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 V6**

FECHA:	MARZO 2024
INFORME PARCIAL:	X
INFORME FINAL :	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO:	7199-2023	CONTRATISTA:	DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S. "SICMAFARMA S.A.S."	CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	900332426-3
No. DE CONVENIO AL CUAL PERTENECE EL CONTRATO (Numero y vigencia)					
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 E.S.E				

DATOS DEL CONTRATISTA:	REPRESENTANTE LEGAL:	LUPEIRLY SABOGAL MARTINEZ	CÉDULA DE CIUDADANÍA :	24580608
	ASESOR COMERCIAL:	MAYERLY QUINTERO CORREDOR	TELÉFONO:	3182703302
	DIRECCIÓN:	CRA 19 # 123 - 71 OF. 515	CELULAR:	3157917815-3168769024
	E-MAIL:	licitaciones@sicmafarma.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:	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	CÉDULA DE CIUDADANÍA:	53001341
	CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR	DIRECTORA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	ÁREA O DEPENDENCIA:	DIRECCION DE COMPLEMENTARIOS
	DIRECCIÓN:	Carrera 20 # 47B – 35 SUR	TELÉFONO FIJO:	7300000
	CORREO ELECTRÓNICO:	DIR.COMPLEMENTARIOS@SUBREDSUR.GOV.CO	CELULAR:	3044951728
	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:	2023-11-16	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	2023-12-15	PLAZO INICIAL:	30 Días
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 10.294.826	VALOR INICIAL EN LETRAS:	DIEZ MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS VEINTISEIS PESOS MCTE		
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:	MEDICAMENTOS			CÓDIGO DEL RUBRO:	4245010301
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:	2994			FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	2023-09-30
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:	38530			FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	2023-11-10

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	$ 10.000.000	2023-12-06	3897	2023-11-30	43580	2023-12-07	4245010301
2	$ 16.000.000	2024-01-12	104	2024-01-11	6166	2024-01-23	4245010301
3	$ 4.000.000	2024-01-25	472	2024-01-25	6373	2024-01-29	4245010301
4	$ 884.478	2024-02-16	666	2024-02-15	16985	2024-02-27	4245010301
5	$ 8.235.861	2024-02-29	750	2024-02-29	17163	2024-03-01	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	31 Días	2023-12-06	2023-12-16	31/01/2024
2	PRORROGA	29 Días	2024-01-12	2024-02-01	29/02/2024
3	PRORROGA	20 Días	2024-02-16	2024-03-01	20/03/2024

4. OTRAS NOVEDAES CONTRACTUALES

N°	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

ITEM	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	2023-11-16	76946	040000000012434	$ 1.500.000	$ 8.794.826			
2	2023-11-16	76945	040000000012435	$ 8.094.000	$ 700.826			
3	2023-12-13	77641	050000000000355	$ 3.600.000	$ 7.100.826			
4	2023-12-15	77642	040000000012658	$ 6.745.000	$ 16.355.826			
5	2024-01-24	78374	040000000012910	$ 1.349.000	$ 15.006.826			
6	2024-01-24	78375	050000000000397	$ 4.320.000	$ 10.686.826			
7	2024-01-24	78376	040000000012911	$ 3.642.300	$ 11.044.526			
8	2024-01-24	78377	050000000000398	$ 2.700.000	$ 8.344.526			
9	2024-02-05	78546	040000000012982	$ 3.237.600	$ 5.106.926			
10	2024-02-08	78637	040000000013034	$ 4.425.000	$ 1.566.404			
11	2024-03-05	79105	040000000013301	$ 5.396.000	$ 4.406.265			
12	2024-03-18	FE79106	040000000013309	$ 4.350.000	$ 56.265			

TOTAL EJECUTADO	$ 49.358.900				$ -

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 10.294.826	VALOR PAGADO:	$
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	$ 39.120.339	SALDO POR PAGAR :	$ 49.358.900
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	$ 49.415.165	SALDO A REINTEGRAR	

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 medicamentos 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	NO APLICA	NO APLICA

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	CO-CBS-FT-12 V6
	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA	

FECHA:	MARZO 2024			
2	Los medicamentos a entregar deben tener 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	REALIZA ENTREGAS CORRESPONDIENTES A LO SOLICITADO	ORDENES DE COMPRA, FACTURAS, PARAFISCALES
3	Realizar los cambios que sean necesarios cuando los medicamentos 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 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.	SI	NO APLICA	ORDENES DE COMPRA, FACTURAS, PARAFISCALES
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 a que haya lugar.	SI	NO APLICA	NO APLICA
5	Permitir el desarrollo de las actividades de control y vigilancia contractual que ejerza la Subred Sur, a través del personal idóneo que éste designe.	SI	NO APLICA	NO APLICA
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	NO APLICA	NO APLICA
7	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	NO APLICA
8	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
9	Disponer en sus bodegas del stock necesario para atender las solicitudes de pedidos de los medicamentos requeridos objetos del contrato.	SI	NO APLICA	CARTAS DE COMPROMISOS CON FECHA CORTA DE VENCIMIENTO
10	Entregar medicamentos certificados por el INVIMA y producidos por laboratorios con BPM.	SI	NO APLICA	CARTAS DE COMPROMISOS CON FECHA CORTA DE VENCIMIENTO
11	En el caso que los medicamentos presenten eventos de seguridad, el Contratista se compromete a realizar seguimiento, análisis e informe al Supervisor del contrato.	SI	REPORTE DE MEDICAMENTOS PENDIENTES POR ENTREGAR	VIA CORREO
12	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 mínima de dos (2) meses.	SI	NO APLICA	NO APLICA
13	Brindar las capacitaciones que sean requeridas por el supervisor del contrato para aquellos medicamentos que lo requieran.	SI	NO APLICA	NO APLICA
14	Informar con mínimo 10 días de antelación las novedades presentadas con la firma de modificaciones, prorrogas y adiciones a la supervisión del contrato.	SI	NO APLICA	ORDENES DE COMPRA, FACTURAS, PARAFISCALES
15	Suscribir contrato de comodato para los medicamentos que requieran apoyo tecnológico (si hay lugar).	SI	ENVIAN ALTERNATIVAS PARA LOS MEDICAMENTOS AGOTADOS	CORREOS CON ALTERNATIVAS
16	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	ORDENES DE COMPRA, FACTURAS, PARAFISCALES
17	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
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 medicamento entregado a la Subred Sur.	SI	NO APLICA	NO SE HA REQUERIDO
OBSERVACIONES:			PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	49.6%

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:	