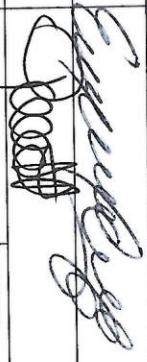
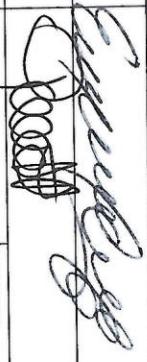




INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA

CO-CBS-FT-12 V9

FECHA:	Abril 20 de 2025		INFORME PARCIAL:	X		INFORME FINAL:	
1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO							
Nº DE CONTRATO:	6538-2025	CONTRATISTA:	MOLAMEDICA S.A.		CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	860070378-3	
Nº DE CONVENIO AL CUAL PERTENECE EL CONTRATO:		FECHA INICIO DE EJECUCIÓN CONVENIO:			FECHA DE TERMINACIÓN FINAL DEL CONVENIO:		
OBJETO:	COMPRA DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICOS PARA GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN 2405 DEL 2016 PARA LA SOBRE INTEGRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.						
DATOS DEL CONTRATISTA:		REPRESENTANTE LEGAL:	ALBERTO RUIZES	CÉDULA DE CIUDADANÍA:	17129114		
		ASesor COMERCIAL:	DAYA BELARANO	TELÉFONO:	2885558		
		DIRECCIÓN:	CALLE 38 -15-42	CÉLULAR:	316522322		
		E-MAIL:	hmedica@molmedica.com.pe	PÁGINA WEB:	0		
		NOMBRES Y APELLIDOS:	ESTIVEL ALONCO PASTOR MERCHANT	CÉDULA DE CIUDADANÍA:	102131768		
		CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR:	SUPERVISOR ADMINISTRATIVO	ÁREA O DEPENDENCIA:	ALMACEN MEDICO QUIRURGICOS		
		DIRECCIÓN:	CALLE 48A SUR #28-48	TELÉFONO Fijo:	0		
		correo electrónico:	gestiounit@saludsur.gov.pe	CÉLULAR:	304426182		
		NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN:	ESTHERANY JIMENEZ SANDOVAL	CÉDULA DE CIUDADANÍA:	5263523		
		CARGO/PERFIL:	APOYO TECNICO A LA SUPERVISION	ÁREA O DEPENDENCIA:	ALMACEN MEDICO QUIRURGICOS		
		correo electrónico:	compramedic@saludsur.gov.pe	CÉLULAR:	300693061		
FECHA ACTA DE INICIO:	2025-11-07	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	2026-01-06	PLAZO INICIAL:	2 Meses		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	5	76.170.639	VALOR INICIAL EN LETRAS:	SESENTA Y SEIS MILONES CIENTO SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS MCTE			
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:	MATERIALES Y SUMINISTROS AUXILIAR			CÓDIGO DEL RUBRO:	424501005		
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: (b) aplica para dos rubros)	N/A			CÓDIGO DEL RUBRO:	N/A		
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:	1017			FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	2025-06-12		
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL N°:				FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	2025-11-07		
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:	
1	N/D	N/D		N/D	N/D	N/D	
3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIÓNES REALIZADAS AL CONTRATO							
N°	PRORROGA / SUSPENSIÓN	PLAZO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	FECHA DE APROBACIÓN DE POLIZA	
1	PRORROGA	25 Días	2025-12-30	2026-01-07	31/01/2026	2025-12-30	
2	PRORROGA	1 Mes	2026-01-30	2026-02-29	28/02/2026	2025-01-30	
3	PRORROGA	5 Meses	2026-03-03	2026-08-01	30/06/2026	2026-04-03	
4. OTRAS NOVEDADES CONTRACTUALES							
N°	OTRO SI	No (Aprobada, Excluida, Etc.)	CONSIDERACIÓN DEL OTRO SI	FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL OTRO SI	FECHA DE APROBACIÓN DE POLIZA		
1	N/D	N/D		N/D	N/D		
5. EJECUCIÓN DEL CONTRATO INCLUIDAS las facturas a certificar							
ITEM	FECHA DE FACTURACIÓN CUENTA DE CREDITO	NÚMERO DE CUENTA DE CREDITO	N° ENTRADA ALMACÉN	VALOR DE FACTURA Y/O CUENTA DE CREDITO	VALOR FACTURA DERIVADO DE CONVENIO	VALOR FACTURA DERIVADO DE CONVENIO	
1	2025-11-12	6373844	050000002931	5	5.31510	CONTRATO INICIAL	
2	2025-11-20	21964	050000002931	3	35.412101	CONTRATO INICIAL	
3	2025-11-20	11172	050000002931	3	3.116468	CONTRATO INICIAL	
4	2025-01-16	17639	050000002931	3	35.002354	CONTRATO INICIAL	
TOTAL EJECUTADO				5	49.718.023	5	
6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL							
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	5	76.170.639	VALOR PAGADO:	5			
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	5	-	SALDO POR PAGAR:	5			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	5	76.170.639	SALDO A REINTEGRAR	5			

INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA										CO-CBS-FT-12 V9	
FECHA:		INFORME PARCIAL:		X		INFORME FINAL :					
Abril 20 de 2025											
7. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DECLARAR 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 elementos en el Almacén General o según necesidad de la Salud Sur, previa autorización del supervisor del contrato, en la fecha y hora indicados por el Supervisor del Contrato. El contenido seleccionado debe contar con el suficiente personal, debidamente capacitado para las actividades de entrega y descargo de los elementos objeto del contrato.				SI				Solicitudes de pedido & Facturas emitidas por el proveedor / Almacén.	
2		Garantizar que los materiales sean originales, nuevos y de primera calidad.				SI				Recepciones técnicas / Almacén.	
3		Recibir la entrega de los elementos requeridos acorde con las especificaciones técnicas y cantidades solicitadas por el Supervisor del contrato, asegurando en casos determinados sobre la correcta utilización de cada producto.				SI				Solicitudes de pedido & Facturas emitidas por el proveedor / Almacén.	
4		Atender todos los requerimientos y solicitudes realizadas por el supervisor del contrato en un término no mayor a lo estipulado en la misma.				SI				Facturas emitidas por el proveedor / Almacén.	
5		Suministrar las fichas técnicas, manuales e instrucciones de preservación de los materiales requeridos por la Salud Sur. (a solicitud del supervisor).				SI				Obligaciones contractuales / Cláusulado.	
6		Atender cualquier solicitud de inóculo técnico que solicite el supervisor del contrato.				SI				Obligaciones contractuales / Cláusulado.	
7		Garantizar que por los distintos tipos de su labor de la Salud Sur E.S.E., pueda incluir o excluir, aumentar o disminuir los elementos objeto del contrato, de características y				SI				Obligaciones contractuales / Cláusulado.	
8		Avalar y/o atender ante cualquier requerimiento o revisión programada por la Salud Sur.				SI				Obligaciones contractuales / Cláusulado.	
OBSERVACIONES:											
8. INFORMACION SOPORTES DE EJECUCION Y DOCUMENTOS ADJUNTOS											
VERIFICACION DE PAGO DE SEGURO SOCIAL Y PARAFISCALES											
Parafisar Certificación por parte de Revisor Fiscal (Contador ESPECIFICANDO EL LÍNEA)											
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:			