	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA	CO-CBS-FT-12 V7
FECHA:	Noviembre 08 de 2024	

INFORME PARCIAL:	X	INFORME FINAL :	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO:	4291-2024	CONTRATISTA:	REM EQUIPOS INGENIERIA BIOMEDICA S.A.S.	CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	900805675-1
OBJETO:	SUMINISTRO DE INSUMOS MÉDICO 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:	ALBA PUREZA RUIZ TORRES		CÉDULA DE CIUDADANÍA :	40040088
	ASESOR COMERCIAL:	SIN DATO		TELÉFONO:	-
	DIRECCIÓN:	CARRERA 12A # 14-34		CELULAR:	3112211178
	E-MAIL:	remequiposlicitaciones@gmail.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
	NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION	OSCAR ORLANDO CUBILLOS		CÉDULA DE CIUDADANÍA:	79316535
	CARGO/PERFIL	APOYO TECNICO A LA SUPERVISION		ÁREA O DEPENDENCIA:	ALMACEN MEDICO QUIRURGICOS
	CORREO ELECTRÓNICO:	gestionsuministros@subredsur.gov.co		CELULAR:	3026188659
	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:	2024-04-18	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	2024-07-17	PLAZO INICIAL:	3 Meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 134.327.964	VALOR INICIAL EN LETRAS:	CIENTO TREINTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS MCTE		
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:	MATERIAL MÉDICO 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°:	18665			FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	2024-03-15

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	$ 66.921.702	2024-08-30	2172	2024-08-26	33688	2024-08-31	4245010401
2	$ 52.000.000	2024-10-31	2602	2024-10-22	-	2024-10-31	4245010401

3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIONES REALIZADAS AL CONTRATO

N°	PRORROGA / SUSPENSION	PLAZO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	PRORROGA	1Mes y 14 Dias	2024-06-20	2024-07-18	31/08/2024
2	PRORROGA	1Mes y 30 Dias	2024-08-30	2024-09-01	30/10/2024
3	PRORROGA	2 Meses	2024-10-31	2024-11-01	31/12/2024

4. OTRAS NOVEDAES CONTRACTUALES

	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA	CO-CBS-FT-12 V7
FECHA:	Noviembre 08 de 2024	

N°	OTRO SI No (Aclaratorio, Inclusion, Exclusion)	CONSIDERACION DEL OTRO SI	FECHA DE SUSCRIPCION DEL OTRO SI
1	#N/A	#N/A	#N/A

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° DE COMPROBANTE DE EGRESO	FECHA DE COMPROBANTE DE EGRESO	VALOR CANCELADO
1	2024-05-03	7863	VZ0000000014834	$ 5.349.483	$ 128.978.481			
2	2024-05-03	7864	VZ0000000014835	$ 1.085.370	$ 127.893.111			
3	2024-05-23	7954	VZ0000000014975	$ 359.260	$ 127.533.851			
4	2024-06-13	8048	VZ0000000015048	$ 5.451.913	$ 122.081.938			
5	2024-06-25	794-8048	VZ0000000000435	$ 5.451.913	$ 127.533.851			
6	2024-06-26	8119	VZ0000000015145	$ 5.451.913	$ 122.081.938			
7	2024-06-11	7989	VZ0000000015146	$ 4.329.437	$ 117.752.501			
8	2024-07-12	8202	VZ0000000015265	$ 53.555.378	$ 64.197.123			
9	2024-07-19	8244	VZ0000000015283	$ 6.898.490	$ 57.298.633			
10	2024-08-20	8339	VZ00UD000015505	$ 34.778.428	$ 22.520.205			
11	2024-09-12	8497	VZ0000000015590	$ 16.882.617	$ 72.559.299			
12	2024-09-13	8499	VZ0000000015591	$ 718.520	$ 86.687.743			
13	2024-09-18	8525	VZ0000000015687	$ 2.035.644	$ 69.805.126			
14	2024-10-17	8624	VZ00000D015863	$ 10.919.124	$ 58.886.002			
15	2024-10-29	8761	VZ0000000015864	$ 1.203.090	$ 109.682.912			
	TOTAL EJECUTADO			$ 143.566.754				$ -

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 134.327.964	VALOR PAGADO:	$ -
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	$ 118.921.702	SALDO POR PAGAR :	$ 143.566.754
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	$ 253.249.666	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	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	Si		
12	Brindar las capacitaciones que sean requeridas por el supervisor del contrato para aquellos insumos y dispositivos médico quirúrgico que lo requieran	Si		

	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA			CO-CBS-FT-12 V7
FECHA:	Noviembre 08 de 2024			
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	55,69%

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	Estephania Jimenez		ANEXOS (CD)	N/A	FECHA:	
FIRMA DEL SUPERVISOR	CTO. 4291-2024		TOTAL FOLIOS	1	FECHA:	
NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RECIBE EL INFORME		CARGO/PERFIL		FIRMA	FECHA:	