| | |
|---|---|
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E |
| | ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DE LA REUNIÓN: CONCILIACION DE CONTRATOS | | | |
| RESPONSABLE: ESTEPHANY JIMENEZ | | SECRETARIO: DIEGO FERNANDO MEJÍA MEJÍA | |
| REUNIÓN N°: N/A | FECHA: 11/03/2025 | HORA INICIO: | 2:30 p. m. |
| LUGAR: ALMACEN MEDICO QUIRURGICOS | | HORA FINAL: | 3:00 p m. |

**1. OBJETIVO:**

CONCILIACION DE CONTRATOS

**2. PARTICIPANTES:**

Registrar en este campo el nombre, cargo y firmas de los asistentes a la reunión, si supera el número de campos permitidos utilizar el formato de "Listado de asistencia MI-SIG-SIG-FT-02

| | NOMBRE | CARGO | CORREO | DEPENDENCIA/USS | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | MALKA RAMIREZ | JEFE DE VENTAS | malka.Ramirez@quirumedicas.com.co | QUIRUMEDICAS | |
| 2 | ESTEPHANY JIMENEZ S. | REFERENTE DE MQX | comprasmedicoquirurgicos@subredsur.gov.co | TUNAL | |
| 3 | DIEGO FERNANDO MEJÍA MEJÍA | APOYO ADMINISTRATIVO | apoyo comprasmqx@gmail.com | TUNAL | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

**3. ORDEN DEL DÍA: (TEMAS A TRATAR)**

CONCILIACION DE CONTRATO 8768-2024

**4. VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM:** (Este debe ser mayor al 50% de los invitados)

**5. SEGUIMIENTO A COMPROMISOS ANTERIORES:** (Si aplica)

**6. DESARROLLO DE LOS TEMAS:**

REALIZAR CRUCE DE INFORMACION DEL PROVEEDOR QUIRUMÉDICAS S.A.S. VERSUS CUADRO DE SEGUIMIENTO DE EJECUCION DEL CONTRATO MEDICOQUIRURGICOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR.

UNA VEZ REVISADO EL CUADRO APORTADO POR PARTE DEL PROVEEDOR VERSUS EL CUADRO DE EJECUCION A CORTE 11/03/2025 SE EVIDENCIA QUE NO HAY DIFERENCIA, LO QUE PERMITE GARANTIZAR EL CRUCE DE LAS FACTURAS RADICADAS E INGRESADAS A LA FECHA, INDICANDO QUE LA FACTURACION DEL CONTRATO SE ENCUENTRA AL DIA.

| CONTRATO | 8768-2024 |
|---|---|
| VALOR DEL CONTRATO + ADICIONES | $ 142.674.400,00 |
| VALOR EJECUTADO | $ 82.362.000,00 |
| SALDO | $ 60.312.400,00 |

OBSERVACIONES

**7. COMPROMISOS:**

| QUÉ (Tarea o actividad) | CÓMO (Metodología – estrategia) | CUANDO (Fecha limite) | QUIEN (Responsable) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

EN CONSTANCIA SE FIRMA:

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN ESTEPHANY JIMENEZ S

SECRETARIO REUNIÓN DIEGO FERNANDO MEJÍA MEJÍA