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:	martes, 2 de diciembre de 2025	**INFORME PARCIAL:**	X	**INFORME FINAL :**		
1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO						
No. DE CONTRATO:	6183-2025	**CONTRATISTA:**	UNION TEMPORAL MOVILIDAD Y VIDA E&J		**CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:**	901.980.081-9
No. DE CONVENIO AL CUAL PERTENECE EL CONTRATO (Numero y vigencia)	CONVENIOS Y/O CONTRATOS PIL: Contrato Interadministrativo CIA 1241-2024 USME /Convenio Interadministrativo CIA 398 - 2024 LA CANDELARIA					
OBJETO DEL CONTRATO:	ADQUISICIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL-AYUDAS TÉCNICAS DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS CONVENIOS Y/O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS SUSCRITOS ENTRE EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE USME Y CANDELARIA Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
DATOS DEL CONTRATISTA:	**REPRESENTANTE LEGAL:**	CARLOS RAUL MARIN			**CÉDULA DE CIUDADANÍA:**	79.252.835
	ASESOR COMERCIAL:	N/A			**TELÉFONO:**	N/A
	DIRECCIÓN:	kra 24. No. 34 - 38			**CELULAR:**	3163006261
	E-MAIL:	ut.movilidad.vida@gmail.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:**	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA			**CÉDULA DE CIUDADANÍA:**	1071302471
	CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR	DIRECTORA GESTION DEL RIESGO			**ÁREA O DEPENDENCIA:**	GESTION DEL RIESGO
	DIRECCIÓN:	Sede Administrativa Carrera 24C # 54 - 47 Sur			**TELÉFONO FIJO:**	3202759966
	CORREO ELECTRÓNICO:	dir.riesgo.profesional.salud1@subredsur.gov.co			**CELULAR:**	3202759966
	NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION	MARTHA EUGENIA ROJAS CAMACHO			**CÉDULA DE CIUDADANÍA:**	52996030
	CARGO/PERFIL	PROFESIONAL ESPECIALIZADO			**ÁREA O DEPENDENCIA:**	GESTION DEL RIESGO
	CORREO ELECTRÓNICO:	proyectosfdl@subredsur.gov.co			**CELULAR:**	3014597594
	NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION				**CÉDULA DE CIUDADANÍA:**	
	CARGO/PERFIL				**ÁREA O DEPENDENCIA:**	
	CORREO ELECTRÓNICO:				**CELULAR:**	
	NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION				**CÉDULA DE CIUDADANÍA:**	
	CARGO/PERFIL				**ÁREA O DEPENDENCIA:**	
	CORREO ELECTRÓNICO:				**CELULAR:**	
	NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION				**CÉDULA DE CIUDADANÍA:**	
	CARGO/PERFIL				**ÁREA O DEPENDENCIA:**	
	CORREO ELECTRÓNICO:				**CELULAR:**	
FECHA ACTA DE INICIO:	2 de septiembre de 2025	**FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:**	21 de septiembre de 2025		**PLAZO INICIAL:**	20 Dias

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:	martes, 2 de diciembre de 2025	INFORME PARCIAL:	X	INFORME FINAL :	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	1.637.794.898	VALOR INICIAL EN LETRAS:	Mil seiscientos treinta y siete millones setescientos noveinta y cuatro mil ochosclentos noveinta y ocho pesos		
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:	MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO			CÓDIGO DEL RUBRO:	4245010401
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: (Si aplica para dos rubros)				CÓDIGO DEL RUBRO:	
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:	1242-1245			FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	MATERIAL MEDICO QUIRURURGICOS
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:				FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	

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

3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIONES REALIZADAS AL CONTRATO

N°	PRORROGA / SUSPENSION	PLAZO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	PRÓRROGA	5 MESES	18/09/2025	21/09/2025	21/02/2026
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

4. OTRAS NOVEDAES CONTRACTUALES

N°	OTRO SI No (Aclaratorio, Inclusión, Exclusión)	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	NUMERO 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 (CANDELARIA)	21/10/2025	FEMV1	N° T5000000000	$ 37.105.073,00	$ 1.600.689,825	N°T5000000002316	30/10/2025	
2 (USME)	4/11/2025	FEMV2	N° T5000000000773	$ 193.626.174	$ 1.407.063.651			
3 (USME)	4/11/2025	FEMV3	N° T5000000000774	$ 85.425.390	$ 1.321.638.261	N° T50000000002323	7/11/2025	
4 (CANDELARIA)	28/11/2025	FEMV4	PENDIENTE	89.025.528,00	$ 1.232.612.733			

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:	martes, 2 de diciembre de 2025	INFORME PARCIAL:	X	INFORME FINAL :	

5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
TOTAL EJECUTADO				$ 405.182.165	$ -			$0,00

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	1.637.794.898,00	VALOR PAGADO:	$0,00
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	0,00	SALDO POR PAGAR :	$405.182.164,66
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	1.637.794.898,00	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	Suministrar los servicios propios del objeto del contrato a suscribir, en la cantidad, calidad y especificaciones ofertadas dentro de los plazos previstos y en las condiciones acordadas con el supervisor.	SI		Anexo técnico y económico
2	Mantener los precios durante la ejecución del contrato.	SI		Anexo técnico y económico
3	Cumplir con los horarios establecidos de acuerdo al cronograma de actividades establecido.	SI		El proveedor ha cumplido con los
4	Atender de manera oportuna todos los requerimientos solicitados por el supervisor del contrato.	SI		El proveedor he hecho entrega de los
5	Una vez suscrito el contrato, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., realizará una visita de inspección con el fin de verificar las instalaciones, materiales y calidad de los dispositivos a entregar, de acuerdo a lo solicitado en el documento anexo.	SI		Actas de visita a proveedor y registro
6	Los Dispositivos de Asistencia Personal, deben ser elaborados respondiendo a las necesidades individuales de los usuarios, características descritas en la prescripción y a las especificaciones técnicas establecidas para cada uno.	SI		Anexo técnico y económico - pedidos
7	Disponer del personal profesional y/o técnico requerido para la toma de moldes y/ medidas de Dispositivos de Asistencia Personal específicos, tales como zapatos ortopédicos, zapatos para pie diabético, plantillas ortopédicas, entre otros de acuerdo a la necesidad.	SI		Actas y formatos de retoma de medidas
8	Disponer del personal profesional y/o técnico requerido para la retoma de medidas de Dispositivos de Asistencia Personal específicos, tales como sillas de ruedas (en sus diferentes modalidades), barras de sujeción, rampas de acceso, entre otros que así lo requieran.	SI		Actas y formatos de retoma de medidas
9	Suministrar el servicio de transporte para la entrega de camas hospitalarias en los domicilios de los(as) usuarios(as) y/o beneficiarios(as).	SI		El proveedor ha suminsitrado el
10	Realizar la instalación en el domicilio de los(as) usuarios(as) de camas hospitalarias, barras de sujeción, rampas de acceso, entre otros que así lo requieran.	SI		El proveedor ha ha instalado los
11	Los Dispositivos de Asistencia Personal, deben ser entregados con la marcación solicitada, de acuerdo a lo establecido por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para cada Localidad.	SI		Logos aprobados por los FDL de Usme y
12	Los Dispositivos de Asistencia Personal entregados deben contar con el documento de la garantía, donde se estipule el tipo de Dispositivo, vigencia de la garantía, fecha de entrega, datos usuario y datos de contacto del proveedor.	SI		Carpeta por cada usuario
13	La entrega de los dispositivos a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. por parte del Proveedor, estará sujeta a la revisión y aprobación de los mismos por parte del(a) Facilitador(a) designado(a), con el fin de verificar que cumplan con las especificaciones técnicas	SI		Actas de verificación
14	Para los dispositivos que requieran algún tipo de ajuste o cambio de acuerdo a la revisión realizada, el Contratista dispondrá de quince (15) días calendario para realizarlos y entregarlos a la Subred.	SI		El proveedor ha realizado los ajustes
15	Una vez verificados y aprobados los Dispositivos de Asistencia Personal por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., el contratista deberá enviar vía correo electrónico prefactura y listado de usuarios, teniendo en cuenta los valores ofertados, con números enteros y	SI		Facturas radicadas
16	Todos los Dispositivos de Asistencia Personal a suministrar en el desarrollo del contrato, deben ser empacados en forma adecuada, para lo cual deben emplearse las mejores prácticas de protección contra el deterioro y cumplir con las demás exigencias adicionales que se hagan en cuanto	SI		El proveedor ha hecho entrega de los
17	Todos los Dispositivos que requieran de empaque (bolsa de tela, plana, con manija y logos institucionales) serán entregados de acuerdo con la solicitud realizada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SI		Logos aprobados por los FDL de Usme y

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:	martes, 2 de diciembre de 2025	**INFORME PARCIAL:**	X	**INFORME FINAL :**		
18	El contratista se hace responsable de todos los elementos y materiales incluidos en el contrato hasta que sean recibidos a satisfacción por parte de la entidad.			SI		Contrato con el proveedor
19	La pérdida o daño de cualquier Dispositivos de Asistencia Personal, será plena responsabilidad del contratista, durante el transporte y descargue hasta la entrega final.			SI		Contrato con el proveedor
20	Los Dispositivos de Asistencia Personal deben ser entregados en los lugares dispuestos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.			SI		El proveedor ha realizado todas las
21	Las entregas se harán de acuerdo a los tiempos establecidos y requerimientos.			SI		Pedidos realizados por parte de la Subred
OBSERVACIONES:					**PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL**	**25%**

8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

VERIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES
Planillas/ Certificación por parte de Revisor Fiscal /Contador (ESPECIFICANDO EL MES)

FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN	MARTHA EUGENIA ROJAS CAMACHO			**ANEXOS (CD)**		**FECHA:**
FIRMA DEL SUPERVISOR	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA			**TOTAL FOLIOS**		**FECHA:**
NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RECIBE EL INFORME		**CARGO/PERFIL**	AUX Admon	**FIRMA**		**FECHA:** 15122025