	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA				CO-CBS-FT-12 V9
FECHA:	Agosto 14 de 2026	INFORME PARCIAL:	X	INFORME FINAL :	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO:	5079-2026	CONTRATISTA:	M&M EQUIPOS MEDICOS S.A.S	CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	830146016-6
No. DE CONVENIO AL CUAL PERTENECE EL CONTRATO: (Numero y vigencia)		FECHA INICIO DE EJECUCION CONVENIO:		FECHA DE TERMINACION FINAL DEL CONVENIO:	
OBJETO:	SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS PARA CUBRIR CIRUGIA ABIERTA Y LAPAROSCOPIA, HOSPITALIZACION, UCI, URGENCIAS, HOSPITALIZACION ENTRE OTROS, 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:	ALEJANDRO ESTEBAN GONZALEZ FORIGUA		CÉDULA DE CIUDADANÍA :	1032436952
	ASESOR COMERCIAL:	SIN DATO		TELÉFONO:	SIN DATO
	DIRECCIÓN:	CRA 71 A- No 116 A -75		CELULAR:	7449870
	E-MAIL:	www.mmequiposmedicos.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:	2026-07-06	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	2026-10-05	PLAZO INICIAL:	3 Meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 15.775.186	VALOR INICIAL EN LETRAS:	QUINCE MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CIENTO OCHENTA Y SEIS PESOS MCTE		
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:	MATERIAL MEDICO QUIRURGICOS		CÓDIGO DEL RUBRO:		4245010401
DESCRIPCION DEL RUBRO: (Si aplica para dos rubros)	N/A		CÓDIGO DEL RUBRO:		N/A
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:	933		FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:		2026-04-23
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:	31004		FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:		2026-06-24

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	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D

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	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D

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
1	#N/D	#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	VALOR FACTURA CORRESPONDE A CONTRATO Y/O ADICION No	VALOR FACTURA DERIVADO DE CONVENIO	SALDO DEL CONTRATO	N° COMPROBANTE DE EGRESO	FECHA COMPROBANTE DE EGRESO	VALOR CANCELADO
1	2026-07-06	15171	VZ000000018555	$ 1.150.730	CONTRATO INICIAL		$ 14.624.456			
2	2026-07-22	15296	VZ000000018556	$ 4.958.730	CONTRATO INICIAL		$ 9.665.726			
TOTAL EJECUTADO				$ 6.109.460						$ -

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

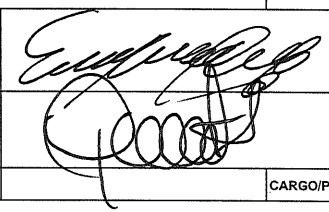
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 15.775.186	VALOR PAGADO:	$ -
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	$ -	SALDO POR PAGAR :	$ 6.109.460
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	$ 15.775.186	SALDO A REINTEGRAR	$ -

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

	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA					CO-CBS-FT-12 V9
FECHA:	Agosto 14 de 2026	**INFORME PARCIAL:**	X	**INFORME FINAL :**		
1	Efectuar la entrega de los insumos y dispositivos médico quirúrgicos objeto del contrato, previa solicitud formal de pedido emitida por el Almacén General, dentro de un plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas, en el lugar, fecha y condiciones logísticas definidas por la supervisión. La entrega deberá realizarse con los soportes correspondientes, incluyendo factura y, cuando aplique, certificación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales. Los productos deberán cumplir con las especificaciones técnicas, condiciones de calidad y demás requisitos establecidos en el contrato y sus anexos.			Si		Solicitudes de pedido & Facturas emitidas por el proveedor / Almacén.
2	Suministrar los insumos y dispositivos médico quirúrgico con una vigencia mínima de dos (2) años al momento de la entrega. En caso de no ser posible por condiciones del mercado debidamente justificadas, el contratista deberá presentar, para aprobación de la supervisión, compromiso formal de reposición antes de su vencimiento, sin generar costos adicionales para la Entidad			Si		Cartas de compromiso / Almacén de medico quirurgicos.
3	Sustituir los insumos o dispositivos que no cumplan con las condiciones técnicas, de calidad, referencia o presentación requeridas, dentro de un plazo máximo de veinticuatro (24) horas siguientes a la notificación realizada por la supervisión. En caso de eventos adversos atribuibles al producto, el contratista deberá adelantar el análisis correspondiente y, de ser procedente, realizar la reposición del insumo, aportando la información técnica necesaria para su evaluación y aprobación por parte de la Entidad.			Si		Nota credito / Radicado cuentas por pagar.
4	Atender y suministrar la información técnica, administrativa y documental que sea requerida en el marco de la ejecución contractual, permitiendo las verificaciones a que haya lugar, en condiciones previamente coordinadas con el contratista			Si		Conciliaciones / Secop modulo siete.
5	Facilitar las actividades de seguimiento, control y supervisión que adelante la Subred Sur, a través del personal designado, en relación con la ejecución del contrato.			Si		Solicitudes / Correos electronicos.
6	Informar oportunamente a la supervisión sobre cualquier novedad relacionada con el registro sanitario de los productos suministrados y gestionar su actualización o reemplazo, cuando a ello haya lugar, garantizando la continuidad del suministro en condiciones técnicas equivalentes o superiores			Si		No aplicado hasta la fecha de ejecución.
7	Implementar las acciones necesarias para la identificación, retiro y reposición de insumos o dispositivos médico quirúrgico que sean objeto de alertas sanitarias emitidas por el INVIMA u otra autoridad competente, dentro de un plazo razonable acorde con la urgencia del caso, informando de manera inmediata a la supervisión			Si		No aplicado hasta la fecha de ejecución.
8	Garantizar que los procesos de almacenamiento, conservación, transporte y distribución de los insumos se realicen conforme a la normatividad vigente y a las condiciones establecidas por el fabricante, asegurando la calidad e integridad de los productos hasta su entrega			Si		Recepciones tecnicas / Almacén.
9	Mantener la capacidad operativa y logística suficiente para atender de manera oportuna los requerimientos de suministro derivados del contrato, conforme a la demanda estimada por la Entidad			Si		Facturas emitidas por el proveedor / Almacén.
10	Realizar seguimiento y reporte de eventos de seguridad asociados a los insumos suministrados, informando a la supervisión y adoptando las medidas correctivas a que haya lugar			Si		Sucesos de seguridad / Correos electronicos.
11	Gestionar la reposición de insumos próximos a vencer o de baja rotación, previa solicitud de la Entidad y verificación técnica correspondiente, en condiciones acordadas con la supervisión, sin generar afectación al servicio ni costos adicionales injustificados.			Si		Cambio de insumos proximos a vencer cuando aplique / Correos electronicos.
12	Brindar capacitación técnica al personal que designe la Entidad, cuando la naturaleza de los insumos o dispositivos así lo requiera, en relación con su adecuado uso, manejo y condiciones de almacenamiento			Si		Capacitaciones cuando sean solicitadas por el area asistencial o se deriven de sucesos de seguridad / Actas de capacitación.
13	Suscribir, cuando aplique, los acuerdos de comodato necesarios para los equipos o dispositivos asociados al suministro, garantizando su correcto funcionamiento y soporte técnico durante la ejecución del contrato			Si		No aplicado hasta la fecha de ejecución.
14	Cumplir con las disposiciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo aplicables al personal que intervenga en la ejecución del contrato			Si		Apoyo tecnologico si aplica / Soportes biomedicos.
15	Asumir los costos de transporte, embalaje y logística necesarios para la entrega de los insumos en los puntos definidos por la Subred Sur, sin que ello genere costos adicionales para la Entidad			Si		Facturas emitidas por el proveedor / Almacén.
16	Responder por los daños que le sean imputables con ocasión de la ejecución del contrato, de conformidad con el régimen de responsabilidad aplicable, garantizando la calidad y seguridad de los insumos suministrados			Si		No aplicado hasta la fecha de ejecución.
OBSERVACIONES:					**PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL**	**38,73%**

8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

VERIFICACION 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:**