



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

CO-CBS-FT-12 V7

Fecha: Noviembre 11 de 2025

Informe Parcial: X

X

Informe Final: X

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO:	6072-2025	CONTRATISTA:	CONTRATISTA: TELEFLEX MEDICAL COLOMBIA S.A	TELÉFEX MEDICAL COLOMBIA S.A	CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	90063608-5
OBJETO:	SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS CON APOYO TECNOLÓGICO PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E					
DATOS DEL CONTRATISTA:	LEGAL:	REPRESENTANTE	ALEJANDRO ELIAS LONDOÑO TORO		CÉDULA DE CIUDADANÍA:	98568420
	ASESOR COMERCIAL:	SIN DATO			TELÉFONO:	-
	DIRECCIÓN:	Carretera 11 #84-09			CELULAR:	302 213 5167
	E-MAIL:	angelica.quiruga@teleflex.com			PÁGINA WEB:	0
	NOMBRES Y APELLIDOS:	ESTIVEL ALONZO PASTOR MEROCHAN			CÉDULA DE CIUDADANÍA:	1024547866
DATOS DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR:	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 SUPERVISIÓN	ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL			CÉDULA DE CIUDADANÍA:	52933523
	CARGO/PERFIL	APOYO TECNICO A LA SUPERVISION			ÁREA O DEPENDENCIA:	ALMACEN MEDICO QUIRURGICOS
(Diligenciar los que aplique, ingresar filas en caso que se requiera, ocultar filas en caso de no diligencias)		CORREO ELECTRÓNICO:	comprasmedicoquirurgicos@subredsur.gov.co		CELULAR:	3006593051
FECHA ACTA DE INICIO:		2025-07-15		FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	2025-08-15	Plazo inicial: Sin dato de plazo
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:		\$ 1.937.258		VALOR INICIAL EN LETRAS:	UN MILLON NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS MCTE	
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:		MATERIAL MEDICO QUIRURGICOS			CÓDIGO DEL RUBRO:	4245010407
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:		927			CÓDIGO DEL RUBRO:	N/A
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:		21388			FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	2025-05-23
					FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	2025-07-09

			NOMBRES Y APELLIDOS:		ESTIVEL ALONZO PASTOR MERCHAN		CEDULA DE CIUDADANIA:		1024547866		
			CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR		SUPERVISOR ADMINISTRATIVO		AREA O DEPENDENCIA:		ALMACEN MEDICO QUIRURGICOS		
			DIRECCION:		CALLE 48A SUR #28-48		TELÉFONO FIJO:		0		
			CORREO ELECTRONICO:		gestionasuministros@subredsur.gov.co		CELULAR:		3043428182		
			NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION		ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL		CÉDULA DE CIUDADANÍA:		529353523		
			CARGO PERFIL		APOYO TECNICO A LA SUPERVISION		AREA O DEPENDENCIA:		ALMACEN MEDICO QUIRURGICOS		
			CORREO ELECTRONICO:		comprasmedicoquirurgicos@subredsur.gov.co		CELULAR:		3005593051		
FECHA ACTA DE INICIO:			2025-07-15		FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:		2025-08-15		Plazo INICIAL: Sin dato de plazo		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:			\$ 1.997.298		VALOR INICIAL EN LETRAS:		UN MILLON NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS MCTE				
DESCRIPCION DEL RUBRO:			MATERIAL MEDICO QUIRURGICOS		Código DEL RUBRO:		Código DEL RUBRO:		N/A		
rúbricos) CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N.º:			927		FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:		2025-05-23				
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N.º:			21386		FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:		2025-07-09				
2. INFORMACIÓN DE ADICIONES REALIZADAS AL CONTRATO											

5. EJECUCIÓN DEL CONTRATO Incluidas las facturas a certificar									
ITEM	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	2025-08-01	28123	V0200000017066	\$ 1.002.000	\$ 917.258				
2	2025-09-01	28503	V0200000017207	\$ 1.002.000	\$ 4.394.008				
TOTAL EJECUTADO				\$ 2.004.000				\$	

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL									
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:		\$ 1.937.258	VALOR PAGADO:		\$				

		INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA		CO-CBS-FI-12 V7	
FECHA:		Noviembre 11 de 2025			
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:		\$	4,496,750	SALDO POR PAGAR: \$ 2,040,000	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$	6,434,008	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 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 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 cumplen 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 crédito / Radicado cuantías 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 necesarias.	SI		Condiciones / Socop modulo sala.	
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 electrónicos.	
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 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		No aplicado hasta la fecha de ejecución.	
8	Garantizar 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 técnicas / Almacén.	
9	Disponer en sus bodegas del stock necesario para atender las solicitudes de pedidos de los insumos médicos quirúrgicos requeridos objetos del contrato.	SI		Facturas emitidas por el proveedor / Almacén.	
10	En el caso que los insumos presenten eventos de seguridad, el Contratista se compromete a realizar seguimiento, análisis e informe al Supervisor del contrato	SI		Sucesos de seguridad / Correos electrónicos.	
11	Cambiar los insumos próximos a vencer o presentar 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 lo anterior la Subred Sur avisará con una antelación mínima de dos (2) meses.	SI		Cambio de insumos próximos a vencer cuando aplique / Correos electrónicos.	
12	Brindar las capacitaciones que sean requeridas por el supervisor del contrato para aquellos insumos y dispositivos médicos quirúrgico que lo requieran	SI		Capacitaciones cuando sean solicitadas por el área asistencial o se deriven de sucesos de seguridad / Actas de capacitación.	
13	Informar con mínimo 20 días de antelación las novedades presentadas con la firma de modificaciones, promesas 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 médicos quirúrgicos que requieran apoyo tecnológico (si hay lugar).	SI		Apoyo tecnológico si aplica / Soportes biomédicos.	
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		Recepción técnica / Almacén.	
16	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		Facturas emitidas por proveedor sin cobros adicionales / Almacén.	
17	Indemnizar y/o asumir todo dolo 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	SI		No aplicado hasta la fecha de ejecución.	
OBSERVACIONES:			31,71%	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	
8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS					
VERIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Plustas / 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/PERFIL		FECHA:	