	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:	DICIEMBRE 2024		
INFORME PARCIAL:	X	INFORME FINAL :	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO:	4439-2024	CONTRATISTA:	DISCOLMETS S.A.S	CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	828002423-5

No. DE CONVENIO AL CUAL PERTENECE EL CONTRATO (Numero 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:	ADDY FERNANDO CORTES CUBILLOS	CÉDULA DE CIUDADANÍA :	7727146
	ASESOR COMERCIAL:	YULI CULMA	TELÉFONO:	7764038
	DIRECCIÓN:	CALLE 15 No. 33 - 02	CELULAR:	3016034973
	E-MAIL:	BOGOTA@DISCOLMEDICA.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:	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:	3138881375

FECHA ACTA DE INICIO:	2024-04-03	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	2024-06-07	PLAZO INICIAL:	2 Meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 1,320,449	VALOR INICIAL EN LETRAS:	UN MILLON TRESCIENTOS VEINTE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS MCTE		
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:	MEDICAMENTOS			CÓDIGO DEL RUBRO:	4245010301
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:	430			FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	2024-01-23
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:	19028			FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	2024-03-26

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	$ 800,000	2024-06-21	1576	2024-06-18	25993	2024-06-26	4245010301
2	$ 3,161,347	2024-08-14	2062	2024-08-09	30674	2024-08-15	4245010301
3	$ 3,961,347	2024-09-20	2257	2024-08-27	34911	2024-09-19	4245010301
4	$ 1,122,382	2024-10-31	2684	2024-10-29	38997	2024-10-31	4245010301

3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIONES REALIZADAS AL CONTRATO

N°	PRORROGA / SUSPENSION	PLAZO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	PRORROGA	23 Días	2024-05-02	2024-06-08	30/06/2024
2	PRORROGA	62 Días	2024-06-21	2024-07-01	31/08/2024
3	PRORROGA	30 Días	2024-08-28	2024-09-01	30/09/2024
4	PRORROGA	31 Días	2024-09-26	2024-10-01	31/10/2024
5	PRORROGA	31 Días	2024-10-31	2024-11-01	31/12/2024

4. OTRAS NOVEDAES CONTRACTUALES

N°	OTRO SI No (Aclaratorio, Inclusion, Exclusion)	CONSIDERACION DEL OTRO SI	FECHA DE SUSCRIPCION DEL OTRO SI
1	MODIFICATORIO N° 1	En razón a que el proveedor mediante CIRCULAR INFORMATIVA EXTERNA OF-CM-2024-116 del 23/05/2024 se permite informar que su razón social deja de ser DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S. – DISCOLMEDICA S.A.S., y de ahora en adelante trabajaran bajo el nombre de DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD S.A.S. – DISCOLMETS S.A.S, para lo cual el NIT o número de identificación tributaria continúa siendo el mismo, 828.002.423-5.	2024-06-13

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° COMPROBANTE DE EGRESO	FECHA COMPROBANTE DE EGRESO	VALOR CANCELADO
1	2024-04-13	120202	040000000013489	$ 56,271	$ 9,186,872	0000000000568462	2024-09-16	$ 56,271
2	2024-04-13	120203	040000000013490	$ 102,098	$ 9,084,774	0000000000568462	2024-09-16	$ 102,098
3	2024-04-29	121495	040000000013539	$ 71,078	$ 9,013,696	0000000000568462	2024-09-16	$ 71,078
4	2024-05-02	121656	040000000013540	$ 70,584	$ 8,943,112	0000000000574724	2024-11-06	$ 70,584
5	2024-05-03	FEBT121838	040000000013576	$ 733,104	$ 8,210,008	0000000000574724	2024-11-06	$ 733,104
6	2024-05-29	123855	040000000013743	$ 139,206	$ 8,070,802	0000000000574724	2024-11-06	$ 139,206
7	2024-06-18	125312	DF000000000070	$ 79,496	$ 7,991,306	0000000000585183	2024-12-11	$ 79,496
8	2024-07-30	128764	M2000000000147	$ 183,276	$ 7,808,030			
9	2024-08-20	130242	040000000014195	$ 1,250,151	$ 6,557,879			
10	2024-09-21	132932	040000000014294	$ 141,840	$ 22,059,438			
11	2024-10-02	133710	040000000014340	$ 209,979	$ 6,347,900			
12	2024-10-04	133994	040000000014351	$ 233,310	$ 6,114,590			
13	2024-10-08	134313	040000000014361	$ 3,054,600	$ 3,059,990			
14	2024-10-11	134671	M2000000000165	$ 1,466,208	$ 2,574,324			
15	2024-10-30	136151	M2000000000167	$ 61,656	$ 2,512,668			
16	2024-10-11	134672	040000000014481	$ 63,327	$ 2,449,341			
17	2024-12-05	139035	040000000014660	$ 51,380	$ 2,397,961			
18	2024-12-05	139032	040000000014662	$ 20,552	$ 2,377,409			
19	2024-12-05	139033	040000000014661	$ 82,208	$ 2,295,201			
20	2024-12-10	139375	040000000014679	$ 513,800	$ 1,781,401			
TOTAL EJECUTADO				$ 8,584,124				$ 1,251,837

GMR

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 1,320,449	VALOR PAGADO:	$ 1,251,837
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	$ 9,045,076	SALDO POR PAGAR :	$ 7,332,287
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	$ 10,365,525	SALDO A REINTREGRAR	

	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:	DICIEMBRE 2024

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 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	NINGUNA	
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 avalará según el caso, mediante concepto técnico el requerimiento.	SI	ENTREGAS DEL 100% DE MEDICAMENTOS SOLICITADAS	FACTURAS DE ENTREGA, PARAFISCALES VS. ORDEN DE COMPRA
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	NO	LAS ENTREGAS NORMALMENTE SON VARIOS DIAS DESPUES DE EMITIDA LA ORDEN DE COMPRA	FECHA DE ORDEN DE COMPRA VS. FECHA DE INGRESO AL SISTEMA, CORREOS CON ALTERNATIVAS
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	LOS MEDICAMENTOS SOLO SE RECIBEN SI CUMPLE ESTRICTAMENTE	FORMATO DE RECEPCION TECNICA
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	NINGUNA	GUIA DE TRASPORTADORA Y FORMATO DE 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	NINGUNA	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.	NO	UNA PEQUEÑA MUESTRA VIENE PROXIMO A VENCER, NO SIEMPRE LLEGA LA CARTA DE COMPROMISO Y ADICIONAL NUNCA	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	NINGUNA	
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	NINGUNA	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	NINGUNA	
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	NINGUNA	NO SE HA REQUERIDO
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	NINGUNA	RECEPCION TECNICA
13	Entregar medicamentos certificados por el INVIMA y producidos por laboratorios con BPM.	SI	NINGUNA	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	NINGUNA	NO SE HA REQUERIDO
15	Brindar las capacitaciones que sean requeridas por el supervisor del contrato para aquellos medicamentos que lo requieran.	SI	NINGUNA	
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	NINGUNA	SOLICITUD DE MODIFICATORIOS
17	Suscribir contrato de comodato para los medicamentos que requieran apoyo tecnológico (si hay lugar).	SI	NINGUNA	
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	NINGUNA	
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	NINGUNA	
20	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 medicamento entregado a la Subred Sur.	SI	NINGUNA	
OBSERVACIONES:			PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	82.81%

8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

VERIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Planillas/ Ceritifcación 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:	