| 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: | 31/05/2025 | | |
|---|---|---|---|
| INFORME PARCIAL | X | INFORME FINAL | |

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| No. CONTRATO: | 5398-2025 | 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: | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | CEDULA DE CIUDADANIA: | 52.489.647 | |
| | CARGO/PERFIL DEL SUPERVISOR: | DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS | AREA O DEPENDENCIA: | SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | |
| | DIRECCIÓN: | Carrera 20 # 47B – 35 SUR | TELÉFONO FIJO: | 3108563456 | |
| | 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: | 16/04/2025 | FECHA DE TERMINACION INICIAL: | 15/07/2025 | PLAZO INICIAL: | 2 MESES |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | 540,000,000 | VALOR INICIAL EN LETRAS: | QUINIENTOS CUARENTA MILLONES DE PESOS M/CTE. | | |
| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: | ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD | | CÓDIGO DEL RUBRO: | 4245020903 | |
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: | 614 | | FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: | 25/03/2025 | |
| CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°: | 18020 | | FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL: | 16/04/2025 | |

## 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 | | | | | | | |

## 3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS O SUSPENSIONES REALIZADAS AL CONTRATO

| N° | PRORROGA / SUSPENSION | PLAZO | FECHA DE SUSCRIPCION | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | |

## 6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

| N° | OTRO SI No ( Aclaratorio, inclusion, Exclusion) | CONSIDERACION DEL OTRO SI | FECHA DE SUSCRIPCION DEL OTRO SI |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |

## 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 | No. COMPROBANTE DE EGRESO | FECHA COMPROBANTE DE EGRESO | VALOR CANCELADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 21-5-2025 | URO - 27 | SERVICIOS | 53,309,540 | 486,690,460 | NO SE HAN REALIZADO PAGOS A LA FECHA. | | - |
| TOTAL EJECUTADO: | | | | 53,309,540 | 486,690,460 | | | - |

## 6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | 540,000,000 | VALOR PAGADO: | - |
|---|---|---|---|
| VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO: | - | SALDO POR PAGAR: | $ 53,309,540 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 540,000,000 | SALDO A REINTEGRAR: | - |

## 7. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DECLARE SI SE CUMPLIÓ 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 PROPIOS 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 |

| 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: | 31/05/2025 | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 PARA EVALUAR | 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.<br>• Oportunidad de la consulta no mayor a veinte (20) días de espera para la atención.<br>• Oportunidad para la realización de procedimientos ambulatorios no mayor a veinte (20) días de espera para la atención.<br>• 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.<br>• 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 |
| 9 | Dar respuesta a las PQRS de los usuarios que acuden a solicitar servicios de Urología 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 | 9.87% |

**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) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN | | | ANEXOS (CD) | | FECHA: |
| FIRMA DEL SUPERVISOR | | | TOTAL FOLIOS | | FECHA: |
| NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RECIBE EL INFORME | | CARGO/PERFIL | | FIRMA | FECHA: |