAGADO: | $ - |

| | INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA | CO-CBS-FT-12 V6 |
|---|---|---|
| FECHA: | Junio 06 de 2024 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO: | $ | - | SALDO POR PAGAR : | $ | 45.105.320 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO : | $ | 47.999.757 | 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 requeridas. | 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 | Realizar seguimiento, análisis e informe al Supervisor del contrato, en el caso que los insumos presenten eventos de seguridad. | 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 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 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 quince (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 PRESUPUESTAL | 93,97% |

## 8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

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