| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | CERTIFICACIÓN DE EJECUCIÓN DE CONTRATOS PROVEEDORES | CO-CBS-FT-12-V3 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha Informe: | 11/12/2020 | | | | Consecutivo de Certificación : | 6 | |
| TIPO DE INFORME | PARCIAL | X | FINAL | | Periodo de la Certificación : | 01/11/2020 AL 30/11/2020 | |

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Contrato No.: | 5515-2020 | Contratista: | MAINCO HEALTH CARE S.A.S | Cédula de ciudadanía o NIT: | 805009200-8 |
| Objeto del contrato: | SUMINISTRO DE LOS INSUMOS Y/O BIENES REQUERIDOS PARA ATENDER LA EMERGENCIA SANITARIA POR LA PROPAGACIÓN DEL VIRUS CORONAVIRUS COVID-19, DENTRO DEL MARCD DE LA DECLARATORIA DE URGENCIA MANIFIESTA, DE ACUERDO A LOS ANEXOS TECNICOS QUE DESCRIBEN LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS BIENES Y/O INSUMOS REQUERIDOS. | | | | |
| Datos del Contratista | Representante Legal: | JANNETH MORENO CASTAÑEDA | Cedula de Ciudadanía: | 65746286 | |
| | Asesor Comercial: | 0 | Teléfono: | 4853333 | |
| | Dirección: | KR31 10 158 DODEGA 2 YUMBO | Celular: | 0 | |
| | E mail: | gerencia@mainco com.co | Página WEB: | 0 | |
| Datos del Supervisor/Interventor (1) | Nombres y Apellidos: | ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL | Cédula de Ciudadanía: | 52953523 | |
| | Cargo/ perfil del Supervisor: | REFERENTE MEDICO QUIRURGICOS | Área o Dependencia: | MEDICO QUIRURGICOS | |
| | Dirección: | CR 20 47B 35 SUR | Teléfono fijo: | | |
| | Correo electrónico: | MEDICOQUIRURGICOS@SUBREDSUR.GOV.CO | Celular: | 3006593051 | |
| Feha de Acta de Inicio: | 2020-06-18 | Fecha Terminación Inicial: | 2020-08-17 | Plazo Inicial: | 2 MESES |
| Valor Inicial del Contato: | $ 437 820 000 | CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS VEINTE MIL DE PESOS MCTE | | | |
| Descripción del Rubro: | MATERIAL MEDICO QUIRURGICO | | Código del Rubro: | 321020102 | |
| Certificado de Disponibilidad Presupuestal No.: | 855 | | Fecha de Disponibilidad Presupuestal: | 2020-04-30 | |
| Certificado de Registro Presupuestal No.: | 21973 | | Fecha de Registro Presupuestal: | 2020-06-09 | |

## 2. INFORMACIÓN DE ADICIONES REALIZADAS AL CONTRATO

| No. de Adicion: | Valor de la Adición: | Fecha de susoripción de la Adición: | Certificado de Disponibilidad Presupuestal No.: | Fecha de la Disponibilidad: | Certificado de Registro Presupuestal No.: | Fecha del Registro: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

## 3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS REALIZADAS AL CONTRATO

| No. De Proóroga: | Datos de Prórroga | | Fecha de suscripción: | 2020-08-14 | No. De Prórroga: | Datos de Prórroga | Fecha de suscripción: | 2020-09-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Plazo de la Prórroga: | 44 DIAS | | | 2 | Plazo de la Prórroga: | 3 MESES | |
| | Fecha de Inicio: | 2020/08/18 | | | | Fecha de Inicio: | 2020-10-01 | |
| | Fecha de Terminación: | 2020-09-30 | | | | Fecha de Terminación: | 2020-12-31 | |
| No. De Proóroga: | Datos de Prórroga | | Fecha de suscripción: | | No. De Prórroga: | Datos de Prórroga | Fecha de suscripción: | |
| 3 | Plazo de la Prórroga: | | | | 4 | Plazo de la Prórroga: | | |
| | Fecha de Inicio: | | | | | Fecha de Inicio: | | |
| | Fecha de Terminación: | | | | | Fecha de Terminación: | | |
| No. De Proóroga: | Datos de Prórroga | | Fecha de suscripción: | | No. De Prórroga: | Datos de Prórroga | Fecha de suscripción: | |
| 5 | Plazo de la Prórroga: | | | | 6 | Plazo de la Prórroga: | | |
| | Fecha de Inicio: | | | | | Fecha de Inicio: | | |
| | Fecha de Terminación: | | | | | Fecha de Terminación: | | |
| No. De Proóroga: | Datos de Prórroga | | Fecha de suscripción: | | No. De Prórroga: | Datos de Prórroga | Fecha de suscripción: | |
| 7 | Plazo de la Prórroga: | | | | 8 | Plazo de la Prórroga: | | |
| | Fecha de Inicio: | | | | | Fecha de Inicio: | | |
| | Fecha de Terminación: | | | | | Fecha de Terminación: | | |
| No. De Proóroga: | Datos de Prórroga | | Fecha de suscripción: | | No. De Prórroga: | Datos de Prórroga | Fecha de suscripción: | |
| 9 | Plazo de la Prórroga: | | | | 10 | Plazo de la Prórroga: | | |
| | Fecha de Inicio: | | | | | Fecha de Inicio: | | |
| | Fecha de Terminación: | | | | | Fecha de Terminación: | | |

## 4. EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| OBSERVACIONES Item | Fecha de Factura y/o cuenta de cobro | Número de Factura y/o cuenta de cobro | No entrada almacén | Valor de la Factura y/o cuenta de cobro | Saldo del contrato | No de Orden de Pago | Fecha | Valor Cancelado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 21 | 2020-06-18 | VZ000000004209 | $ 109.455.000 | $328.365.000,00 | | | |
| 2 | 79 | 2020-07-14 | VZ000000008355 | $ 109.455.000 | $218.910.000,00 | | | |
| 3 | 187 | 2020-08-28 | VZ000000006897 | $ 109.455.000 | $109.455.000,00 | | | |
| 4 | 234 | 2020-11-04 | VZ000000006898 | $ 109.455.000 | $0,00 | | | |
| TOTAL EJECUTADO | | | | $ 437.820.000 | | | | |

**5. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO : | $ 437.820.000 | VALOR PAGADO : | $ - |
| VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO : | $ - | SALDO POR PAGAR : | $ 437.820.000 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO : | $ 437.820.000 | SALDO A REINTREGRAR : | $ - |

**6. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES (DESCRIBA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE SEAN TANGIBLES, SINO DECLARE SI SE CUMPLIO A SATISFACCIÓN EL OBJETO CONTRACTUAL)**

| | |
|---|---|
| 1 | Entregar mensualmente o segun necesidades del servicio las pedidos de dispositivos medico quirurgicos solicitados por el área de compras o quien haga sus veces de las subred en las Cantidades exactas |
| 2 | Cumplir con las especificaciones tecnicas oficiales y demas disposiciones vigentes en el Ministerio de Salud |
| 3 | Garantizar que la fecha de vencimiento de los dispositivos medico quirurgicos a suministrar, no sea inferior al 75% de la vida util, declarada en el Registro Sanitario, al momento de la recepcion tecnica del insumo en la sede de la Subred, teniendoen cuenta las condiciones de almacenamiento indicadas para el producto por el fabricante, las cuales deberán ser cumplidas hasta la entrega de los dispositivos medico quirurgicos en las diferentes unidades de la Subred. Si se a traves de un distribuidor, este debe garantizar las mismas condiciones de almacenamiento |
| 4 | Contar con inventario de dispositivos medico quirurgico objeto del contrato, suficiente y disponible para atender con la oportunidad de los requerimientos de la Subred |
| 5 | Entregar los dispositivos medico quirurgicos, para su recepción tecnica durante los tres (03) dias posteriores al requerimiento realizado por el supervisor del contrato y/o del delegado para tal efecto |
| 6 | Realizar la entrega de los dispositivos medico quirurgico requeridos a corde con las especificaciones tecnicas y cantidades requeridas por el supervisor del contrato y/o su delegado. Se podrán rechazar los lotes que no cumplan con las especificaciones establecidas (DCI, cantidad, calidad, vida util, integridad del embalaje entre otras) y ordenar en otros casos analisis completos de control de calidad en las entidades que se determinene |

| Porcentaje de Ejecución | Oportunidad de Entrega | | Cumplimiento de calidad en la prestación del servicio / insumo | | Por lo tanto certifico el recibido a satisfacción de la presente factura y su cumplimiento en cantidad, descripción y valor | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 100% | si X | no | si X | no | si X | no |

| | |
|---|---|
| OBSERVACIONES: | |

**7. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS**

| | |
|---|---|
| Verificación de pagos de Seguridad Social: | CONTRA PARAFISCALES QUE SON ENTREGADOS POR EL PROVEEDOR POR CADA FACTURA QUE RADICA. |
| Documentos de Soporte: | N/A |
| Nombre del Supervisor/Interventor (1) | Estephany Jimenez S.<br>ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL |

DIC 2020