	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA	CO-CBS-FT-12 V6
FECHA:	Septiembre 11 de 2024	

INFORME PARCIAL:	X	INFORME FINAL :	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO:	4285-2024	CONTRATISTA:	LABORATORIO GOTHAPLAST LTDA	CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	830061856-1
OBJETO:	SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS REQUERIDOS PARA HOSPITALIZACION, UCI, URGENCIAS, CIRUGIA ENTRE OTROS, NECESARIOS PARA LA ATENCION 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:	NATALIA PATRICIA ORTEGA ZAMORANO		CÉDULA DE CIUDADANÍA :	52155749
	ASESOR COMERCIAL:	NATALIA GARCIA		TELÉFONO:	2248930
	DIRECCIÓN:	CRA 72 A No 70-17		CELULAR:	2516284-2248930
	E-MAIL:	ventas@labgothaplast.com.co		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:	$ 92.365.390	VALOR INICIAL EN LETRAS:	NOVENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA 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°:	17160			FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	2024-03-01

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	$ 50.000.000	2024-06-26	1695	2024-06-21	26022	2024-06-27	4542010401
2	$ 64.760.000	2024-08-30	2190	2024-08-26	-	2024-08-31	4542010401

3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIONES REALIZADAS AL CONTRATO

N°	PRORROGA / SUSPENSION	PLAZO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	PRORROGA	20 Dias	2024-04-29	2024-06-11	30/06/2024
2	PRORROGA	2 Meses	2024-06-26	2024-07-01	31/08/2024
3	PRORROGA	2 Meses	2024-08-30	2024-09-01	31/10/2024

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	NUMERO 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	2024-04-01	35236	VZ000000014746	$ 3.029.886	$ 89.335.504			
2	2024-04-18	35679	VZ000000014793	$ 6.904.993	$ 82.430.511			
3	2024-04-16	35680	VZ000000014794	$ 9.363.419	$ 73.067.093			
4	2024-04-01	35239	VZ000000014824	$ 1.674.000	$ 71.393.093			
5	2024-05-14	36246	VZ000000014880	$ 7.547.105	$ 63.845.987			
6	2024-05-15	36280	VZ000000014881	$ 10.675.298	$ 53.170.689			
7	2024-05-30	50070	VZ000000014982	$ 7.410.084	$ 45.760.605			
8	2024-05-30	50071	VZ000000014983	$ 9.430.536	$ 36.330.070			
9	2024-06-27	50730	VZ000000015173	$ 710.000	$ 85.620.070			
10	2024-07-04	50873	VZ000000015200	$ 8.560.829	$ 77.059.241			
11	2024-07-09	50985	VZ000000015261	$ 22.951.260	$ 54.107.981			
12	2024-07-26	51496	VZ000000015363	$ 13.268.980	$ 40.839.001			
13	2024-08-02	51682	VZ000000015441	$ 6.224.675	$ 34.614.326			
14	2024-08-26	52230	VZ000000015500	$ 16.821.887	$ 17.792.438			
15	2024-08-26	52231	VZ000000015503	$ 4.594.293	$ 13.198.145			
16	2024-08-30	FV00025523	VZ000000005766	$ 4.500.000	$ 98.476.345			

	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA						CO-CBS-FT-12 V6
FECHA:	Septiembre 11 de 2024						
17	52529	VZ000000000000	$ 455.532	$ 93.022.833			
TOTAL EJECUTADO			$ 134.122.577				$ -

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 92.365.390	VALOR PAGADO:	$ -
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	$ 134.780.000	SALDO POR PAGAR :	$ 134.122.577
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	$ 227.145.390	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 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	Realizar 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 que 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 encuentren en el contrato, una vez notificado por el supervisor del mismo, 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	59,05%

8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

VERIFICACION 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: