ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	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:	31/12/2024		
INFORME PARCIAL	X	INFORME FINAL	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO:	4853-2024	CONTRATISTA:	UNIDAD DE UROLOGIA Y MEDICINA DIAGNOSTICA - SAS - UROMEDI SAS	CEDULA DE CIUDADANIA O NIT:	901.460.120-7
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE UROLOGÍA, PARA LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA A PACIENTES MAYORES DE QUINCE (15) AÑOS, LO CUAL INCLUYE LA CONSULTA EXTERNA, INTERCONSULTAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE URGENCIAS Y PROGRAMADOS (QUIRÚRGICOS O NO) INCLUIDO LOS EQUIPOS E INSUMOS NECESARIOS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS MISMOS				
DATOS DEL CONTRATISTA:	REPRESENTANTE LEGAL:	YEISSON FABIAN GUERRERO CELIS		CEDULA DE CIUDADANIA:	11.413.092 de Caqueza
	ASESOR COMERCIAL:			TELÉFONO:	
	DIRECCIÓN:	CALLE 159 # 54 - 81 TORRE 1 APTO 901		CELULAR:	3133491718 - 3124574656
	E-MAIL:	unidaduromedi@hotmail.com		PAGINA WEB:	
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:	CLAUDIA PATRICIA MORA DÍAZ		CEDULA DE CIUDADANIA:	53,001,341
	CARGO/PERFIL DEL SUPERVISOR:	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS		AREA O DEPENDENCIA:	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
	DIRECCIÓN:	Carrera 20 # 47B – 35 SUR		TELÉFONO FIJO:	7300000
	CORREO ELECTRÓNICO:	DIR.COMPLEMENTARIOS@SUBREDSUR.GOV.CO		CELULAR:	
	NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION	SILVIA ROSA HERNANDEZ MONTES		CEDULA DE CIUDADANIA:	64,561,149
	CARGO/PERFIL	PROFESIONAL ESPECIALIZADA IV		AREA O DEPENDENCIA:	COMPLEMENTARIOS
	CORREO ELECTRÓNICO:	referente.imagenologia@subredsur.gov.co		CELULAR:	3209473993

FECHA ACTA DE INICIO:	14/06/2024	FECHA DE TERMINACION INICIAL:	13/08/2024	PLAZO INICIAL:	2 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	360,000,000	VALOR INICIAL EN LETRAS:	TRESCIENTOS SESENTA MILLONES DE PESOS M/CTE.		
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:	ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD			CÓDIGO DEL RUBRO:	4245020903
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:	1271			FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	30/04/2024
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:	25755			FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	6/06/2024

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:	CODIGO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL:
1	13,000,000	30-7-2024	1912	26-7-2024	29255	31-7-2024	4245020903
2	83,000,000	14-8-2024	2098	14-8-2024	30671	15-8-2024	4245020903
3	60,000,000	28-8-2024	2166	26-8-2024	30903	29-8-2024	4245020903
4	100,000,000	25-9-2024	2341	6-9-2024	34974	25-9-2024	4245020903
5	80,000,000	9-10-2024	2466	27-9-2024	39032	31-10-2024	4245020903
6	360,000,000	31-10-2024	2622	24-10-2024	36675	31-10-2024	4245020903
	100,000,000	31-10-2024	2623	24-10-2024	36674	31-10-2024	4245020903
7	90,000,000	18-12-2024	2912	2-12-2024	44924	19-12-2024	4245020903

3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS O SUSPENSIONES REALIZADAS AL CONTRATO

N°	PRORROGA / SUSPENSION	PLAZO	FECHA DE SUSCRIPCION	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
1	PRORROGA	2 DIAS	30-7-2024	14-8-2024	15-8-2024
2	PRORROGA	46 DIAS	14-8-2024	16-8-2024	30-9-2024
3	PRORROGA	31 DIAS	25-9-2024	1-10-2024	31-10-2024
4	PRORROGA	61 DIAS	31-10-2024	1-11-2024	31-12-2024
5	PRORROGA	15 DÍAS	18-12-2024	1-1-2025	15-1-2025

6MB

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

N°	OTRO SI No (Aclaratorio, Inclusion, Exclusion)	CONSIDERACION DEL OTRO SI	FECHA DE SUSCRIPCION DEL OTRO SI
1	MODIFICATORIO 1	Modificar parcialmente el Anexo Técnico 1 en el sentido de realizar ajuste de precios para la vigencia actual del contrato.	25/09/2024

5. EJECUCIÓN DEL CONTRATO Incluidas las facturas a certificar

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	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:	31/12/2024							
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	No. COMPROBANTE DE EGRESO	FECHA COMPROBANTE DE EGRESO	VALOR CANCELADO
1	23-7-2024	URO-14	SERVICIO	91,613,070	1,154,386,930	NO SE HAN REALIZADO PAGOS A LA FECHA.		
2	21-8-2024	URO-15	SERVICIO	180,018,827	974,368,103	NO SE HAN REALIZADO PAGOS A LA FECHA.		
3	17-9-2024	URO-16	SERVICIO	172,292,554	802,075,549	NO SE HAN REALIZADO PAGOS A LA FECHA.		
4	28-10-2024	URO-17	SERVICIO	175,486,665	626,588,884	NO SE HAN REALIZADO PAGOS A LA FECHA.		
5	28-11-2024	URO-19	SERVICIO	155,266,888	471,321,996	NO SE HAN REALIZADO PAGOS A LA FECHA.		
6	11-12-2024	URO-20	SERVICIO	162,330,585	308,991,411	NO SE HAN REALIZADO PAGOS A LA FECHA.		
TOTAL EJECUTADO:				937,008,589	308,991,411			

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	360,000,000	VALOR PAGADO:	-
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	886,000,000	SALDO POR PAGAR:	937,008,589
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	1,246,000,000	SALDO A REINTEGRAR:	-

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

No.	OBLIGACION	CUMPLIMIENTO SI/NO	EMITE SU CONCEPTO EN EL CASO DE PRESENTAR ALGUNA DIFICULTAD	SOPORTE DE VERIFICACION VS UBICACIÓN
1	Aplicar las guías, procesos y procedimientos propios del servicio, establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., y las autoridades competentes en el marco de la normatividad legal vigente. (Participar en la construcción de las guías de manejo).	NO SE HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTES PARA EVALUAR	SIN DIFICULTAD	REGISTROS DE SEGUIMIENTO A LA ADHERENCIA DOCUMENTOS PROFIOS DEL SERVICIO
2	Mantener el talento humano ofertado en la propuesta contractual. Si por alguna circunstancia fuese necesario algún cambio de personal, se debe notificar previamente, y de manera formal al supervisor principal, adjuntando de manera inmediata la hoja de vida con los debidos soportes de idoneidad.	NO SE HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTES PARA EVALUAR	SIN DIFICULTAD	AGENDAS, CUADROS DE DISPONIBILIDAD
3	Entregar las agendas a tres (3) meses para la programación de consultas, máximo el veinticinco (25) de cada mes o el día hábil que lo preceda, con los turnos presenciales y de disponibilidad del personal especializado.	NO SE HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTES PARA EVALUAR	SIN DIFICULTAD	AGENDAS MENSUALES
4	Solicitar autorización al supervisor del contrato en los casos que por fuerza mayor se requiera reprogramar una agenda.	NO SE HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTES	SIN DIFICULTAD	CORREOS DE SOLICITUD AJUSTE O MODIFICACION AGENDAS
5	Presentar informe mensual de ejecución al supervisor del contrato, adjunto a la presentación de la factura, en el que debe incluir fichas de indicadores actualizadas, Oportunidad de citas, respuesta interconsultas y complicaciones, con seguimiento y análisis de resultados. • Oportunidad de la consulta no mayor a veinte (20) días de espera para la atención. • Oportunidad para la realización de procedimientos ambulatorios no mayor a veinte (20) días de espera para la atención. • Respuesta a interconsultas de urgencias y hospitalización máximo doce (12) horas desde la solicitud que se genera por el sistema en las unidades de Meissen y Tunal. • Las actividades de respuesta a interconsultas que no cumplan con los estándares de oportunidad definidos y carezcan de justificación válida, se les aplicará un descuento del 10% del valor de las interconsultas realizadas en el periodo y que no cumplieron con el estándar, previa revisión por parte del supervisor del contrato y el operador.	NO SE HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTES PARA EVALUAR	SIN DIFICULTAD	DOCUMENTO INFORME MENSUAL
6	Cumplir en el diligenciamiento de los registros clínicos, con los estándares de calidad (continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad), y la debida aplicación del CIE 10, para dar cumplimiento a la normatividad vigente y relacionada con la calidad de los mismos.	NO SE HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTES PARA EVALUAR	SIN DIFICULTAD	AUDITORIA A DILIGENCIAMIENTO DE REGISTROS CLINICOS
7	Notificar la ocurrencia o no de los sucesos de seguridad (adversos, incidentes y complicaciones), así como los eventos de interés en salud pública de notificación obligatoria.	NO SE HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTES PARA EVALUAR	SIN DIFICULTAD	REPORTES DE SUCESOS DE SEGURIDAD
8	Asumir las glosas definitivas que se generen por los diferentes servicios prestados y que se dan por ausencia en la respuesta a las interconsultas y no adherencia de las guías de manejo y guías de práctica clínica.	NO SE HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTES PARA EVALUAR	SIN DIFICULTAD	INFORME DE GLOSAS EMITIDO POR LA DIRECCION FINANCIERA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C	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:	31/12/2024			
9	Dar respuesta a las PQRS de los usuarios que acuden a solicitar servicios de Urologia y que presentan insatisfacción por los mismos, en un término no mayor a tres (3) días desde que se solicita.	NO SE HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTES PARA EVALUAR	SIN DIFICULTAD	RESPSUESTA A QUEJAS
10	Mantener actualizado el registro diario de limpieza y desinfección de los elementos y demás equipos del servicio en donde se demuestre la realización de la actividad.	NO SE HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTES PARA EVALUAR	SIN DIFICULTAD	AUDITORIA DE SEGUIMIENTO AL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO INLCUIDA ADHERENCIA A REGISTROS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION
11	Participar en los procesos de capacitación e investigación en el marco del sistema de gestión de conocimiento de la Subred Integrada Servicios de Salud Sur E.S.E.	NO SE HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTES PARA EVALUAR	SIN DIFICULTAD	SIN DIFICULTADSOPORTES DE PARTICIPACION EN ACTIVIDADES DE INVESTIGACION SI APLICA
12	Brindar apoyo docente a estudiantes de pre y postgrado, de conformidad a los convenios establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., y participar en la programación y evaluación de los mismos, cuando roten por el servicio.	NO SE HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTES PARA EVALUAR	SIN DIFICULTAD	SOPORTES DE PARTICIPACION EN ACTIVIDADES DE DOCENCIA SI APLICA
13	Garantizar el buen uso y cuidado de las instalaciones de la Subred Sur (infraestructura) designados para la prestación del servicio, asumiendo los gastos y/o costos de la reparación de las mismas durante la ejecución del contrato, cumpliendo con lo establecido en la Resolución 3100 del 2019 y realizando un mantenimiento periódico de las mismas (Por lo menos semestral o en el momento que se requiera).	NO SE HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTES PARA EVALUAR	SIN DIFICULTAD	INFORMES DE LA DIRECCION ADMINISTRATIVA FRENTE A DAÑO DE INFRAESTRUCTURA Y SOPORTES DE REALIZACION DE MANTENIMIENTO
14	Coordinar con el personal de Ingeniería biomédica de la Subred Sur E.S.E., el ingreso de equipos, quienes harán una inspección física funcional de la tecnología, así como una verificación de la documentación por medio del formato GA-TBI-FT-06-V3 (lista de chequeo documentación- adquisición).	NO SE HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTES PARA EVALUAR	SIN DIFICULTAD	CERTIFICACION FACTURACION
15	Presentar certificación firmada por el área de Ingeniería biomédica de la Subred Sur E.S.E., en donde consta el correcto cumplimiento de mantenimiento preventivo, correctivo, hojas de vida de equipos actualizadas de manera mensual, con los que se prestará el servicio, así como de los daños que por cuestiones inherentes de uso se les cause, para lo cual la Subred Sur no asumirá ninguna responsabilidad.	NO SE HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTES PARA EVALUAR	SIN DIFICULTAD	CERTIFICACION FACTURACION
OBSERVACIONES:			PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	75.20%

8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

VERIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Planillas/ Certifcación por parte de Revisor Fiscal /Contador (ESPECIFICANDO EL MES)	PARAFISCALES ADJUNTO A CADA FACTURA			
FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN	Silvia R Lenano Es Y	ANEXOS (CD)		FECHA:
FIRMA DEL SUPERVISOR	Alejandra Ruano	TOTAL FOLIOS		FECHA:
NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RECIBE EL INFORME	CARGO/PERFIL	Aux Admva	FIRMA	FECHA: