	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA	CO-CBS-FT-12 V8
FECHA:	Marzo 11 de 2026	

INFORME PARCIAL:	X	INFORME FINAL :	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO:	6066-2025	CONTRATISTA:	MEDICOX LTDA.	CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	830142523-0
OBJETO:	SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS CON APOYO TECNOLOGICO 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:	REPRESENTANTE LEGAL:	NELLY MORALES GONZALES		CÉDULA DE CIUDADANÍA :	51829794
	ASESOR COMERCIAL:	BIBIANA VARGAS		TELÉFONO:	3125495
	DIRECCIÓN:	CALLE 66 No. 19- 36 of. 301		CELULAR:	3183300535
	E-MAIL:	administrativo@medicox.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 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:	2025-07-16	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	2025-08-15	PLAZO INICIAL:	1 Mes
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 19.185.546	VALOR INICIAL EN LETRAS:	DIECINUEVE MILLONES CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS MCTE		
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:	MATERIAL MEDICO QUIRURGICOS			CÓDIGO DEL RUBRO:	4245010401
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: (Si aplica para dos rubros)	N/A			CÓDIGO DEL RUBRO:	N/A
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:	927			FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	2025-05-23
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:	21366			FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	2025-07-09

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	FECHA DE APROBACION DE POLIZA
1	$ 20.000.000	2025-08-25	1389	2025-08-15	26068	2025-08-25	4245010401	2025-09-02
2	$ 14.250.000	2025-09-29	1583	2025-09-17	28364	2025-09-29	4245010401	2025-10-15
3	$ 14.250.000	2025-10-17	1689	2025-09-30	29892	2025-10-17	4245010401	2025-10-31
4	$ 7.000.000	2025-11-30	2047	2025-11-27	35632	2025-11-30	4245010401	2025-12-23

3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIONES REALIZADAS AL CONTRATO

N°	PRORROGA / SUSPENSION	PLAZO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	FECHA DE APROBACION DE POLIZA
1	PRORROGA	16 Dias	2025-08-05	2025-08-16	31/08/2025	2025-08-12
2	PRORROGA	1 Mes	2025-08-25	2025-09-01	30/09/2025	2025-09-02
3	PRORROGA	1 Mes	2025-09-29	2025-10-01	31/10/2025	2025-10-15
4	PRORROGA	1 Mes	2025-10-17	2025-11-01	30/11/2025	2025-10-31
5	PRORROGA	16 Dias	2025-11-30	2025-12-01	16/12/2025	2025-12-23
6	PRORROGA	30 Dias	2025-12-16	2025-12-17	15/01/2026	2025-12-24
7	PRORROGA	2 Meses y 16 Dias	2026-01-15	2026-01-16	31/03/2026	2026-02-11

4. OTRAS NOVEDAES CONTRACTUALES

N°	OTRO SI No (Aclaratorio, Inclusion, Exclusion)	CONSIDERACION DEL OTRO SI	FECHA DE SUSCRIPCION DEL OTRO SI	FECHA DE APROBACION DE POLIZA

	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA	CO-CBS-FT-12 V8

FECHA:	Marzo 11 de 2026			
1	Si	MODIFICAR: la cláusula segunda del ESPECIFICACIONES TÉCNICAS O DESCRIPCION DEL SERVICIOS, en el sentido de incluir los ítems descritos a continuación, teniendo en cuenta la arte considerativa del presente documento: - SENSOR BIS 4 ELECTRODOS - CANULA DE TRAQUEOSTOMIA ADULTO FENESTRADA CON BALON No 7.5	2025-08-25	2025-09-02

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	2025-07-17	93567	VZ000000017011	$ 2.416.299	$ 16.769.247	0000000000668806	2026-01-28	$ 2.416.299
2	2025-07-21	93744	VZ000000017012	$ 3.495.450	$ 13.273.797	0000000000668806	2026-01-28	$ 3.495.450
3	2025-06-16	3427-93744	SVZ00000000684	$ 672.590	$ 13.946.387			
4	2025-08-01	94566	VZ000000017071	$ 499.350	$ 13.447.037	0000000000673995	2026-02-23	$ 499.350
5	2025-08-01	94473	VZ000000017072	$ 828.920	$ 12.618.117	0000000000673995	2026-02-23	$ 828.920
6	2025-08-01	94471	VZ000000017164	$ 10.435.120	$ 2.182.997	0000000000673995	2026-02-23	$ 10.435.120
7	2025-08-15	95475	VZ000000017165	$ 219.754	$ 1.963.243	0000000000673995	2026-02-23	$ 219.754
8	2025-09-04	96632	VZ000000017203	$ 2.496.750	$ 19.466.493			
9	2025-09-01	96240	VZ000000017204	$ 8.381.930	$ 11.084.563			
10	2025-10-07	98822	VZ000000017403	$ 4.961.787	$ 20.372.777			
11	2025-10-23	99818	VZ000000017404	$ 613.639	$ 19.759.138			
12	2025-11-01	100296	VZ000000017448	$ 10.418.779	$ 23.590.359			
13	2025-11-07	100694	VZ000000017461	$ 1.859.755	$ 21.730.604			
14	2025-12-02	102233	VZ000000017544	$ 2.003.683	$ 26.726.921			
15	2025-12-09	102689	VZ000000017576	$ 5.992.200	$ 20.734.721			
16	2026-01-21	104809	VZ000000017752	$ 2.486.760	$ 18.247.961			
17	2026-02-17	OP-1702	VZ000000007753	$ 18.200.000	$ 47.961			
TOTAL EJECUTADO				$ 74.637.585				$ 17.894.893

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

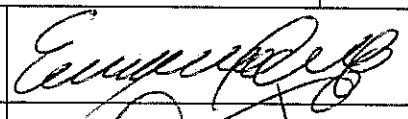
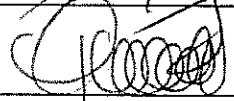
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 19.185.546	VALOR PAGADO:	$ 17.894.893
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	$ 55.500.000	SALDO POR PAGAR :	$ 56.742.693
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	$ 74.685.546	SALDO A REINTREGRAR	

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 necesarios.	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 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 tecnicas / Almacén.

	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA			CO-CBS-FT-12 V8
FECHA:	Marzo 11 de 2026			
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	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 electronicos.
11	Cambiar los insumos próximos 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, 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 mèdico 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 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 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		No aplicado hasta la fecha de ejecución.
OBSERVACIONES:			PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	99,936%

8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

VERIFICACION DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Planillas/ Certificación 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: