Red de Salud Centro	**ACTA DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS**	Código GJU-F-005 Fecha de entrada en vigencia: 31/12/2024 Versión 02

1. INFORMACIÓN DEL ACTA

ACTA PARCIAL (Marcar con X si es parcial)		X		**ACTA FINAL** (Marcar con X si es final)				
PERÍODO AL QUE CORRESPONDE:	(Indique la fecha inicia - dd/mm/aaaa)			A	(Indique a fecha final dd/mm/aaaa)		
	1	8	2025		31	8	2025
FECHA ACTA DE SUPERVISIÓN:	Septiembre 26 de 2025						

2. DATOS DEL CONTRATO

NÚMERO DEL CONTRATO:	102 5 4 029 2025					
OTRO SI:	No aplica	Prorroga	Adición X	Modificatorio	N° del Otro Si	N°1
OBJETO DEL CONTRATO:	Suministro de material medicoquirurgico para todas las IPS					
TÉRMINO DE EJECUCIÓN:	60 dias			**VALOR DEL CONTRATO:**		Ciento diecinueve millones novecientos noventa y nueve mil seiscientos sesenta y cinco pesos ($119 999 665) M/cte
CONCEPTO (RUBRO) PRESUPUESTAL:	245020600101621					
NÚMERO DE CDP:	842 / 1058				Fecha CDP	Julio 13 de 2025 / Septiembre 5 de 2025
NÚMERO DE CRP:	901 / 1021				Fecha CRP	Agosto 19 de 2025 / Septiembre 23 de 2025
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Jhon Faber Ramirez Gracia (E)					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA:	DISTRIBUCIONES OCCIFARMA S.A.S					
IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:					N°	805 031 077-1
FECHA DE INICIO	(Indique la fecha en que inicio la ejecución - dd/mm/aaaa)			**FECHA DE TERMINACIÓN**	(Indique a fecha en que termina la ejecución, incluyendo prórrogas - dd/mm/aaaa)	
	22	8	2025		22	10	2025

3. INFORME CONTABLE Y FINANCIERO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 179 999,665			**VALOR DEL CRP:**			$ 179,999 487	
ORIGEN DE LOS RECURSOS:	**RECURSOS PROPIOS**	X	**TRANSFERENCIAS DE LA NACIÓN**		**TRANSFERENCIAS DE LA SECRETARÍA**		**OTRO, ¿CUAL?**	

NÚMERO DE CUOTA	DESCRIPCIÓN	VALOR CUOTA A CANCELAR	VALOR ACUMULADO CANCELADO	SALDO POR EJECUTAR	% EJECUTADO ACUMULADO
3	FE1098	$ 23,768 300 00	$ 58,233,021.00	$ 108,548 ^35	40%

4. INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD

NÚMERO DE PLANILLA:	**9490249720**	**REFERENCIA DE PAGO:**	**1698027320**
OPERADOR:	**Aportes en linea**	**FECHA DE PAGO:**	13 / 08 / 2025

PERIODO DE PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL *(Normalmente del mes anterior)* ago-25

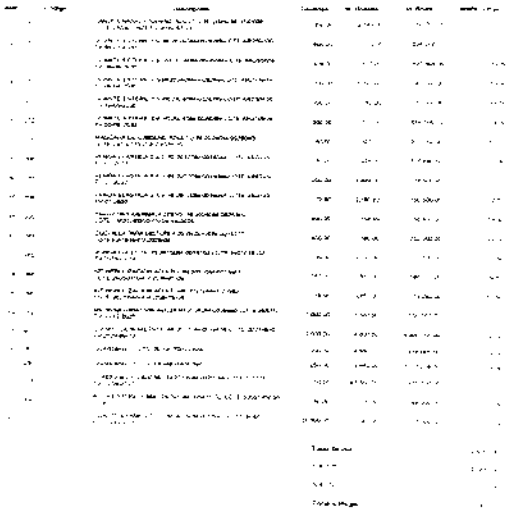
Nota: Para persona jurídica debe anexar certificación de pago de aportes parafiscales y seguridad social suscrito por el representante legal (y revisor fiscal en caso de que la empresa este obligada a tenerlo), donde certifique que la empresa ha cumplido con el pago de los últimos 6 meses anteriores a la fecha. Anexar planilla correspondiente al mes, comprobante de pago (y en caso de tener revisor fiscal adjuntar la tarjeta profesional, antecedentes vigentes de la junta central de contadores y documento de identidad)

5. INFORME TÉCNICO

En cumplimiento de las funciones de supervisión asignadas, se presenta el siguiente informe técnico en el que se detalla el cumplimiento de las obligaciones específicas pactadas en el. A continuación, se describen las acciones ejecutadas en el marco de dichas obligaciones contractuales:

1. Se evidenció la entrega de manera oportuna de las cantidades solicitadas de los insumos requeridos por la Red de Salud del Centro E.S.E.

2. Se constató que las entregas se realizaron de manera parcial o completa, según la disponibilidad del proveedor o el tiempo de importación, cumpliendo con los acuerdos establecidos. A Factura 1098



Menos nota crédito N°1-127

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Bruto	Impto. Cargo	Valor Impto Cargo
1	GUANTE ESTERIL T 6 1/2 REF 7213 LOTE AR250638-1 VENCE 2030	420.00	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Total Bruto	[illegible]
[illegible]	[illegible]
Total	[illegible]

3 Se validó el cumplimiento de un sistema de despachos adecuado y oportuno, lo que garantizó la entrega eficiente de los insumos médico-quirúrgicos solicitados Esta validación se respalda con el ingreso registrado en el área de almacén bajo los números 0004664. Asimismo, se confirmó con la líder del área el cumplimiento de los procedimientos establecidos

4 Se evidenció el cumplimiento de las condiciones de calidad y de las regulaciones establecidas en la normatividad aplicable al tipo de insumo o producto descrito en el listado de los ítems solicitados

5 Se constató que los insumos fueron manipulados y transportados bajo condiciones adecuadas para preservar su integridad

6 Se evidenció que en los casos en que los insumos presentaron fallas de calidad, deterioro o fechas de vencimiento cercanas el proveedor realizó el reemplazo sin costos adicionales

7 Se validó la entrega de la factura correspondiente a lo solicitado en el contrato de compra electrónica para su debido proceso

8 Se evidenció que se especificaron claramente las condiciones de garantía y el procedimiento para hacer efectiva cualquier reclamación por calidad o idoneidad de los insumos

9 Se constató el establecimiento de canales claros de contacto para coordinar entregas, solucionar inconvenientes y recibir retroalimentación por parte de la Red de Salud del Centro E S E

Se llevó a cabo la revisión de cada una de las obligaciones específicas pactadas en el contrato validando el cumplimiento total del objeto contractual. Se comprobó que las actividades desarrolladas por el contratista se ajustaron a los procesos y procedimientos previamente establecidos, garantizando el apoyo necesario para los servicios misionales, operativos y administrativos En consecuencia se concluye que las condiciones pactadas permitieron alcanzar los objetivos establecidos en el contrato, asegurando la correcta prestación de los servicios previstos Por lo anterior, se adjunta informe presentado por el contratista.

6. FIRMA SUPERVISOR

Jhon Faber Ramirez G.

Supervisor	**Jhon Faber Ramirez Gracia**
Documento de Identidad	**94,450,723**
Cargo	**Subgerente científico y asistencial. (E)**
RED DE SALUD DEL CENTRO E S E	
NIT 805 027 261-3	