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

Bogotá DC; JULIO 2024

**DE:** CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ

FRANCY YAMELY DOMINGUEZ SALAZAR

**PARA:** ÁREA DE CONTRATACIÓN.

**CONTRATO No.** 4919 DEL 2024

30 JUL. 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:** PHARMAPLUS S.A.S.

**TIPO DE LA SOLICITUD:**

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

ACLARATORIO [ ] PRORROGA [X]

VALOR DE LA ADICIÓN:

PLAZO: [27 DIAS] DESDE EL 05-08-2024 HASTA EL 31-08-2024

**JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD:**

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., requiere el suministro de medicamentos, para responder de forma pertinente y oportuna a los problemas de morbilidad con las diferentes patologías que se presentan en la población de las localidades Ciudad Bolívar, Tunjuelito, Usme y Sumapaz; cuenta con varias unidades prestadoras de servicios de salud en las que se encuentran 22 farmacias, por tal razón se hace necesario que dichos medicamentos sean adquiridos para garantizar la dispensación en las farmacias hospitalarias y ambulatorias ubicadas en las Unidades de Servicios de Salud, desde las cuales se suministran medicamentos para los servicios como; Hospitalización, Consulta externa, Urgencias, UCI Adulto, UCI Pediátrica UCI Neonatal, Ginecobstetricia, Pediatría, y Cirugía, servicios ambulatorios entre otros. brindando un servicio con calidad, humanización, continuidad, accesibilidad y seguridad.

La Subred Sur, actualmente tiene suscritos contratos de prestación de servicio de salud con diferentes entidades pagadoras como: Capital Salud, Fondo Financiero Distrital, Coosalud, Famisanar, Compensar y Nueva EPS, entre otras, a quienes se les debe garantizar la prestación de servicios, de acuerdo a la demanda y al portafolio ofertado, como lo establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad definido en el Decreto único del sector salud, 780 de 2016, expedido por el Ministerio de Salud que establece como características de la prestación de servicios de salud la Pertinencia, Oportunidad, Continuidad, Accesibilidad y Seguridad; así mismo, la Resolución 3100 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción

de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud", razón por la cual, se hace necesario garantizar la continuidad en la oferta de servicio de medicamentos.

Por tal razón, a través del proceso de selección se llevó a cabo la adjudicación y se celebró el contrato 4919-2024, 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, Teniendo en cuenta que los recursos con que cuenta el contrato son suficiente para cubrir las necesidades de las unidades de servicios y el plazo de ejecución está hasta el 05 de agosto de 2024, se solicita realizar prorroga hasta el 31 de agosto de 2024 que nos garantice el normal funcionamiento en la prestación del servicio y ejecución del contrato, considerando la necesidad para abastecimiento del servicio Farmacéutico y así dar cubrimiento a las necesidades del servicio asistencial.

De igual manera, el contratista ha venido cumpliendo oportunamente con el objeto del en los términos y condiciones funcionales, técnicas, económicas, financieras y comerciales establecidas en el mismo, en la propuesta y en la Convocatoria Pública, hecha por la Subred Sur y su ejecución se encuentra en un 33.25%

| VALOR PROMEDIO FACTURADO | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN |
|---|---|
| $ 331.923 | 33.25% |

**INFORME DEL ESTADO ACTUAL DEL CONTRATO PARA ADICIONAR**

| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUYENDO ADICIONES | VALOR EJECUTADO A LA FECHA | SALDO ACTUAL | TIEMPO DE PROYECCIÓN |
|---|---|---|---|
| $ 1.996.661 | $ 663.846 | $ 1.332.815 | 27 DIAS |

**INFORME DEL ESTADO ACTUAL DEL CONTRATO PARA PRORROGAR**

| PERIODO INICIAL DEL CONTRATO | PRORROGAS EFECTUADAS | SUSPENSIONES EFECTUADAS | TIEMPO A PRORROGAR |
|---|---|---|---|
| 05-06-2024 AL 04-08-2024 | NINGUNA | NINGUNA | 05-08-2024 AL 31-08-2024 |

NOMBRE DEL SUPERVISOR. CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ

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 V6 |
| FECHA: | JULIO 2024 | INFORME PARCIAL: | X | INFORME FINAL : | |

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 4919-2024 | CONTRATISTA: | PHARMAPLUS S.A.S. | CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT: | 830110109-7 |
| No. DE CONVENIO AL CUAL PERTENECE EL CONTRATO (Numero y vigencia) | | | | | |
| 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 | | | | |
| DATOS DEL CONTRATISTA: | REPRESENTANTE LEGAL: | JESUS EDUARDO LOPEZ CAMARGO | | CÉDULA DE CIUDADANÍA : | 74369605 |
| | ASESOR COMERCIAL: | JENNIFER RODRIGUEZ | | TELÉFONO: | 3208644066 |
| | DIRECCIÓN: | CARRERA 13 A # 90-21 PISO 6 OFC. 602 | | CELULAR: | 0 |
| | E-MAIL: | Licitaciones@pharmaplus.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: | 3138861375 |
| FECHA ACTA DE INICIO: | 2024-06-05 | FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL: | 2024-08-04 | PLAZO INICIAL: | 2 Meses |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 1,996,661 | VALOR INICIAL EN LETRAS: | UN MILLON NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y UN PESOS MCTE | | |
| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: | MEDICAMENTOS | | | CÓDIGO DEL RUBRO: | 4245010301 |
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | 1141 | | | FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: | 2024-04-22 |
| CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°: | x | | | FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL: | x |

## 2. INFORMACIÓN DE ADICIONES REALIZADAS AL CONTRATO

| N° DE ADICION | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIONES REALIZADAS AL CONTRATO

| N° | PRORROGA / SUSPENSION | PLAZO | FECHA DE SUSCRIPCIÓN | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|

## 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 ALMACÈN | VALOR DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO | SALDO DEL CONTRATO | N° ORDEN DE PAGO | FECHA ORDEN DE PAGO | VALOR CANCELADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2024-06-26 | 67593 | 04000000013876 | $ 172,500 | $ 32,796,223 | | | |
| 2 | 2024-07-03 | 67850 | 04000000013928 | $ 172,500 | $ 1,824,161 | | | |
| 3 | 2024-07-15 | 68644 | 04000000014018 | $ 86,250 | $ 1,737,911 | | | |
| 4 | 2024-07-09 | 68265 | 04000000014024 | $ 232,596 | $ 1,332,815 | | | |
| TOTAL EJECUTADO | | | | $ 663,846 | | | | $ - |

## 6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 1,996,661 | VALOR PAGADO: | $ - |
| VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO: | $ - | SALDO POR PAGAR : | $ 663,846 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO : | $ 1,996,661 | 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 | Disponer de línea telefónica y correo electrónico para la solicitud y entrega de pedidos las veinticuatro (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 pueda 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 | REALIZA ENTREGAS CORRESPONDIENTES A LO SOLICITADO | 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 | ENVIAN ALTERNATIVAS PARA LOS MEDICAMENTOS AGOTADOS | ORDENES DE COMPRA, FACTURAS, PARAFISCALES |
| 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 |

| | 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: | JULIO 2024 | INFORME PARCIAL: | X | INFORME FINAL : | | |
| 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 |
| OBSERVACIONES: | | | | | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | 33,25% |

## 8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| VERIFICACION 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: | |