



INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA

CO-CBS-FT-12 V7

FECHA: Marzo 12 de 2025

INFORME PARCIAL:

X

INFORME FINAL:

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

NO. DE CONTRATO:

6569-2024

CONTRATISTA:

MEDICOX LTDA

CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:

930142533-0

OBJETO:

SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS, ALGUNOS CON APOYO TECNOLÓGICO, REQUERIDOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E S E.

DATOS DEL CONTRATISTA:

LEGAL:

NELLY MORALES GONZALES

CÉDULA DE CIUDADANÍA:

51629794

ASESOR COMERCIAL:

BIBIANA VARGAS

TELÉFONO:

3125495

DIRECCIÓN:

CALLE 66 No. 19-36 of. 301

CELULAR:

318330535

E-MAIL:

administrativo@medicox.com.co

PÁGINA WEB:

0

NOMBRES Y APELLIDOS:

MIGUEL RODRIGUEZ BALEN

CÉDULA DE CIUDADANÍA:

79732346

CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR:

SUPERVISOR ADMINISTRATIVO

ÁREA O DEPENDENCIA:

DIRECCION ADMINISTRATIVA

DIRECCIÓN:

Cra. 24C #54-47 Sur

TELÉFONO FIJO:

-

CORREO ELECTRÓNICO:

dir.administrativa@subredsur.gov.co

CELULAR:

-

NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN:

ESTIVEL ALONZO PASTOR MERCHANT

CÉDULA DE CIUDADANÍA:

1024547866

CARGO/PERFIL SUPERVISIÓN:

APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN

ÁREA O DEPENDENCIA:

ALMACEN MEDICO QUIRURGICOS

CORREO ELECTRÓNICO:

gestionsuministros@subredsur.gov.co

CELULAR:

3043429182

NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN:

ESTEPHYAN JIMENEZ SANDOVAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA:

52953523

CARGO/PERFIL SUPERVISIÓN:

APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN

ÁREA O DEPENDENCIA:

ALMACEN MEDICO QUIRURGICOS

CORREO ELECTRÓNICO:

comprasmedicquirurgicoa@subredsur.gov.co

CELULAR:

3006593051

FECHA ACTA DE INICIO:

2024-11-19

FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:

2025-01-18

PLAZO INICIAL:

2 Meses

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:

\$

4.872.764

VALOR INICIAL EN LETRAS:

CUATRO MIL LONES OCHO CIENTOS SETENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M.C.TE

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:

MATERIAL MEDICO QUIRURGICOS

CÓDIGO DEL RUBRO:

N/A

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:

2421

FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:

2024-08-23

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL N°:

39276

FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:

2024-11-13

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	\$ 3.654.673	2025-01-17	0072	2025-01-03	13107	2025-01-17	4245010401
2	\$ 4.876.032	2025-02-28	439	2025-02-28	16462	2025-02-28	4245010401

3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIÓNES REALIZADAS AL CONTRATO

N°	PRORROGA / SUSPENSIÓN	PLAZO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	PRORROGA 11mes y 13 Días		2025-01-17	2025-01-19	28/02/2025
2	PRORROGA 2 Meses		2025-02-28	2025-03-01	30/04/2025

4. OTRAS NOVEDADES CONTRACTUALES

N°	OTRO SI No (Aclaración, Inclusion, Exclusion)	CONSIDERACION DEL OTRO SI	FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL OTRO SI
1	#N/A		#N/A

5. EJECUCIÓN DEL CONTRATO incluidas las facturas a certificar

ITEM	FECHA DE FACTURA V/O CUENTA DE COBRO	NÚMERO DE FACTURA V/O CUENTA DE COBRO	N° ENTRADA ALMACÉN	VALOR DE FACTURA V/O CUENTA DE COBRO	SALDO DEL CONTRATO	N° ORDEN DE PAGO	FECHA ORDEN DE PAGO	VALOR CANCELADO
1	2024-12-26	78983	V200000016035	4.332.392	520.482			
2	2024-12-26	89112	V200000004213	1.021.105	3.103.829			
3	2025-03-04	85132	V2000000016456	1.021.105	6.133.524			
4	2025-03-04	85132	V2000000016456	1.021.105	6.133.524			
TOTAL EJECUTADO					\$ 7.289.813			\$

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$	4.872.764	VALOR PAGADO:	\$	-
-----------------------------	----	-----------	---------------	----	---

INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA				CO-CBS-FT-12 V7	
FECHA: Marzo 12 de 2025					
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO: \$				8.530.605 SALDO POR PAGAR: \$	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: \$				13.403.369 SALDO A REINTEGRAR	
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	Realizar la entrega de los insumos y dispositivos médicos quirúrgicos una vez se realice la solicitud de pedido por parte del Almacén General, en un tiempo no mayor a cuarenta y ocho (48) horas, con factura original y tres copias, certificación de pago de aportes a seguridad social y contribuciones parafiscales (si aplica) en la fecha, lugar y hora establecido por el Supervisor del Contrato, cumpliendo con las características técnicas y calidad contratadas. Se deben realizar las entregas en el embalaje correspondiente de acuerdo al tipo de producto y recomendaciones del fabricante e identificando el nombre del producto, cantidad, unidad de medida, lote y fecha de vencimiento. Registro INVIMA.	SI		Solicitudes de pedido a Facturas emitidas por el proveedor / Almacén.	
2	Entregar dispositivos e insumos con una vigencia no inferior a dos (2) años, en caso de que al momento de la entrega tenga una vigencia inferior, se debe adjuntar carta de compromiso de cambio debidamente suscrita por el Representante Legal, para su reemplazo en un término que no supere su vigencia.	SI		Cartas de compromiso / Almacén de médico quirúrgicos.	
3	Realizar los cambios que sean necesarios cuando los insumos o dispositivos médicos quirúrgicos no cumplan con los criterios de 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 insumo que llegase a presentar evento adverso, posterior al cumplimiento 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.	SI		Nota crédito / Radicado cuentas por pagar.	
4	Entregar toda la información que la sea solicitada en relación con la ejecución de las pruebas o verificaciones que sean requeridas.	SI		Conciliaciones / Scrap modulo sieta.	
5	Instalaciones y vehículos de ser necesario, para efectuar la vigilancia contractual que ejerza la Subred Sur a través del personal idóneo que ésta designe.	SI		Solicitudes / Correos electrónicos.	
6	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		No aplicado hasta la fecha de ejecución.	
7	Realizar el cambio de Registro Sanitario en caso de vencimiento durante la vigencia del contrato e informar de inmediato al supervisor del mismo.	SI		No aplicado hasta la fecha de ejecución.	
8	Realizar la identificación, inventario, recolección y reposición de los insumos médicos quirúrgicos 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		Recepciones técnicas / Almacén.	
9	Garantizar el adecuado almacenamiento, disposición, conservación y distribución de los insumos solicitados por el supervisor del contrato, según la normalidad vigente para la materia prima, producción, controles de calidad y producto final.	SI		Facturas emitidas por el proveedor / Almacén.	
10	Disponer en sus bodegas del stock necesario para atender las solicitudes de pedidos de los insumos médicos quirúrgicos requeridos objetos del contrato.	SI		Sucesos de seguridad / Correos electrónicos.	
11	En el caso que los insumos presenten eventos de seguridad, el Contratista se compromete a realizar seguimiento, análisis e informe al Supervisor del contrato y emitir respuesta en un tiempo no mayor a cuarenta y ocho (48) horas.	SI		Cambio de insumos próximos a vencer cuando aplique / Correos electrónicos.	
12	Cambiar los insumos 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 la adición la Subred Sur avisará con una antelación mínima de dos (2) meses.	SI		Capacitaciones cuando sean solicitadas por el área asistencial o se deriven de sucesos de seguridad / Actas de capacitación.	
13	Brindar las capacitaciones que sean requeridas por el supervisor del contrato para aquellos insumos y dispositivos médicos quirúrgicos que lo requieran.	SI		No aplicado hasta la fecha de ejecución.	
14	Informar con mínimo veinte (20) días de antelación las novedades presentadas con la firma de modificaciones, prorrogas y adicionales a la supervisión del contrato.	SI		Apoyo tecnológico si aplica / Soportes biomédicos.	
15	Suscribir contrato de comodato para los insumos y/o dispositivos médicos quirúrgicos que requieran apoyo tecnológico (si hay lugar).	SI		Recepción técnica / Almacén.	
16	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 insumos.	SI		Facturas emitidas por proveedor sin cobros adicionales / Almacén.	
17	Assumir los gastos de transporte, embalaje y logística requeridos para realizar la entrega de los insumos en el lugar que solicite el supervisor del contrato.	SI		No aplicado hasta la fecha de ejecución.	
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 a 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 insumo entregado a la Subred Sur.					
OBSERVACIONES:				PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	54,39%
8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS					
VERIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Planillas/ Certificación por parte de Revisor Fiscal /Contador ESPECIFICANDO EL MES					
FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN		ANEXOS (CD)		FECHA:	
FIRMA DEL SUPERVISOR		TOTAL FOLIOS		FECHA:	
NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RECIBE EL INFORME		CARGO/PEF/IL		FECHA:	