| | 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: | 4448-2024 | CONTRATISTA: | UCIPHARMA S.A. | CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT: | 830070192-6 |
| 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 | | | | |
| DATOS DEL CONTRATISTA: | REPRESENTANTE LEGAL: | MANUEL IGNACIO CAMACHO MONTOYA | | CÉDULA DE CIUDADANÍA : | 79568251 |
| | ASESOR COMERCIAL: | SOFIA VARGAS | | TELÉFONO: | 3102284457 |
| | DIRECCIÓN: | TRANSVERSAL 23 #93-23 | | CELULAR: | 601-7444300 |
| | E-MAIL: | CIAC.UCIPHARMA@GRUPOAMAREY.COM | | PÁGINA WEB: | WWW.GRUPOAMAREY.COM |
| 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: | 2024-04-05 | FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL: | 2024-06-04 | PLAZO INICIAL: | 2 Meses |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 4,631,485 | VALOR INICIAL EN LETRAS: | CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO 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°: | 19418 | | FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL: | 2024-04-02 | |

## 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 | $ 3,000,000 | 2024-06-18 | 1570 | 2024-06-18 | 25967 | 2024-06-25 | 4245010301 |
| 2 | $ 1,200,000 | 2024-06-25 | 1584 | 2024-06-18 | 26059 | 2024-06-28 | 4245010301 |
| 3 | $ 9,694,455 | 2024-07-31 | 1911 | 2024-07-26 | 30458 | 2024-08-05 | 4245010301 |
| 4 | $ 4,631,485 | 2024-10-23 | 2501 | 2024-10-04 | 35617 | 2024-10-21 | 4245010301 |
| 5 | $ 11,578,712 | 2024-10-31 | 2686 | 2024-10-29 | 39027 | 2024-10-31 | 4245010301 |
| 6 | $ 2,408,372 | 2024-12-18 | 2904 | 2024-12-02 | 45084 | 2024-12-23 | 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 | 26 Días | 2024-05-30 | 2024-06-05 | 30/06/2024 |
| 2 | PRORROGA | 62 Días | 2024-06-25 | 2024-07-01 | 31/08/2024 |
| 3 | PRORROGA | 30 Días | 2024-08-30 | 2024-09-01 | 30/09/2024 |
| 4 | PRORROGA | 31 Días | 2024-09-30 | 2024-10-01 | 31/10/2024 |
| 5 | PRORROGA | 61 Días | 2024-10-31 | 2024-11-01 | 31/12/2024 |
| 6 | PRORROGA | 15 Días | 2024-12-18 | 2025-01-01 | 15/01/2025 |

## 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

| 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 | 2024-05-21 | 4074 | 05000000000506 | $ 3,705,188 | $ 19,452,237 | 000000000573764 | 2024-10-17 | $ 3,705,188 |
| 2 | 2024-06-19 | UFE4654 | 05000000000547 | $ 3,705,188 | $ 11,115,564 | 000000000586154 | 2024-12-23 | $ 3,705,188 |
| 3 | 2024-08-12 | 5738 | 06000000000023 | $ 3,705,188 | $ 7,410,376 | | | |
| 4 | 2024-08-14 | 5783 | 06000000000024 | $ 3,705,188 | $ 3,705,188 | | | |
| 5 | 2024-09-25 | 6686 | 05000000000638 | $ 3,705,188 | $ 4,631,485 | | | |
| 6 | 2024-11-06 | 7458 | 05000000000666 | $ 7,410,376 | $ 8,799,821 | | | |
| 7 | 2024-12-17 | UFE8437 | 04000000011705 | $ 3,705,188 | $ 7,503,005 | | | |
| TOTAL EJECUTADO | | | | $ 29,641,504 | | | | $ 7,410,376 |

## 6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 4,631,485 | VALOR PAGADO: | $ 7,410,376 | |
| VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO: | $ 32,513,024 | SALDO POR PAGAR : | $ 22,231,128 | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO : | $ 37,144,509 | SALDO A REINTREGRAR | | |

## 7. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DECLARE SI SE CUMPLIO A SATISFACCIÓN EL OBJETO CONTRACTUAL)

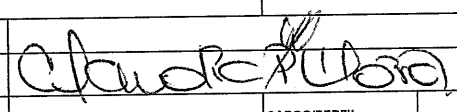
| No. | OBLIGACIÓN | CUMPLIMIENTO SI/NO | EMITE SU CONCEPTO EN EL CASO DE PRESENTAR ALGUNA DIFICULTAD | SOPORTE DE VERIFICACIÓN VS UBICACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Disponer de línea telefónica y correo electrónico para la solicitud y entrega de pedidos las 24 horas del día de lunes a domingo para 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 |

GMR

| | 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 | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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. | SI | NINGUNA | 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 frío, 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 | 79.80% |

## 8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| VERIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Planillas/ Certifcación 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: |