| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN** | Versión: | 5 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación: | 15/04/2025 | |
| | | Código: | 18-02-FO-0007 | |

| **CERTIFICACIÓN: __x___** | **INFORME PARCIAL: ____** | Marque con una (X) según corresponda |
|---|---|---|
| **CONTRATO No.** **N°8466-2024** | **FECHA DEL INFORME :** | 4/07/2025 |

**FUNCIONES GENERALES Y ADMINISTRATIVAS DE LA SUPERVISIÓN**

**1. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO U ORDEN**

| | | | | | | | | Fecha de Inicio: | Fecha de Terminación: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Contratista: | DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S. "SICMAFARMA S.A.S." | NIT O C.C | 900.332.426-3 | **Valor Contrato Inicial:** | | $1.500.000 | 75618 de 06/12/2024 | 19/12/2024 | 18/01/2025 |
| Representante Legal: | LUPERLY SABOGAL MARTINEZ | Cedula Representante | 24.580.608 | **No. Adición** | **Fecha Registro Presupuestal** | **Valor Adición** | | | |
| | | | | Adición 1: | | | Prórroga 1: | 19/01/2025 | 18/04/2025 |
| Objeto del Contrato u orden: | "CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS QUE SE REQUIEREN DE ACUERDO CON LO RELACIONADO EN EL ANEXO 1 PARA LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E." | | | Adición 2: | | | Prórroga 2: | 19/04/2025 | 18/08/2025 |
| Duración Inicial | TRES MESES, | | | Adición 3: | | | Prórroga 3: | | |
| Disponibilidades Números | 1) 2073 del 26 de septiembre de 2024 | | | Adición 4: | | | Prórroga 4: | | |
| | | | | Adición 5: | | | Prórroga 5: | | |
| | | | | Adición 6: | | | Prórroga 6: | | |
| | | | | Adición 7: | | | Prórroga 7: | | |
| | | | | Adición 8: | | | Prórroga 8: | | |
| | | | | Adición 9: | | | Prórroga 9: | | |
| | | | | | | | Prórroga 10: | | |
| Rubro presupuestal | MEDICAMENTOS | CÓDIGO | | Adición 10: | | | Prórroga 11: | | |
| | | 4245010301 | | Valor Total: | | $1.500.000 | Fecha Terminación actual: | | 18/08/2025 |

| **FECHA ENTREGA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN** | **17/10/2025** |
|---|---|

**FUNCIONES TÉCNICAS DE LA SUPERVISIÓN**

**2. AVANCE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN**

**INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES**

| No. INFORME/CERTIF. | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO | CENTRO DE COSTO | CUMPLIÓ | | | ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Las actividades desarrolladas fueron las siguientes obligaciones contenidas en la cláusula novena- Obligaciones específicas: Los numerales desarrollados son los siguientes: el 1), 2), 3), 4), 5), 6), 7), 8), 9), 10), 11), 12). | KE11M05 | **SI** | **NO** | | Oportunidad de entrega | **SI: X** **N/A** **NO:** | Cumplimiento de documentación tramitada o presentada | **SI: X** | **NO:** |
| | | | X | | | Respuesta de imprevistos y Emergencias | **SI: X** **N/A** **NO:** | Cumplimiento calidad de la prestación | **SI: X** | **NO:** |
| | | | | | | Cumplimiento de condiciones contratadas | **SI: X** **N/A** **NO:** | | | |

**Observaciones:**

**FUNCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE DE LA SUPERVISIÓN**

**3. INFORMACIÓN DE FACTURA O CUENTAS**

| No. | No. FACTURA o CUENTA DE COBRO | FECHA DE FACTURA O CUENTA COBRO | PERIODO FACTURADO | FECHA RADICACIÓN | VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO | | ACUMULADO EJECUTADO | SALDO | % EJECUCIÓN | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## FUNCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE DE LA SUPERVISIÓN

### 3. INFORMACIÓN DE FACTURA O CUENTAS

| No. | No. FACTURA o CUENTA DE COBRO | FECHA DE FACTURA O CUENTA COBRO | PERIODO FACTURADO | FECHA RADICACIÓN | VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO | | ACUMULADO EJECUTADO | SALDO | % EJECUCIÓN | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 86850 | 8/01/2025 | enero---2025 | 10/01/2025 | $ 84.000,00 | | 84.000 | 1.416.000 | 6% | |
| 2 | 86849 | 8/01/2025 | enero---2025 | 13/01/2025 | $ 588.000,00 | | 672.000 | 828.000 | 45% | |
| 3 | 90469 | 12/06/2025 | junio---2025 | 16/06/2025 | $ 672.000,00 | | 1.344.000 | 156.000 | 90% | |
| **TOTAL** | | | | | **1.344.000** | | **1.344.000** | **156.000** | **89,600%** | |

### 4. VERIFICACIÓN GARANTÍAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Existencia de Garantías** | | **SI:** | x |
| | | **NO:** | |

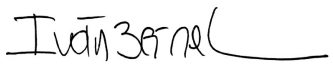
### COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

**CERTIFICO**

### EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALOR EN LETRAS | VALOR EN NÚMEROS |
|---|---|---|
| Valor ejecutado | Un millón trescientos cuarenta y cuatro mils pesos m/cte | $ 1.344.000 |
| Saldo por ejecutar | Ciento cincuenta y seis milo pesos m/cte | $ 156.000 |
| VALOR TOTAL CERTIFICADO | | $ 1.344.000,00 |

| No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO | FECHA DE EMISIÓN DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO |
|---|---|
| **90469** | **12/06/2025** |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 672.000,00** |
| **OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** | **Durante la ejecución del contrato no se ha presenta ningún inconveniente con los Servicios prestados por el contratista, Y hay cumplimiento del objeto del contrato** |

| | |
|---|---|
| **ANEXOS:** | **PARAFISCALES** |
| **FIRMA SUPERVISOR CONTRATO** |  |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** | **Iván Francisco Bernal Pardo** |
| **C.C. No.** | 79824929 |
| **CARGO/PERFIL** | Profesional Universitario |
| **ÁREA DE UBICACIÓN** | Direccion Servicios Complementarios / USS Fontibon |

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : lunes, 16 junio 2025



## COMPROBANTE ENTRADA
## NºKS000000003225

**PROVEEDOR:** DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S **NIT:** 900332426 **FECHA:** 16/06/2025 02:58 p.m.

**CIUDAD:** BOGOTA (Bogotá, D.C.) **ESTADO:** Confirmado

**DIRECCION:** CR 17 N 120 - 71 OF 515 **MONEDA:** Pesos

**TELEFONO:** 3560977 **ALMACEN:** KE10M05HK - A T FARMACIA- OCCIDENTE DE KENNEDY USS OCCIDENTE DE KENNEDY

**Nº FACTURA:** 90469 **% ICA:** 4.1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 12/06/2025 12:00 a.m.

☑ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**

**DISPONIBILIDAD** 1136 **COMPROMISO** 22612 **OBLIGACIÓN** 33190

**DOCUMENTO** 8466

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MED070 | ADRENALINA 1mg/ml SOLUCION INYECTABLE | mg | 800.00 | $840.00 | $672,000.00 | 0.00 | 0.00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Registro Sanitario: | 2021M-014499-R3 | Lote: | 24.08.6014 |
| Clasificacion de riesgo: | NoAplica | | |

**DETALLE**

EJECUCION DEL CONTRATO N° 8466-2024, FACTURA N° 90469

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | $672,000.00 |
| **DESCUENTO:** | $0.00 |
| **IMPUESTO:** | $0.00 |
| **SUBTOTAL 1** | **$672,000.00** |
| **FLETES:** | $0.00 |
| **IMP FLETES:** | $0.00 |
| **RETE IVA:** | $0.00 |
| **RETE ICA:** | $2,782.00 |
| **RETE FUENTE:** | $0.00 |
| **OTRAS RETE:** | $0.00 |
| **OTRAS DEDUC:** | $0.00 |
| **IMP DISTRI:** | $0.00 |
| **AJUSTE RED:** | $0.00 |
| **AJUSTE AL TOTAL:** | $0.00 |
| **TOTAL COMPR:** | $669,218.00 |

**TOTAL COMPROBANTE:**

SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS DIECIOCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

**Afectacion Presupuestal**

4245010302 CUENTAS POR PAGAR MEDICAMENTOS Obligacion: 33190 672000.0000

NIDIA ESPERANZA ALVAREZ VEGA
52772733

ELABORADO POR: REVISADO POR: APROBADO POR:

52772733 NIDIA ESPERANZA ALVAREZ VE

**SICMA**FARMA S.A.S
**NIT: 900332426-3**
Km 1 Vía Siberia Funza ZF Intexzona Bodega 55 COTA
Tel :(57- 601) 9171717-(57) 316 8786621
pedidos@sicmafarma.com - www.sicmafarma.co
Responsable de IVA. Autoretenedor de Renta Res. 08856 septiembre 2015.
Autoretenedor de ica en el municipio de COTA Res. 1000.21.1931 del 2024

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**

**90469**

Fecha Generación: 12-06-2025 16:43:29

**Vence:** **12-06-2025**

Fecha Expedición:

**CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**
**NIT:** 900959048-4
**REP DE VENTAS:** VIDAL GUEVARA RENATO
**DIRECCIÓN PRINCIPAL:** TV 74 F 40 B 54 SUR
**DIRECCIÓN ENTREGA:** TV 74 F 40 B 54 SUR

**ORDEN DE COMPRA:**3361 - CONTRATO DE SUMINISTROS No. 8466-2024
**FORMA DE PAGO:** CONTADO **PLAZO:** 0 días
**Medio de Pago:** ACUERDO MUTUO
**CIUDAD:** BOGOTA D.C. **TELÉFONO:** 4546800
**CIUDAD:** BOGOTA D.C.

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CUM IUM ó IDDM | CAJA POR | LOTE | VENCE | CANTIDAD | VALOR UNIDAD | % DES | % IVA | TOTAL SIN IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 501040010 | EPINEFRINA (ADRENALINA) 1mg/1mL Ampolla<br>Reg.Invima 2023M-0012719-R2<br>2018M-0012719-R1 | 20032463-3 | CJX100 | 24.08.6014 | 30-08-2026 | 800.00 | 840 | 0 | 0 | 672,000 |

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Suministros
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carlos Restrepo
CARGO: Regente farmacia
C.C. #: 1030575840
FECHA: 14-06-2025 HORA: 9:05 AM
FIRMA:

Total N° Items: **1** Total Cantidad: 800

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL** | 672,000.0 |
| Valor Descuento | 0.0 |
| Total Base Imponible | 672,000.00 |
| Valor IVA | 0.0 |
| Valor ReteIVA | 0.00 |
| Valor ReteICA | 0.00 |
| Valor ReteFuente | 0.00 |
| Total NETO COP | 672,000.00 |

Factura Electrónica 18764081801021 del 85001 al 100000 del 19/10/2024 vigencia de 24 meses

"Esta factura de venta constituye un titulo valor que presta merito ejecutivo de conformidad con la Ley 1231/08 y genera intereses por mora de conformidad con el Art. 884 de C.Co" Esta Representación Gráfica cumple con los requisitos exigidos por la Resolución 000042 del 5 de mayo del 2020 de la DIAN, más los anexos técnicos posterior a ella.

**IMPUESTOS**

| Impuesto | Base/Imp | Valor |
|---|---|---|
| IVA excento | 672,000.00 | 0.00 |

**VALOR :**SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE

**OBSERVACIONES:**

***Bienes exentos - Decreto 417 de 2020

**"Realice su pago con transferencia bancaria o cheque cruzado a nombre de SICMAFARMA S.A.S. en:**
Bancolombia cuenta corriente 031-58358105 Banco de Occidente cuenta corriente 285-07291-4"

Esta factura se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art.774 del código de comercio). Para todos los efectos legales el artículo 774 del código de comercio, el COMPRADOR y ACEPTANTE declara haber recibido real y materialmente las mercancias detalladas en este título valor, obligándose a pagar su valor al vendedor en la forma descrita en esta factura. La cancelación después de la fecha de vencimiento causará intereses de mora conforme al Art.884 del código de comercio modificado por la ley 1231 de 2008.

**FIRMA y SELLO SICMAFARMA S.A.S**

**FIRMA Y SELLO DE RECIBO DE MERCANCIA**

Fecha de recibido: Sello

Nombre legible:

C.C.

Firma:

CUFE:

**SICMA**FARMA S.A.S
**NIT: 900332426-3**
Km 1 Vía Siberia Funza ZF Intexzona Bodega 55 COTA
Tel :(57- 601) 9171717-(57) 316 8786621
pedidos@sicmafarma.com - www.sicmafarma.co
Responsable de IVA. Autoretenedor de Renta Res. 08856 septiembre 2015.
Autoretenedor de ica en el municipio de COTA Res. 1000.21.1931 del 2024

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**

**90469**

Fecha Generación: 12-06-2025 16:43:29
**Vence:** **12-06-2025**
Fecha Expedición:

**CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**
**NIT:** 900959048-4
**REP DE VENTAS:** VIDAL GUEVARA RENATO
**DIRECCIÓN PRINCIPAL:** TV 74 F 40 B 54 SUR
**DIRECCIÓN ENTREGA:** TV 74 F 40 B 54 SUR

**ORDEN DE COMPRA:**3361 - CONTRATO DE SUMINISTROS No. 8466-2024
**FORMA DE PAGO:** CONTADO **PLAZO:** 0 días
**Medio de Pago:** ACUERDO MUTUO
**CIUDAD:** BOGOTA D.C. **TELÉFONO:** 4546800
**CIUDAD:** BOGOTA D.C.

| | |
|---|---|
| 5.8. AVERIAS O FALTANTES | a. *Productos de cadena de frio, controlados o con precios unitarios superiores a $100.000,00*: Se aceptan solo cuando son informados durante la recepción del pedido en la guía de entrega del transportador (dado que la entrega es inventariada).<br>b. *Los demás productos* se aceptan cuando son notificados dentro de máximo a las 72 horas de recibida la mercancía. |
| 5.9. MUESTRAS TOMADAS POR ENTIDADES OFICIALES | Procede únicamente con el soporte del acta de recogida del producto por parte de la entidad oficial, en donde especifique nombre del producto, lote y cantidad. |

*Nota: Los ítems 5.8 y 5.9, sea que generen o no devolución, deben cumplir con los tiempos de información, para que procedan con la nota crédito.*

6. **Si cumple con alguna de las causales del numeral anterior, proceda así:**

**6.1.** Si recibe mercancía que no corresponde con su pedido u Orden de compra, informe de inmediato al transportador y déjelo registrado en la guía. Devuelva de inmediato con el transportador en caso de que aplique devolución y envíe copia de la guía a los correos pedidos@sicmafarma.com, ventas@sicmafarma.com y a su representante comercial.

**6.2.** En cualquier otro caso que cumpla con lo indicado en el ítem 5, diligencie el formato "FR-DT-001 Devolución de productos" y envíelo al correo de su representante comercial y a ventas@sicmafarma.com. No se aceptarán formatos incompletos.

**6.3.** Sicmafarma revisará su solicitud y emitirá el concepto sobre la devolución; si corresponde le notificará **un número de autorización con las instrucciones del despacho**.
Si la causal es *"error del cliente, posconsumo, o vencimiento soportado con carta de compromiso"*, los cargos y coordinación de despacho deben ser asumidos por el cliente.
***Tenga en cuenta que nuestra bodega está ubicada en zona franca, y para el ingreso de cualquier mercancía se debe contar con el número de autorización.***

**6.4.** Una vez recibida la devolución física del producto, Sicmafarma emitirá la respuesta y/o nota final, de acuerdo con el estado de la mercancía, en un término máximo de diez (10) días hábiles.

7. En caso de averías y/o muestras tomadas por entidades oficiales que no generen devolución, Sicmafarma le enviará la nota electrónica correspondiente en un término máximo de cinco (5) días hábiles. Recuerde deben cumplir con los plazos de información indicados en el numeral 5.
8. SICMAFARMA S.A.S no acepta notas por devoluciones que no cumplan nuestras Políticas de Devolución o que no sean tramitadas como indica este documento.
9. SICMAFARMA S.A.S. no asume responsabilidad por préstamos de productos a menos que estos hayan sido autorizados por escrito por la gerencia comercial de SICMAFARMA.
10. SICMAFARMA S.A.S. no asume responsabilidad por acuerdos celebrados con nuestros representantes comerciales, diferentes a las políticas aquí establecidas, a menos que estén autorizadas por escrito por la gerencia comercial o general de Sicmafarma.

**EDUARDO ROBAYO OSORIO**
CONTADOR PÚBLICO
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

El suscrito contador público, en su calidad de Revisor Fiscal de **DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S.**

**C E R T I F I C A:**

Que DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S, con NIT 900.332.426-3 ha cancelado oportunamente sus obligaciones a las entidades pertenecientes al SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, por concepto de seguridad social en salud, pensiones de jubilación y servicios de A.R.L., y que a la fecha se han cancelado los aportes correspondientes al mes de mayo de 2025

Que DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S, ha cancelado oportunamente los APORTES PARAFISCALES (SENA, I.C.B.F., CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR) y a la fecha se han cancelado los aportes correspondientes hasta el mes de mayo de 2025 y se encuentra al día con todas las obligaciones derivadas de su nómina de empleados.

Que a la fecha se encuentra al día con los pagos mensuales realizados durante los últimos (6) seis meses en las entidades en las cuales se encuentran afiliados sus empleados.

Se expide la presente a los 7 días del mes de mayo de 2025.

Atentamente,

JESUS EDUARDO ROBAYO OSORIO

Firmado digitalmente por JESUS EDUARDO ROBAYO OSORIO
Fecha: 2025.05.07 17:15:49 -05'00'

**JESUS EDUARDO ROBAYO OSORIO**
Revisor Fiscal Mat. 20218

**CARRERA 22 Nº 166 - 66 TELEFONOS: 8833645 CEL: 311 440 41 71**
**E-mail: edorobayo@hotmail.com**
BOGOTA, D. C. COLOMBIA