| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA | CO-CBS-FT-12 V7 |

| FECHA: | AGOSTO 2025 |
|---|---|

| INFORME PARCIAL: | X | INFORME FINAL : | |
|---|---|---|---|

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 5511-2025 | CONTRATISTA: | FARMAPOS LTDA | CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT: | 830134902-5 |
| No. DE CONVENIO AL CUAL PERTENECE EL CONTRATO (Numero y vigencia) | N/A | | | | |
| OBJETO: | SUMINISTRO DE PRODUCTOS PARA SOPORTE DE NUTRICION ENTERAL PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE | | | | |
| DATOS DEL CONTRATISTA: | REPRESENTANTE LEGAL: | FREDY GERARDO ORTEGA TRASLAVIÑA | | CÉDULA DE CIUDADANÍA : | 79797724 |
| | ASESOR COMERCIAL: | FREDY GERARDO ORTEGA TRASLAVIÑA | | TELÉFONO: | 7428585 |
| | DIRECCIÓN: | CARRERA 25 NO 39 A - 41 | | CELULAR: | 2694909 |
| | E-MAIL: | INFO@FRAMAPOS.COM | | PÁGINA WEB: | WWW.FARMAPOS.COM |
| 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: | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | | CÉDULA DE CIUDADANÍA: | 52489647 |
| | CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR | DIRECTORA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | | ÁREA O DEPENDENCIA: | DIRECCION DE COMPLEMENTARIOS |
| | DIRECCIÓN: | Carrera 20 # 47B – 35 SUR | | TELÉFONO FIJO: | 7300000 |
| | CORREO ELECTRÓNICO: | DIR.COMPLEMENTARIOS@SUBREDSUR.GOV.CO | | CELULAR: | 3209855067 |
| | NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION | FRANCY YAMELY DOMINGUEZ SALAZAR | | CÉDULA DE CIUDADANÍA: | 52272090 |
| | CARGO/PERFIL | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | | ÁREA O DEPENDENCIA: | DIRECCION DE COMPLEMENTARIOS |
| | CORREO ELECTRÓNICO: | REFERENTEADM.FARMACIA@SUBREDSUR.GOV.CO | | CELULAR: | 3138881375 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA ACTA DE INICIO: | 2025-06-01 | FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL: | 2025-07-31 | PLAZO INICIAL: | 2 Meses |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 201,235,010 | VALOR INICIAL EN LETRAS: | DOSCIENTOS UN MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DIEZ PESOS MCTE | | |
| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: | MEDICAMENTOS | | | CÓDIGO DEL RUBRO: | 4245010301 |
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: | 687 | | | FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: | 2025-04-08 |
| CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°: | 20232 | | | FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL: | 2025-06-01 |

## 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 | $ 40,000,000 | 2025-06-12 | 995 | 2025-06-09 | 20367 | 2025-06-12 | 4245010301 |
| 2 | $ 124,000,000 | 2025-07-11 | 1147 | 2025-07-02 | 21399 | 2025-07-11 | 4245010301 |
| 3 | $ 33,928,652 | 2025-08-27 | 1446 | 2025-08-25 | 26186 | 2025-08-27 | 4245010301 |

## 3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIONES REALIZADAS AL CONTRATO

| N° | PRORROGA / SUSPENSION | PLAZO | FECHA DE SUSCRIPCIÓN | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | PRORROGA | 1 Mes | 2025-07-11 | 2025-08-01 | 31/08/2025 |
| 2 | PRORROGA | 1 Mes | 2025-08-27 | 2025-09-01 | 30/09/2025 |

## 4. OTRAS NOVEDAES CONTRACTUALES

| N° | OTRO SI No ( Aclaratorio, Inclusion, Exclusion) | CONSIDERACION DEL OTRO SI | FECHA DE SUSCRIPCION DEL OTRO SI |
|---|---|---|---|
| 1 | MODIFICATORIO N° 1 | MODIFICAR - La CLAUSULA SEGUNDA. -ESPECIFICACIONES TÉCNICAS O DESCRIPCION DEL SERVICIO, en el sentido de INCLUIR quince (15) productos, como medida estratégica para garantizar la continuidad, eficiencia y seguridad en la atención de los pacientes | 2025-06-12 |

## 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° COMPROBANTE DE EGRESO | FECHA COMPROBANTE DE EGRESO | VALOR CANCELADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2025-06-13 | 23360 | 04000000015264 | $ 77,547,532 | $ 163,687,478 | | | |
| 2 | 2025-06-17 | 23435 | 04000000015273 | $ 965,092 | $ 162,722,386 | | | |
| 3 | 2025-06-21 | 23543 | M2000000000245 | $ 7,165,776 | $ 155,556,610 | | | |
| 4 | 2025-06-24 | 23568 | 04000000015287 | $ 25,949,076 | $ 129,607,534 | | | |
| 5 | 2025-06-26 | 23614 | 04000000015300 | $ 45,372,728 | $ 84,234,806 | | | |
| 6 | 2025-07-10 | 23889 | 04000000015358 | $ 18,457,576 | $ 65,777,230 | | | |
| 7 | 2025-07-10 | 23895 | 04000000015359 | $ 14,292,620 | $ 51,484,610 | | | |
| 8 | 2025-07-17 | 24056 | 04000000015392 | $ 5,069,624 | $ 46,414,986 | | | |
| 9 | 2025-07-24 | 24208 | 04000000015455 | $ 103,889,760 | $ 66,525,226 | | | |
| 10 | 2025-07-29 | 24300 | 04000000015456 | $ 1,089,840 | $ 65,435,386 | | | |
| 11 | 2025-08-21 | 24760 | 04000000015548 | $ 3,561,840 | $ 61,873,546 | | | |
| 12 | 2025-08-21 | 24758 | 04000000015549 | $ 10,013,178 | $ 51,860,368 | | | |
| 13 | 2025-08-25 | 24858 | 05000000000869 | $ 977,574 | $ 50,882,794 | | | |
| 14 | 2025-08-27 | 24908 | 05000000000872 | $ 6,928,652 | $ 43,954,142 | | | |

| TOTAL EJECUTADO | $ 321,280,868 | | $ - |
|---|---|---|---|

## 6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 201,235,010 | VALOR PAGADO: | $ - |
| VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO: | $ 197,928,652 | SALDO POR PAGAR : | $ 321,280,868 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO : | $ 399,163,662 | SALDO A REINTREGRAR | |

## 7. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DECLARE SI SE CUMPLIO A SATISFACCIÓN EL OBJETO CONTRACTUAL)

| No. | OBLIGACIÓN | CUMPLIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Disponer de línea telefónica y correo electrónico para la solicitud de pedidos Lunes a Viernes: 8:00 am - 5:00 pm y Sábados de 8:00 am a 1 pm para dar respuesta a la necesidad de los servicios hospitalarios y establecer mecanismos que le permitan recibir y responder las sugerencias, quejas y reclamaciones que se presenten en desarrollo del contrato y establecerá las medidas correctivas pertinentes. Se aclara que en caso de que haya incumplimiento frente a las entregas pactadas en este horario, será necesario contactar el proveedor en horarios adicionales para que se garantice la entrega de los productos. | SI | LA COMUNICACIÓN A SIDO CONSTANTE Y SE HAN PRESENTADO UNAS POCAS DIFICULTADES EN LA RESPUESTA DE LAS LÍNEAS TELEFÓNICAS. | NUMERO DE TELEFONO Y COREO ELECTRONICO VS. CONTRATO Y DIRECTORIO PROVEDORES |

| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA | CO-CBS-FT-12 V7 |

| FECHA: | AGOSTO 2025 | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | Realizar la entrega de las nutriciones, en las cantidades completas solicitadas, en la fecha, lugar, y dentro del horario indicado por el Supervisor del Contrato; Si por alguna circunstancia (desabastecimiento, dificultades en la importación, entre otros), el Contratista no puede entregar las nutriciones que fueron ofertadas con las mismas especificaciones técnicas relacionadas, este podrá presentar un solicitud modificación por escrito, con la respectiva justificación y documentación técnica al supervisor del contrato el cual evaluará y avalará según el caso, mediante concepto técnico el requerimiento. | SI | ENTREGAS DEL 100% DE MEDICAMENTOS SOLICITADAS | FACTURAS DE ENTREGA, PARAFISCALES VS. ORDEN DE COMPRA |
| 3 | Los productos serán integrados directamente en las farmacias de las sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur que se relacionan a continuación: TUNAL, MEISSEN, TUNJUELITO, VISTA HERMOSA acorde con las cantidades determinadas por la institución para cada uno de los sitios SEDE ASISTENCIAL DIRECCION Hospital Tunal Cra 20 47B- 35 Sur, Hospital Meissen Calle 60 G Sur No.18 A Bis-09 (Ciudad Bolivar), Hospital Tunjuelito. Av. Caracas No. 51- 21 Sur, Hospital Vista Hermosa Calle 67A Sur No 18C-12 | SI | SIN DIFICULTAD | FECHA DE ORDEN DE COMPRA VS. FECHA DE INGRESO AL SISTEMA, CORREOS CON ALTERNATIVAS |
| 4 | Realizar la entrega de nutriciones en un plazo no mayor a las setenta y dos (72) horas luego de realizado el requerimiento para las solicitudes regulares; para las solicitudes catalogadas como urgentes las nutriciones deben entregarse en un tiempo máximo de seis (6) horas contados a partir de la hora de la solicitud. Las modificaciones técnicas solicitadas NO deberán extender el plazo de entrega la cual siempre debe darse en el tiempo establecido. | SI | EL CUMPLIMIENTO DE LA OPORTUNIDA DE ENTREGA ES DEL 90% | FECHA DE ORDEN DE COMPRA VS. FECHA DE INGRESO AL SISTEMA, CORREOS CON ALTERNATIVAS |
| 5 | Garantizar el adecuado almacenamiento, disposición, conservación y distribución de las nutriciones solicitadas por el supervisor del contrato, según la normatividad vigente para la materia prima, producción, controles de calidad y producto final. | SI | SIN DIFICULTAD | FORMATO DE RECEPCION TECNICA |
| 6 | Realizar las entregas de las nutriciones 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. No se aceptarán empresas transportadoras sin acompañamiento de representante del oferente, con el fin de realizar las recepciones técnicas que se requieren en el proceso. | SI | SIN DIFICULTAD | GUIA DE TRASPORTADORA Y FORMATO DE RECEPCION TECNICA |
| 7 | Entregar de manera oportuna la documentación para la radicación de facturas (orden de compra emitida por la Subred, factura original y tres copias, certificación de pago de aportes a seguridad social y contribuciones parafiscales) junto con el pedido, en los tiempos establecidos por el Supervisor del Contrato. | SI | SIN DIFICULTAD | ORDENES DE COMPRA, FACTURAS, PARAFISCALES |
| 8 | Realizar los cambios que sean necesarios cuando las nutriciones no cumplan con los criterios de: Cadena de frio, calidad, referencia, presentación o cuando no se cumplan las condiciones técnicas contratadas; el cambio debe realizarse dentro de un plazo máximo de 24 horas. El recibido de la factura se dará una vez esté acorde con los cambios reportados y se tramitará para pago. | SI | SIN DIFICULTAD | CARTAS DE COMPROMISOS CON FECHA CORTA DE VENCIMIENTO |
| 9 | Garantizar que la fecha de vencimiento de las nutriciones, entregados sea superior a 12 meses de su vida útil. el Contratista deberá presentar carta de compromiso y autorización del Supervisor del Contrato, adjunto a la factura, en la cual manifieste recibir los medicamentos, que por su rotación lleguen a vencerse, aun cuando el contrato celebrado esté en ejecución o ya haya terminado el plazo de ejecución. | SI | SIN DIFICULTAD | CARTAS DE COMPROMISOS CON FECHA CORTA DE VENCIMIENTO |
| 10 | Realizar los cambios que sean necesarios cuando las nutriciones 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 medicamento 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 | SIN DIFICULTAD | CUANDO CORRESPONDA |
| 11 | 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 necesarios. | SI | SIN DIFICULTAD | CORREO ELECTRÓNICO Y EJECUCION DE CONTRATO |
| 12 | 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 | SIN DIFICULTAD | EJECUCIÓN E INFORMES PARCIALES |
| 13 | Realizar el cambio de Registro Sanitario en caso de vencimiento durante la vigencia del contrato e informar de inmediato al supervisor del contrato. | SI | SIN DIFICULTAD | CUANDO CORRESPONDA |
| 14 | Realizar la identificación, inventario, recolección y reposición de las nutriciones 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 | SIN DIFICULTAD | CUANDO CORRESPONDA |
| 15 | Entregar nuriciones certificadas por el INVIMA y producidos por laboratorios con BPM. | SI | SIN DIFICULTAD | RECEPCIPN TECNICA |
| 16 | Cambiar y recoger las nutriciones próximas a vencer o presenten 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, Para lo anterior la Subred Sur avisara con una antelación mínimo de cuatro (4) meses de anticipación a la fecha de vencimiento, para su cambio. | SI | SIN DIFICULTAD | CARTAS DE COMPROMISOS CON FECHA CORTA DE VENCIMIENTO |
| 17 | Brindar las capacitaciones que sean requeridas por el supervisor del contrato para aquellas nutriciones que lo requieran. 18. Informar con mínimo 10 dias de antelación las novedades presentadas con la firma de modificaciones, prorrogas y adiciones a la supervisión del contrato. | SI | SIN DIFICULTAD | CUANDO CORRESPONDA |
| 18 | informar con mínimo de 10 dias de antelación las novedades presentadas con la firma de modofocaciones y prorrogas y adiciones a la supervisión del contrato. | SI | SIN DIFICULTAD | SOLICITUD DE MODIFICATORIOS |
| 19 | Suscribir contrato de comodato para las nutriciones que requieran apoyo tecnológico (si hay lugar). | SI | SIN DIFICULTAD | NO HAY SOLICITUDES GENERADAS |
| 20 | 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 las nutriciones. | SI | SIN DIFICULTAD | CERTIFICACION DE PAGO PARAFISCALES AL REALIZAR LA ENTREGA |
| 21 | Asumir los gastos de transporte, embalaje y logistica requeridos para realizar la entrega de las nutriciones en el lugar que solicite el supervisor del contrato. | SI | SIN DIFICULTAD | ENTREGAS FISICAS EN LAS FARNACIA |
| 22 | 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 de afectación a la vida o 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 | SIN DIFICULTAD | CUANDO CORRESPONDA |
| 23 | Apoyar el programa de farmacovigilancia de la Subred en las investigaciones y levantamiento de planes de mejora que se deriven de ellas. | SI | SIN DIFICULTAD | CUANDO CORRESPONDA |
| 24 | Recibir y acompañar auditorías locativas, documentales u operativas que se planeen en el desarrollo del contrato y brindará todo el apoyo logístico que se requiera para la realización de las mismas. Recibir las inspecciones en los procesos de almacenamiento y control, así como solicitar análisis de calidad para los productos adjudicados cuando así se requiera, priorizando los casos de no conformidades durante el uso o, quejas y reclamos de los servicios asistenciales. | SI | SIN DIFICULTAD | CUANDO CORRESPONDA |
| OBSERVACIONES: | | | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | 80,49% |

## 8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VERIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Planillas/ Ceritifcación 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: | |