	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:	NOVIEMBRE 2024

INFORME PARCIAL:	X	INFORME FINAL :	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO:	4444-2024	CONTRATISTA:	PHARMA CID SAS	CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	800108193-0
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:	JUDITH ESTHER BLANQUICET VASQUEZ		CÉDULA DE CIUDADANÍA :	41726174
	ASESOR COMERCIAL:	SIN DATO		TELÉFONO:	2245973
	DIRECCIÓN:	CARRERA 78 #64C-31		CELULAR:	312 4122142
	E-MAIL:	pharmacid.phacid@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:	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:	2024-03-22	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	2024-05-21	PLAZO INICIAL:	2 Meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 4,528,907	VALOR INICIAL EN LETRAS:	CUATRO MILLONES QUINIENTOS VEINTIOCHO MIL NOVECIENTOS SIETE 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°:	18931			FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	2024-03-22

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	$ 5,000,000	2024-05-03	1223	2024-04-30	23074	2024-05-03	4245010301
2	$ 1,100,000	2024-06-21	1575	2024-06-18	25971	2024-06-25	4245010301
3	$ 435,492	2024-08-14	2059	2024-08-09	30668	2024-08-15	4245010301
4	$ 3,500,000	2024-08-29	2178	2024-08-26	30935	2024-08-30	4245010301
5	$ 261,024	2024-10-31	2632	2024-10-24	38995	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	40 Días	2024-05-03	2024-05-22	30/06/2024
2	PRORROGA	62 Días	2024-06-21	2024-07-01	31/08/2024
3	PRORROGA	30 Días	2024-08-29	2024-09-01	30/09/2024
4	PRORROGA	31 Días	2024-09-25	2024-10-01	31/10/2024
5	PRORROGA	61 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

5. EJECUCIÓN DEL CONTRATO incluidas las facturas a certificar

ÍTEM	FECHA DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO	NUMERO 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	2024-04-04	4149	04000000013377	$ 3,642,692	$ 886,215	0000000000568486	2024-09-16	$ 3,642,692
2	2024-05-02	4323	04000000013541	$ 481,656	$ 404,559	0000000000574771	2024-11-06	$ 481,656
3	2024-05-15	4376	04000000013634	$ 89,640	$ 4,715,663	0000000000574771	2024-11-06	$ 89,640
4	2024-06-12	4543	04000000013817	$ 697,096	$ 5,717,823			
5	2024-06-14	4570	04000000013833	$ 2,886,660	$ 2,831,163			
6	2024-06-18	4588	DF000000000072	$ 220,500	$ 3,046,155			
7	2024-07-08	4694	04000000013947	$ 374,392	$ 2,671,763			
8	2024-08-02	PHA79	04000000014112	$ 2,716,892	$ 3,454,871			
9	2024-09-16	PHA357	04000000014277	$ 31,820	$ 3,423,051			
10	2024-11-07	PHA677	04000000014506	$ 104,900	$ 3,579,175			
TOTAL EJECUTADO				$ 11,246,248				$ 4,213,988

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 4,528,907	VALOR PAGADO:	$ 4,213,988
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	$ 10,296,516	SALDO POR PAGAR :	$ 7,032,260
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	$ 14,825,423	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 linea telefónica y correo electrónico para la solicitud y entrega de pedidos las 24 horas del dia 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 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

2 de 2

	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:	NOVIEMBRE 2024			
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.	NO	ENTREGA POR TRANSPORTADORA SIN ACOMPAÑAMIENTO DEL PROVEEDOR	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.	NO	EN MUCHAS OCASIONES LA DOCUMENTACION ESTA INCOMPLETA	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 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	75.86%

8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

VERIFICACION 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:	