OK,

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	EVALUACIÓN DE PROVEEDORES	CO-CBS-FT-18 V2

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	6568-2024	NOMBRE DEL PROVEEDOR	LABORATORIO GOTHAPLAST LTDA	NIT	830061856-1
FECHA INICIO DEL CONTRATO	19/11/2024	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	31/05/2025	CORREO ELECTRÓNICO	ventas@labgothaplast.com.co
OBJETO DEL CONTRATO	SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS, ALGUNOS CON APOYO TECNOLOGICO, REQUERIDOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS 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 requeridas de acuerdo la orden de suministros/contrato					5
	Los productos entregados estaban en buenas condiciones físicas y su apariencia satisface las expectativas					5
	conto con la logística 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 conraborran 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 garantías 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	OSCAR ORLANDO CUBILLOS

	INFORM[illegible] SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CON[illegible]ORIA, OBRA E INTERVENTORIA	CO-CBS-FT-12 V7
FECHA:	Noviembre 04 de 2025	

INFORME PARCIAL:		INFORME FINAL :	X

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO:	6568-2024	CONTRATISTA:	LABORATORIO GOTHAPLAST LTDA	CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	830061856-1
OBJETO:	SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS, ALGUNOS CON APOYO TECNOLOGICO, REQUERIDOS PARA LA ATENCION DE LOS USUARIOS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E				
DATOS DEL CONTRATISTA:	REPRESENTANTE LEGAL:	NATALIA PATRICIA ORTEGA ZAMORANO		CÉDULA DE CIUDADANÍA :	52155749
	ASESOR COMERCIAL:	NATALIA GARCIA		TELÉFONO:	2248930
	DIRECCIÓN:	CRA 72 A No 70-17		CELULAR:	2516284-2248930
	E-MAIL:	ventas@labgothaplast.com.co		PÁGINA WEB:	0
DATOS DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR: (Diligenciar los que aplique, ingresar filas en caso que se requiera, ocultar filas en caso de no diligenciarias)	NOMBRES Y APELLIDOS:	OSCAR ORLANDO CUBILLOS		CÉDULA DE CIUDADANÍA:	79316535
	CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR	SUPERVISOR ADMINISTRATIVO (E)		ÁREA O DEPENDENCIA:	ALMACEN MEDICO QUIRURGICOS
	DIRECCIÓN:	CALLE 48A SUR #28-48		TELÉFONO FIJO:	0
	CORREO ELECTRÓNICO:	gestionsuministros@subredsur.gov.co		CELULAR:	3026188659
	NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION	ESTIVEL ALONZO PASTOR MERCHAN		CÉDULA DE CIUDADANÍA:	1024547866
	CARGO/PERFIL	APOYO TECNICO A LA SUPERVISION		ÁREA O DEPENDENCIA:	ALMACEN MEDICO QUIRURGICOS
	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:	2024-11-19	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	2025-01-18	PLAZO INICIAL:	2 Meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 5.207.297	VALOR INICIAL EN LETRAS:	CINCO MILLONES DOSCIENTOS SIETE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS MCTE		
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:	MATERIAL MEDICO-QUIRURGICOS			CÓDIGO DEL RUBRO:	4542010401
DESCRIPCION DEL RUBRO: (Si aplica para dos rubros)	N/A			CÓDIGO DEL RUBRO:	N/A
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:	2421			FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	2024-09-23
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:	39211			FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	2025-11-08

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	$ 9.435.462	2025-02-28	442	2025-02-26	16469	2025-02-28	4542010401
2	$ 4.827.641	2025-04-30	795	2025-04-29	19017	2025-04-30	4542010401

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 13 Dias	2025-01-16	2025-01-19	28/02/2025
2	PRORROGA	2 Meses	2025-02-28	2025-03-01	30/04/2025
3	PRORROGA	1 Mes	2025-04-30	2025-05-01	31/05/2025

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	2025-01-31	55687	VE0000000016272	$ 4.950.400	$ 256.897	0000000000614257	2025-04-27	$ 4.950.400
2	2025-04-04	57095	VE0000000016821	$ 4.950.400	$ 4.741.959	0000000000636308	2025-08-13	$ 4.950.400
3	2025-04-02	57030	VE0000000016714	$ 4.569.600	$ 5.000.000	0000000000636308	2025-08-13	$ 4.569.600
4	2025-05-08	57781	VE0000000015741	$ 4.569.600	$ 430.400	0000000000647225	2025-10-14	$ 4.569.600
TOTAL EJECUTADO				$ 19.040.000				$ 19.040.000

	INFORME DE SUPERVISIÓN CO[illegible]ATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INT[illegible]ENTORIA	CO-CBS-FT-12 V7
FECHA:	Noviembre 04 de 2025	

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$	5.207.297	VALOR PAGADO:	$	19.040.000
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	$	14.263.103	SALDO POR PAGAR :	$	-
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	$	19.470.400	SALDO A REINTREGRAR	$	430.400

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 caracteristicas 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	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 a que haya lugar.	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	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 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 y emitir respuesta en un tiempo no mayor a cuarenta y ocho (48) horas.	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 encuentre dentro del contrato, una vez notificado por el supervisor del mismo,	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 médico 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	Si		No aplicado hasta la fecha de ejecución.
OBSERVACIONES:			PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	97,79%

8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN 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	Luz Dary Mejia	CARGO/PERFIL	AUX Admon	FIRMA	FECHA: 6 NOV 2025