| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | SOLICITUD NOVEDAD CONTRACTUAL | CO-CBS-FT-20 V3 |

Bogotá D.C.; diciembre de 2025

**DE:** VICTOR HUGO VELASQUEZ ORTIZ

**PARA:** ÁREA DE CONTRATACIÓN.

**CONTRATO No.** 6530-2025

**OBJETO DEL CONTRATO:** COMPRA DE INTERCOMUNICADORES DE VENTANILLA PARA TODAS LAS SEDES QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

**CONTRATISTA: PAACSISTEM S.A.S**

**TIPO DE LA SOLICITUD:**

ADICIÓN [ ] SUSPENSION [ ] REINICIO [ ] MODIFICACIÓN [ ] ACLARATORIO [ ]

PRÓRROGA [X]

**VALOR DE LA ADICIÓN:**

PLAZO: 11 DIAS

DESDE: 20 de diciembre de 2025

HASTA: 31 de diciembre de 2025

**JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD:**

De acuerdo con el manual de contratación, resolución 1183 de 2024, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, establece en el CAPITULO II, numeral 21, modificación a los contratos, que solamente podrán ser modificadas las clausulas del que no alteren la esencia, naturaleza y el objeto del contrato.

El contrato estableció inicialmente un plazo de dos (2) meses para el cumplimiento de su objeto contractual; sin embargo, debido a circunstancias externas relacionadas con el proceso de importación de los intercomunicadores, no ha sido posible realizar la entrega de los mismos de manera satisfactoria a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

En este sentido, se hace necesario otorgar una prórroga por un término de once (11) días calendario, comprendidos entre el veinte (20) de diciembre y el treinta y uno (31) de diciembre de 2025, con el fin de que el proveedor pueda cumplir con la entrega total de los elementos adquiridos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. Lo anterior, teniendo en cuenta que la Resolución No. 1516 de 2024 cuenta con vigencia de ejecución hasta el treinta y uno (31) de diciembre de 2025 y que los recursos asociados a la misma no podrán ser facturados con posterioridad a dicha fecha.

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | SOLICITUD NOVEDAD CONTRACTUAL | CO-CBS-FT-20 V3 |

| VALOR PROMEDIO FACTURADO | | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | |
|---|---|---|---|
| $ 0 | | 0% | |
| **INFORME DEL ESTADO ACTUAL DEL CONTRATO PARA ADICIONAR** | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUYENDO ADICIONES** | **VALOR EJECUTADO A LA FECHA** | **SALDO ACTUAL** | **TIEMPO DE PROYECCIÓN** |
| $30.015.000 | N/A | $30.015.000 | N/A |
| **INFORME DEL ESTADO ACTUAL DEL CONTRATO PARA PRORROGAR** | | | |
| **PERIODO INICIAL DEL CONTRATO** | **PRORROGAS EFECTUADAS** | **SUSPENSIONES EFECTUADAS** | **TIEMPO A PRORROGAR** |
| 20 octubre 2025- 19 de diciembre 2025 | N/A | N/A | 20,diciembre 2025-31 de diciembre 2025 |

**FIRMA DEL SUPERVISOR:**

Nombre: VICTOR HUGO VELASQUEZ ORTIZ

Cargo: Director Administrativo

| | 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: | dic-25 | INFORME PARCIAL: | X | INFORME FINAL : | |
|---|---|---|---|---|---|

**1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 6530-2025 | CONTRATISTA: | PAACSISTEM S.A.S | CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT: | 900.581.092-4 |
| No. DE CONVENIO AL CUAL PERTENECE EL CONTRATO (Numero y vigencia) | | RESOLUCION 1516-2024 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | COMPRA DE INTERCOMUNICADORES DE VENTANILLA PARA TODAS LAS SEDES QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | | | | |
| DATOS DEL CONTRATISTA: | REPRESENTANTE LEGAL: | PABLO ANDRES ARGUELLO CANO | | CÉDULA DE CIUDADANÍA: | 80.772.596 |
| | ASESOR COMERCIAL: | PABLO ANDRES ARGUELLO CANO | | TELÉFONO: | 3205721219 |
| | DIRECCIÓN: | | | CELULAR: | 3205721219 |
| | E-MAIL: | admin@paacsystem.com | | PÁGINA 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: | VICTOR HUGO VELASQUEZ ORTIZ | | CÉDULA DE CIUDADANÍA: | 80430897 |
| | CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR | DIRECTOR ADMINISTRATIVO | | ÁREA O DEPENDENCIA: | DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA |
| | DIRECCIÓN: | CRA 24C 54-47 SUR | | TELÉFONO FIJO: | 3105644798 |
| | CORREO ELECTRÓNICO: | dir.administrativa@subredsur.gov.co | | CELULAR: | 3105644798 |
| | NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION | JOSE OLIVERIO CANO SANABRIA | | CÉDULA DE CIUDADANÍA: | 19.487.687 |
| | CARGO/PERFIL | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | | ÁREA O DEPENDENCIA: | RECURSOS FISICOS |
| | CORREO ELECTRÓNICO: | recursos.fisicos@subredsur.gov.co | | CELULAR: | 3242286312 |
| FECHA ACTA DE INICIO: | 20 de octubre de 2025 | FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL: | 19 de diciembre de 2025 | PLAZO INICIAL: | 2 meses |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 30.015.000 | VALOR INICIAL EN LETRAS: | TREINTA MILLONES QUINCE MIL PESOS M/CTE | | |
| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: | MATERIALES Y SUMINISTROS | | | CÓDIGO DEL RUBRO: | 4212020100303 |
| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: (SI aplica para dos rubros) | | | | CÓDIGO DEL RUBRO: | |
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: | 1205 | | | FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: | 15/7/2025 |
| CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°: | 29718 | | | FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL: | 6/10/2025 |

**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: | CÓDIGO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |

**3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIONES REALIZADAS AL CONTRATO**

| N° | PRORROGA / SUSPENSION | PLAZO | FECHA DE SUSCRIPCIÓN | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |

**4. OTRAS NOVEDAES CONTRACTUALES**

| N° | OTRO SI No ( Aclaratorio, inclusion, Exclusion) | CONSIDERACION DEL OTRO SI | FECHA DE SUSCRIPCION DEL OTRO SI |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

**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 | N° COMPROBANTE DE EGRESO | FECHA COMPROBANTE DE EGRESO | VALOR CANCELADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | | | | | | | | |
| TOTAL EJECUTADO | | | | $ - | | | | $0,00 |

| 6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 30.015.000 | VALOR PAGADO: | $0 |
| VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO: | $ 0 | SALDO POR PAGAR : | $0 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO : | $ 30.015.000 | SALDO A REINTREGRAR | $ |

| 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 |
| 1 | Dar garantía de 12 meses a los intercomunicadores de ventanillas instalados en el desarrollo del objeto contractual en | | | |
| 2 | Capacitar al personal respecto del uso de los elementos adquiridos. | | | |
| 3 | Realizar los cambios de los elementos objeto del contrato por razones de calidad de los intercomunicadores de ventanillas por imperfecciones o no cumplimiento de las especificaciones técnicas descritas en el contrato, em el termino de quince (15) días calendaros, a partir de la fecha de la entrega del elemento sujeto a devolución. | | | |
| 4 | El Contratista está obligado a realizar la entrega al almacén de los elementos objeto del contrato | | | |
| 5 | Presentar la factura de venta, de acuerdo con la normatividad vigente. | | | |
| OBSERVACIONES: | | | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | 0,00% |

| 8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VERIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES<br>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: |