| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTOS<br>FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-011<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2023-11-14 |
|---|---|---|

## 1. DATOS GENERALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo:** | ORDEN DE SERVICIO | **Número:** | OS 122 | **Vigencia:** | 2024 |
| **Contratista:** | PHARMACEUTICAL SUPPLY CHAIN SAS | | | | |
| **Identificación (CC – Nit):** | NIT: 900.270.461-4 | | | | |
| **Representante Legal:** | ANA INDIRA ROJAS RODRIGUEZ<br>40.039.355 | | | | |
| **Supervisor / Interventor del Contrato/Convenio** | **Nombre:** | IGNA PATRICIA BENAVIDES RODRIGUEZ | | | |
| | **Cargo:** | QUIMICO FARMACEUTICO - SUPERVISOR CONTRATO | | | |

## 2. FECHAS RELEVANTES

| | |
|---|---|
| **Suscripción** | *11/09/2024* |
| **Inicio** | *11/09/2024* |
| **Cesión** | *N/A* |
| **Suspensión** | *N/A* |
| **Reinicio** | *N/A* |
| **Terminación** | *10/10/2024* |

## 3. PLAZO DE EJECUCIÓN

| **PACTADO (indicar cantidad y unidad de tiempo)** | | **FECHAS** | |
|---|---|---|---|
| | | **Desde** | **Hasta** |
| **Inicial** | *1 MES* | *11/09/2024* | *10/10/2024* |
| **Prórroga Uno** | *N/A* | *N/A* | *N/A* |
| **Prórroga Dos** | *N/A* | *N/A* | *N/A* |
| **Prórroga Tres** | *N/A* | *N/A* | *N/A* |
| **PLAZO TOTAL** | *1 MES* | *11/09/2024* | *10/10/2024* |
| **PLAZO TOTAL EJECUTADO** | *1 MES* | *11/09/2024* | *10/10/2024* |

## 4. VALOR

| | |
|---|---|
| **VALOR INICIAL** | *$ 43.078.000,00* |
| **VALOR ADICIÓNES** | *$ 0,00* |
| **VALOR TOTAL** | *$ 43.078.000,00* |

## 5. PAGOS

El supervisor / interventor certifica:
• Que los pagos autorizados, se hicieron dando cumplimiento a la forma de pago pactada.

| | |
|---|---|
| **VALOR PAGOS EFECTUADOS** | *$ 0,00* |
| **SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA** | *$ 43.078.000,00* |
| **SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO** | |

## 6. VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETO, ALCANCE Y OBLIGACIONES

La supervisión y/o Interventoría deja constancia de haber verificado el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones a cargo del contratista en los siguientes términos:

| **CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL** | **VERIFICACIÓN** |
|---|---|
| **REALIZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR VALIDACIÓN, VERIFICACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DE PRODUCCIÓN DE AIRE MEDICINAL DE LOS PROCESOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.** | LA SUPERVISION DEJA CONSTANCIA EN EL PRESENTE INFORME DE SUPERVISION QUE CUMPLIO A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO. |

| **ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS** | **VERIFICACIÓN** |
|---|---|
| N/A | a) La supervisión deja constancia que *N/A* |

*ANEXO 1: Aquí de debe dejar constancia de informes y productos recibidos por parte del contratista en medio físico o magnético.*

| VERIFICACIÓN OBLIGACIONES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES | VERIFICACIÓN |
|---|---|
| Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, el artículo 50, sobre control a la evasión de los recursos parafiscales y demás normas concordantes | El supervisor / interventor certifica con la suscripción de la presente acta, que verificó el cumplimiento por parte del contratista durante la ejecución del contrato, el pago al Sistema General de Seguridad Social (Pensiones, Salud, Riesgos Laborales y/o Parafiscales); de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente. |

## 7. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

LA SUPERVISION DEJA CONSTANCIA QUE SE CUMPLIO A CABALIDAD CON EL OBJETO DE LA ORDEN DE SERVICIO :REALIZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR VALIDACIÓN, VERIFICACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DE PRODUCCIÓN DE AIRE MEDICINAL DE LOS PROCESOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

## 8. CONCEPTO FINAL DEL SUPERVISOR/INTERVENTOR

EL SUPERVISOR DEJA CONSTANCIA QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO CON EL OBJETO CONTRATADO.

Para constancia se firma en Bogotá, en el 2024 del mes de 12 a los 23 dias

| El supervisor / interventor, | |
|---|---|
| | Igna Benavides R |
| **Nombre** | *IGNA PATRICIA BENAVIDES RODRIGUEZ* |
| **Cargo** | *QUÍMICO FARMACÉUTICO* |

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO EVALUACION DE PROVEEDORES

CÓDIGO: AP-IA-FT-033
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-05-09

## CALIFICACION DE PROVEEDORES EN LA EJECUCION

| PROCESO | DESCRIPCION | ASPECTOS A TENER EN CUENTA | INDICADOR | PUNTUACION | PESO | RESULTADO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Seriedad y Cumplimiento | Corresponde al sostenimiento de las condiciones pactadas en la etapa precontractual, contractual y post contractual por parte del proveedor. | Vigilancia en el mantenimiento de las condiciones iniciales acordadas entre las partes como los precios, marcas ofertadas, niveles de servicio entre otros. | Variación injusticada de condiciones pactadas en el contrato SI: 0 y NO: 5 | no | 50% | 5,0 |
| 2. Oportunidad | Corresponde a la entrega de los productos solicitados dentro del contrato en el tiempo indicado. | Seguimiento a la entrega oportuna y completa de los pedidos solicitados, teniendo en cuenta los tiempos definidios de entrega en el contrato | Total items entregados oportunamente / Total items solicitados *100. Del resultado obtenido se tomara el siguiente puntaje, entre 91% - 100% = 5 puntos; entre 80% - 90% = 3 puntos: menor < a 80% =2 | 5 | 25% | 2,5 |
| 3. Calidad | Para el caso de los contratos de medicamentos y materiales médico quirúrgicos. Corresponde al reporte de las areas asistenciales al Comité de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia. | Reportes notificados por parte de el Comité de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia o proceso asistencial cuando aplique el caso, cuyo concepto sea desfavorable para el proveedor. | Puntaje: Cero (0) Reportes = 5 puntos Un (1) Reporte subsanable = 3 puntos; Mas > de 2 reportes = 2 puntos | 5 | 25% | 2,5 |
| | Para el caso de los demás tipos de contrato, las quejas, peticiones y/o reclamos de terceros sobre la prestación del servicio. | Reportes de peticiones, quejas y/o reclamos sobre el servicio prestado. | | | | |
| TOTAL | | | | 10,0 | | 10,0 |

| | |
|---|---|
| PROVEEDOR: | PHARMACEUTICAL SUPPLY CHAIN SAS |
| CONTRATO: | OS 122 2024 23/12/2024 |
| OBJETO: | REALIZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR VALIDACIÓN, VERIFICACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DE PRODUCCIÓN DE AIRE MEDICINAL DE LOS PROCESOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
| EL SUPERVISOR | Igna Benavides R<br>IGNA PATRICIA BENAVIDES RODRIGUEZ — FECHA: 23/12/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CALIFICACIÓN: | 5- 4 puntos equivalentes a 2,5 | Bueno: | El contratista presenta un excelente comportamiento como proveedor en la Subred |
| | 3-2 puntos eqivalentes a 1,5 | Aceptable: | El proveedor es apto pero se requieren planes de mejoramiento |
| | 2-0 puntos eqivalentes a 0 | Malo: | El proveedor no es apto |

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION

CÓDIGO: AP-IA-FT-010
VERSIÓN: 06
FECHA: 2021-04-08

| CERTIFICACION No. | 1 | INFORME PARCIAL: | X | Marque con una (X) según corresponda |
|---|---|---|---|---|
| CONTRATO No. | OS 122 2024 | FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA | 28/10/2024 | |

## 1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Contratista: | PHARMACEUTICAL SUPPLY CHAIN SAS | NIT O C.C | NIT. 900.270.461-4 | |
| Representante Legal: | ANA INDIRA ROJAS RODRIGUEZ | Identificación Representante Legal | C.C: X<br>C.E: | 40.039.355 |
| Objeto del Contrato u orden: | REALIZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR VALIDACIÓN, VERIFICACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DE PRODUCCIÓN DE AIRE MEDICINAL DE LOS PROCESOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | FORMA DE PAGO: | 90 DÍAS | |

### SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

| | | | | | | | | Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA | Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Valor Tope del Contrato (Maximo)** | $ 172.312.000,00 | Valor Inicial contrato: | $ 43.078.000,00 | Plazo | 11/09/2024 | 10/10/2024 |
| Consecutivo CDP | | Fecha CDP DD/MM/AAAA | Registros Presupuestales | Consecutivo CRP | Fecha CRP DD/MM/AAAA | Adiciones/ Modificación | Valor Adiciones | Prórrogas | Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA | Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA |
| Disponibilidad Inicial | 3132 | 30/08/2024 | Registro Inicial | 41407 | 5/09/2024 | | | | | |
| Disponibilidades Números de Adiciones | | | Registros Presupuestales de Adiciones | | | Adición 1: | | Prórroga 1: | | |
| | | | | | | Adición 2: | | Prórroga 2: | | |
| | | | | | | Adición 3: | | Prórroga 3: | | |
| | | | | | | Adición 4: | | Prórroga 4: | | |
| | | | | | | Adición 5: | | Prórroga 5: | | |
| | | | | | | Adición 6: | | Prórroga 6: | | |
| | | | | | | Adición 7: | | Prórroga 7: | | |
| | | | | | | Adición 8: | | Prórroga 8: | | |
| | | | | | | Adición 9: | | Prórroga 9: | | |
| | | | | | | Adición 10: | | Prórroga 10: | | |
| | | | | | | Valor Total: | $ 43.078.000,00 | Fecha Terminación actual: | | 10/10/2024 |
| Nombre(s) Rubro(s) presupuestal | ADQUISICIÓN OTROS SERVICIOS | | Código(S) Rubro(S) | 4245020602O1 | | Validación Tope Máximo del Contrato | | Adicionar | | |

## 2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

### INFORMACION DE ACTIVIDADES

| No. INFORME CERTIFICACION | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO | CENTRO DE COSTO | ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | REALIZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR VALIDACIÓN, VERIFICACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DE PRODUCCIÓN DE AIRE MEDICINAL DE LOS PROCESOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | N/A | Oportunidad de entrega | SI: X<br>N/A<br>NO: | Cumplimiento de documentación tramitada o presentada | SI: X | NO: |
| | | | Respuesta de imprevistos y Emergencias | SI: X<br>N/A<br>NO: | Cumplimiento calidad de la prestación | SI: X | NO: |

** DE ACUERDO AL MANUAL DE CONTRATACION RESOLUCIÓN 152 DEL 18 DE MARZO DE 2019 , LOS CONTRATOS QUE CELEBRE LA SUBRED, SE PODRAN ADICIONAR HASTA TRES(3) VECES EL VALOR INICIAL, SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA JUSTIFICACIÓN DEL CONTRATO, QUE SOPORTE LA ADICIÓN Y LAS CONDICIONES DEL MISMO LO PERMITAN.

## 3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS

| No. | No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO - Ver Fila 39 del Instructivo | FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO: DD/MM/AAAA | PERIODO FACTURADO | VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 43 en Instructivo | ACUMULADO EJECUTADO | SALDO | % EJECUCIÓN | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FE 2584 | 9/10/2024 | OCTUBRE | $ 43.078.000,00 | $ 43.078.000,00 | $ 0,00 | 100,00% | |
| | | | | | | $ 0,00 | | |
| TOTAL | | | | **$ 43.078.000** | **$ 43.078.000** | **$ 0** | **100,00%** | |

| | |
|---|---|
| COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO | |
| CERTIFICO | |
| EL PROVEEDOR CUMPLE CON EL OBJETO DEL CONTRATO , NO TIENE PENDIENTES DE ENTREGA Y ANEXA SOPORTE DE PAGO PARAFISCALES | |
| | |
| EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
| CONCEPTO | VALOR EN LETRAS / VALOR EN NÚMEROS |
| Valor ejecutado | CUARENTA Y TRES MILLONES SETENTA Y OCHO MIL0 / $ 43.078.000 |
| Saldo por ejecutar | 0 / $ - |
| Valor total certificado (Acumulado) | CUARENTA Y TRES MILLONES SETENTA Y OCHO MIL0 / $ 43.078.000 |
| No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO | FECHA DE EMISION DE LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO: DD/MM/AAAA |
| FE 2584 | 9/10/2024 |
| VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO | $ 43.078.000,00 |
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: | N/A |
| ANEXOS: COMPROBANTE ENTRADA DE ALMACEN , FACTURA ORIGINAL Y SOPORTE PARAFISCAL | |
| FIRMA SUPERVISOR CONTRATO | Igna Benavides Rodriguez |
| NOMBRE Y APELLIDOS | IGNA PATRICIA BENAVIDES RODRIGUEZ |
| C.C. No. | C.C 52.444.099 |
| CARGO/PERFIL | QUIMICO FARMACEUTICO REFERENTE- SUPERVISOR CONTRATO |
| AREA DE UBICACIÓN | SUBRED CENTRO ORIENTE - UMHES SANTA CLARA |
| CORREO ELECTRONICO | referentefarmaceutico@subredcentrooriente.gov.co |
| NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA | LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCÍA |
| AREA DE UBICACIÓN | SUBRED CENTRO ORIENTE - UMHES SANTA CLARA |
| CORREO ELECTRONICO | abastecimientomedicamentos@subredcentrooriente.gov.co |