	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	EVALUACIÓN DE PROVEEDORES	CO-CBS-FT-18 V3

ESTA EVALUACIÓN CONSISTE EN VALORAR PARÁMETROS COMO COMPETENCIA, CAPACIDAD, CALIDAD, CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTACTUAL, CON EL FIN DE MONITOREAR Y MEDIR EL DESEMPEÑO DEL PROVEEDOR Y GARANTIZAR LA CALIDAD EN EL SERVICIO QUE CONTRIBUYE A LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS.

LA EVALUACIÓN DEBE SER APLICADA POR EL SUPERVISOR CADA VEZ QUE FINALICE UN CONTRATO JUNTO CON EL INFORME FINAL DE EJECUCIÓN
EL SUPERVISOR DEBERÁ REMITIRSE EL ORIGINAL A LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN PARA QUE SEA ARCHIVADA EN EL EXPEDIENTE CONTRACTUAL.

DATOS DEL PROVEEDOR					
No CONTRATO / VIGENCIA	4292-2024	NOMBRE DEL PROVEEDOR	RP MEDICAS S.A.	NIT	811019499-7
FECHA INICIO DEL CONTRATO	3/04/2024	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	31/12/2024	CORREO ELECTRÓNICO	rpbogotarp@medicas.com
OBJETO DEL CONTRATO	SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS REQUERIDOS PARA HOSPITALIZACIÓN, UCI, URGENCIAS, CIRUGIA ENTRE OTROS, NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.				
NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	ESTIVEL ALONZO PASTOR MERCHAN	CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR	ALMACENISTA GENERAL		

SISTEMA DE CALIFICACIÓN				
EXCELENTE	5	ACEPTABLE	3	
SATISFACTORIO	4	NO ACEPTABLE	1 - 2	

DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN							
CRITERIOS DE EVALUACIÓN		1	2	3	4	5	
REQUISITOS LEGALES	La empresa cumple con todas las obligaciones contractuales oportunamente (minutas, polizas)					N/A	
CALIDAD DEL PRODUCTO / SERVICIO	Cumplio con las especificaciones técnicas y de funcionalidad requendas de acuerdo la orden de suministros/contrato					5	
	Los productos entregados estaban en buenas condiciones fisicas y su apariencia satisface las expectativas					5	
	conto con la logistica necesaria en cuanto transporte, equipos y herramientas para cumplir con el objeto del contrato (servicios)					5	
	Durante la ejecución del servicio contó con personal técnico calificado para cumplir las actividades propias del servicio					N/A	
	Equipos y herramientas:se contó con los equipos y herramientas adecuados para las tareas propias de la ejecución del servicio					N/A	
OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DEL SUPERVISOR	Las respuestas dadas por el proveedor fueron acordes con la solicitud del supervisor					5	
	Implementa herramientas de medición que corraborran a los procesos de la entidad.					N/A	
	Los tiempos de respuesta ante requerimientos fueron oportunos a nuestras necesidades					5	
	Busca permanentemente en conjunto la mejora de los procesos institucionales.					N/A	
	Las garantias del producto/ servicio fueron atendidas satisfactoriamente					5	
CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA	la entrega se realizo en los tiempos pactados en el suministro/ servicio					5	
	La entrega de las facturas se hace de forma oportuna de acuerdo a lo suministrado o servicios prestados con los valores pactados en el contrato					5	
	Cumplio con la entrega total de las cantidades solicitadas en los tiempos dados					5	
RESPONSABILIDAD AMBIENTAL	La empresa contribuye con la disposición final del residuos.					N/A	
SEGURIDAD INSUTRIAL Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO	El personal de la empresa cuenta con los elementos de protección personal					5	
	Se evidencia que la empresa realiza mantenimiento periódico de equipos e instalaciones					N/A	
RECURSO HUMANO	El personal destinado para desarrollar las actividades relacionadas con la Subred Sur demuestraIDONEIDAD, respeto por las reglas y disposiciones establecidas por la entidad					5	
	La empresa evalua por competencia a su personal durante la ejecucion del contrato (servicios)					N/A	
FINANCIERO	La empresa evidencia capacidad financiera para brindar respuesta a los términos contractuales					N/A	
PARA EL CASO QUE NO APLIQUE N/A SE TENDRÁ EN CUENTA LA SUMATORIA SOBRE LOS CRITERIOS EVALUADOS		0	0	0	0	55	
RESULTADO DE LA EVALUACIÓN		5,0					

INTERPRETACIÓN DE LA CALIFICACIÓN		
CALIFICACION 5	EXCELENTE	ES PROVEEDOR EXCELENTE, CONTRIBUYE AL FORTALECIMIENTO DE LA ENTIDAD
CALIFICACION 4	SATISFACTORIO	ES UN PROVEEDOR IMPORTANTE PARA NUENTRA ENTIDAD
CALIFICACION 3	ACEPTABLE	SE LE INVITA A TENER EN CUENTA LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA
CALIFICACION 1 - 2	NO ACEPTABLE	LA ENTIDAD TOMA LA DECISION DE NO TENER PARA FUTURAS CONTRATACIONES

OBSERVACIONES: N/A

FIRMA	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	ESTIVEL ALONZO PASTOR MERCHAN

	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA	CO-CBS-FT-12 V7
FECHA:	Junio 20 de 2025	

INFORME PARCIAL:		INFORME FINAL :	X

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO:	4292-2024	CONTRATISTA:	RP MEDICAS S.A.	CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	811019499-7
OBJETO:	SUMINISTRO DE INSUMOS MÉDICO QUIRÚRGICOS REQUERIDOS PARA HOSPITALIZACIÓN, UCI, URGENCIAS, CIRUGÍA ENTRE OTROS, NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.				

DATOS DEL CONTRATISTA:	REPRESENTANTE LEGAL:	CARMENZA CUARTAS GUZMAN	CÉDULA DE CIUDADANÍA :	43628033
	ASESOR COMERCIAL:	Cristina Perez	TELÉFONO:	7436685
	DIRECCIÓN:	calle 25g # 75 - 45	CELULAR:	317 645 1304
	E-MAIL:	rpbogotarp@medicas.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:	ESTIVEL ALONZO PASTOR MERCHAN	CÉDULA DE CIUDADANÍA:	1024547866
	CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR	SUPERVISOR ADMINISTRATIVO	ÁREA O DEPENDENCIA:	ALMACEN MEDICO QUIRURGICOS
	DIRECCIÓN:	CALLE 48A SUR #28-48	TELÉFONO FIJO:	0
	CORREO ELECTRÓNICO:	gestionsuministros@subredsur.gov.co	CELULAR:	3043426182
	NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION	ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL	CÉDULA DE CIUDADANÍA:	52953523
	CARGO/PERFIL	APOYO TECNICO A LA SUPERVISION	ÁREA O DEPENDENCIA:	ALMACEN MEDICO QUIRURGICOS
	CORREO ELECTRÓNICO:	comprasmedicoquirurgicos@subredsur.gov.co	CELULAR:	3006593051

FECHA ACTA DE INICIO:	2024-04-03	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	2024-07-02	PLAZO INICIAL:	3 Meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 7.100.400	VALOR INICIAL EN LETRAS:	SIETE MILLONES CIEN MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE		
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:	MATERIAL MEDICO QUIRURGICOS			CÓDIGO DEL RUBRO:	4245010401
DESCRIPCION DEL RUBRO: (SI aplica para dos rubros)	N/A			CÓDIGO DEL RUBRO:	N/A
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:	16			FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	2024-01-04
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:	18649			FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	2024-03-14

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	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D

3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIONES REALIZADAS AL CONTRATO

N°	PRORROGA / SUSPENSION	PLAZO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	PRORROGA	1Mes y 29 Días	2024-06-26	2024-07-03	31/08/2024
2	PRORROGA	2 Meses	2024-08-15	2024-09-01	31/10/2024
3	PRORROGA	2 Meses	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
1	#N/D	#N/D	#N/D

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° ORDEN DE PAGO	FECHA ORDEN DE PAGO	VALOR CANCELADO
1	2024-07-04	17174	V2000000015210	$ 309.400	$ 6.791.000	0000000000590846	2025-01-14	$ 309.400
2	2024-10-02	18898	V2000000015696	$ 830.000	$ 5.961.000	0000000000603248	2025-02-20	$ 830.000
TOTAL EJECUTADO				$ 1.139.400				$ 1.139.400

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 7.100.400	VALOR PAGADO:	$ 1.139.400
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	$ -	SALDO POR PAGAR :	$ -
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	$ 7.100.400	SALDO A REINTREGRAR	$ 5.961.000

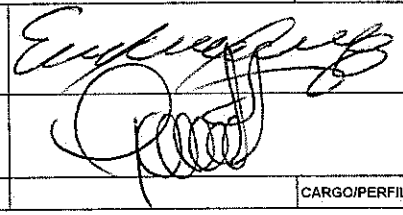
	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA	CO-CBS-FT-12 V7
FECHA:	Junio 20 de 2025	

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 el suministro y 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 & 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 remplazo en un término que no supere su vigencia.	Si		Cartas de compromiso / Almacén de medico quirurgicos.
3	Realizar los cambios que sean necesarios cuando los insumos o dispositivos medico 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 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.	Si		Nota credito / Radicado cuentas por pagar.
4	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 requeridas.	Si		Conciliaciones / Secop modulo siete.
5	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		Solicitudes / Correos electronicos.
6	Realizar el cambio de Registro Sanitario en caso de vencimiento durante la vigencia del contrato e informar de inmediato al supervisor del contrato.	Si		No aplicado hasta la fecha de ejecución.
7	Realizar la identificación, inventario, recolección y reposición de los insumos médico quirúrgicos que hayan sido requeridos por el	Si		No aplicado hasta la fecha de ejecución.
8	Realizar el adecuado almacenamiento, disposición, conservación y distribución de los insumos solicitados por el supervisor del contrato, según la normatividad vigente para la materia prima, producción, controles de calidad y producto final.	Si		Recepciones tecnicas / Almacén.
9	Disponer en sus bodegas del stock necesario para atender las solicitudes de pedidos de los insumos medico quirúrgicos requeridos objetos del contrato.	Si		Facturas emitidas por el proveedor / Almacén.
10	Realizar seguimiento, análisis e informe al Supervisor del contrato, en el caso que los insumos presenten eventos de seguridad.	Si		Sucesos de seguridad / Correos electronicos.
11	Cambiar los insumos próximos a vencer o que presenten baja rotación ya sea por el mismo producto o por el que la Subred Sur requiera de acuerdo a sus necesidades y que se encuentren en el contrato, una vez notificado por el supervisor del mismo, 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		Cambio de insumos proximos a vencer cuando aplique / Correos electronicos.
12	Brindar las capacitaciones que sean requeridas por el supervisor del contrato para aquellos insumos y dispositivos médico quirúrgico que lo requieran.	Si		Capacitaciones cuando sean solicitadas por el area asistencial o se deriven de sucesos de seguridad / Actas de capacitación.
13	Informar con mínimo veinte (20) días de antelación las novedades presentadas con la firma de modificaciones, prorrogas y adiciones a la supervisión del contrato.	Si		No aplicado hasta la fecha de ejecución.
14	Suscribir contrato de comodato para los insumos y/o dispositivos medico quirúrgicos que requieran apoyo tecnológico (si hay lugar).	Si		Apoyo tecnologico si aplica / Soportes biomedicos.
15	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		Recepcion tecnica / Almacén.
16	Asumir 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		Facturas emitidas por proveedor sin cobros adicionales / Almacén.
17	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	Si		No aplicado hasta la fecha de ejecución.

OBSERVACIONES:	El saldo del contrato 4292-2024 con RP MEDICAS S.A. Por un valor de $5.961.000, se debe a la negativa del proveedor a dar continuidad al mismo y no firmar la prórroga número cuatro que fue solicitada en su momento para este contrato.	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	16,05%

8. INFORMACION SOPORTES DE EJECUCION Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

VERIFICACION 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: