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:	30/07/2025		
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:	3 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	550,000,000	1-7-2025	1180	10-7-2025	21412	15-7-2025	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	47 DIAS	1-7-2025	16-7-2025	31-8-2025

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

N°	OTRO SI No (Aclaratorio, inclusion, Exclusion)	CONSIDERACION DEL OTRO SI	FECHA DE SUSCRIPCION DEL OTRO SI
1	MODIFICATORIO	Notas aclaratorias que permitan la compensación sendas	25/07/2025

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	1,036,690,460	NO SE HAN REALIZADO PAGOS A LA FECHA.		-
2	4-7-2025	URO - 28	SERVICIOS	238,437,885	798,252,575	NO SE HAN REALIZADO PAGOS A LA FECHA.		-
TOTAL EJECUTADO:				291,747,425	798,252,575			-

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	540,000,000	VALOR PAGADO:	-
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	550,000,000	SALDO POR PAGAR:	$ 291,747,425
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	1,090,000,000	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 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
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

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:	30/07/2025			
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. • 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
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
16	Entregar el cronograma anual de mantenimiento preventivo para los equipos propio y para los que entrgue la sub red sur, con la priodicidad que exige el fabricante del equipo y los mantenimiento correctivos que se requieren de acuerdo al desempeño de los mismos.	NO SE HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTES PARA EVALUAR	SIN DIFICULTAD	CERTIFICACION FACTURACION
17	Presentar certificacion firmada por el área de Ingeniería Biomédica de la Sub red Sur en donde consta el correcto cumplimiento de mantenimiento preventivo, correctivo, hoja de vida de equipos actualizados de manera mensual, con los que prestara el servicio, así como de los daños que por cuestiones inherentes de uso se les cause, para lo cual la Sub Red Sur no asumira ninguna responsabilidad.	NO SE HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTES PARA EVALUAR	SIN DIFICULTAD	CERTIFICACION FACTURACION
18	Duarante la ejecucion del contrato, se retrenda un monto equivalente al tres por ciento (3%) del valor total mensual del contrato como garantía para cubrir posibles glosas o inconsistencias que puedan surgir durante el proceso de liquidacion. Este monto será retornado una vez se verifique la auditoria correspondiente y7o se lleve a acabo la liquidación definitiva del contrato.	NO SE HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTES PARA EVALUAR	SIN DIFICULTAD	CERTIFICACION FACTURACION
OBSERVACIONES:			PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	26.77%

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	Silvia N Rodriguez		ANEXOS (CD)		FECHA:
FIRMA DEL SUPERVISOR	[illegible]		TOTAL FOLIOS		FECHA:
NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RECIBE EL INFORME		CARGO/PERFIL		FIRMA	FECHA: