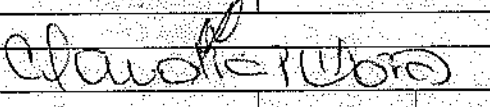
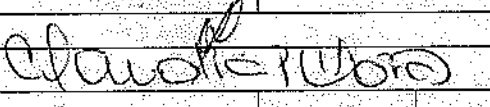


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.									
INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA								CO-CBS-FT-12 V7	
FECHA:		AGOSTO 2024							
INFORME PARCIAL		X		INFORME FINAL					
1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO									
No. DE CONTRATO:		4919-2024		CONTRATISTA:		PHARMAPLUS S.A.S.		CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	
								830110109-7	
No. DE CONVENIO AL CUAL PERTENECE EL CONTRATO (Número 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 ESE							
DATOS DEL CONTRATISTA:		REPRESENTANTE LEGAL:		JESÚS EDUARDO LOPEZ CAMARGO		CÉDULA DE CIUDADANÍA:		74369605	
		ASESOR COMERCIAL:		MICHAEL MENJURA		TELÉFONO:		3156334668	
		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:		3044961728	
		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:		REFERENTEM.FARMACIA@SUBREDSUR.GOV.CO		CELULAR:		3138881375	
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:		VEINTIDOS MILLONES QUINIENTOS DOCE MIL PESOS MCTE			
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:		MEDICAMENTOS		CÓDIGO DEL RUBRO:		4245010301			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:		1141		FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:		2024-04-22			
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:		23315		FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:		2024-05-29			
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	
3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIÓNES REALIZADAS AL CONTRATO									
N°		PRORROGA / SUSPENSIÓN		PLAZO		FECHA DE SUSCRIPCIÓN		FECHA DE INICIO	
								FECHA DE TERMINACIÓN	
1		PRORROGA		27 Días		2024-07-31		2024-08-05	
2		PRORROGA		30 Días		2024-08-30		2024-09-01	
4. OTRAS NOVEDADES CONTRACTUALES									
N°		OTRO SI No (Aclaratorio, Inclusion, Exclusion)		CONSIDERACION DEL OTRO SI				FECHA DE SUSCRIPCIÓN 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° COMPROBANTE DE EGRESO	
								FECHA COMPROBANTE DE EGRESO	
								VALOR CANCELADO	
1		2024-07-03		67850		04000000013928		\$ 172.500	
2		2024-07-15		68544		04000000014018		\$ 86.250	
3		2024-07-09		68265		04000000014024		\$ 232.596	
4		2024-07-25		69320		04000000014058		\$ 172.500	
5		2024-08-15		70632		04000000014165		\$ 33.228	
6		2024-08-28		71323		04000000014207		\$ 340.500	
TOTAL EJECUTADO		\$		1.037.574		\$		-	
6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL									
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:		\$		1.996.661		VALOR PAGADO:		\$	
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:		\$		-		SALDO POR PAGAR:		\$	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$		1.996.661		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		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 presentan en desarrollo del contrato y establecer las medidas correctivas pertinentes.				SI		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 puede 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 autorará según el caso, mediante concepto técnico el requerimiento.				SI		ENTREGAS DEL 100% DE MEDICAMENTOS SOLICITADAS	
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 categorizadas 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		REALIZO ENTREGAS EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS	
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	

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			CD-CBS-FT-12 V7	
INFORME DE SUPERVISIÓN. CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORÍA, OBRA E INTERVENTORIA						
FECHA:	AGOSTO 2024.					
5.	Realizar las entregas de los medicamentos en el empaque correspondiente de acuerdo al tipo de medicamento y recomendaciones del fabricante 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 requieran en el proceso.	SI	NO APLICA	RECEPCIÓN TÉCNICA		
6.	Entregar de manera oportuna la documentación para la redacción 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 del Catálogo de fármacos, 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	EJECUCIÓN DE CONTRATO		
10.	Permitir el desarrollo de las actividades de control y vigilancia contractual que ejerza la Subred Sur a través del personal técnico que esta designe.	SI	NO APLICA	NO APLICA		
11.	Realizar el cambio de Registro Sanitario en caso de vencimiento durante la vigencia del contrato o 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	RECEPCIÓN TÉCNICA		
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 avisará con una antelación mínima 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, prórrogas 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, empaque 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		51,97%
B. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS						
VERIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Plantilla/ 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:	