

Fecha Actual : jueves, 30 octubre 2025

INGRESO DE ACTIVOS

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Ingreso No : 992

Dirección : Calle 9 No. 39 - 46

Estado : Confirmado

Ciudad :

Fecha : 20/10/2025

Nit : 900959048

Teléfono : +57 1 3753569

Proveedor : ULTRA SCHALL DE COLOMBIA SAS

Codigo : 900414376

Dirección : CL 118 N 11 D - 51

Factura : PPL5191

Fecha Factura : 20/10/2025

Ciudad : BOGOTA

Teléfono : 3779330

Responsable : 1109069707-
SU39R14-BA

ADRIANA MILENA VELANDIA TRUJILLO

Orden de Compra :

Producto	Nombre	Placa	% Iva	Vr Unitario
955	EQUIPO DE ORGANOS DE PARED	86096	19,0000	3445378,0000

Placa: 86096

Serie: 134337

Modelo: RI-FORMER 3653-
300

Marca: RIESTER

Accesorio	Serie	Cantidad	Valor
-----------	-------	----------	-------

955

EQUIPO DE ORGANOS DE PARED

86097

19,0000

3445378,0000

Placa: 86097

Serie: 125553

Modelo: RI-FORMER 3653-
300

Marca: RIESTER

Accesorio	Serie	Cantidad	Valor
-----------	-------	----------	-------

955

EQUIPO DE ORGANOS DE PARED

86098

19,0000

3445378,0000

Placa: 86098

Serie: 134336

Modelo: RI-FORMER 3653-
300

Marca: RIESTER

Accesorio	Serie	Cantidad	Valor
-----------	-------	----------	-------

955

EQUIPO DE ORGANOS DE PARED

86099

19,0000

3445378,0000

Placa: 86099

Serie: 134360

Modelo: RI-FORMER 3653-
300

Marca: RIESTER

Accesorio	Serie	Cantidad	Valor
-----------	-------	----------	-------

955

EQUIPO DE ORGANOS DE PARED

86100

19,0000

3445378,0000

Placa: 86100

Serie: 125558

Modelo: RI-FORMER 3653-
300

Marca: RIESTER

Accesorio	Serie	Cantidad	Valor
-----------	-------	----------	-------

Nombre reporte : AFRPIngresoDocumento

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Fecha Actual : jueves, 30 octubre 2025

INGRESO DE ACTIVOS

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Ingreso No : 992

Dirección : Calle 9 No. 39 - 46

Estado : Confirmado

Ciudad :

Fecha : 20/10/2025

Nit : 900959048

Teléfono : +57 1 3753569

Proveedor : ULTRA SCHALL DE COLOMBIA SAS

Codigo : 900414376

Dirección : CL 118 N 11 D - 51

Factura : PPL5191

Fecha Factura : 20/10/2025

Ciudad : BOGOTA

Teléfono : 3779330

Responsable : 1109069707-
SU39R14-BA

ADRIANA MILENA VELANDIA TRUJILLO

Orden de Compra :

955 EQUIPO DE ORGANOS DE PARED 86101 19,0000 3445378,0000

Placa: 86101

Serie: 134342

Modelo: RI-FORMER 3653-300 Marca: RIESTER

Accesorio

Serie	Cantidad	Valor
-------	----------	-------

955 EQUIPO DE ORGANOS DE PARED 86102 19,0000 3445378,0000

Placa: 86102

Serie: 134365

Modelo: RI-FORMER 3653-300 Marca: RIESTER

Accesorio

Serie	Cantidad	Valor
-------	----------	-------

955 EQUIPO DE ORGANOS DE PARED 86103 19,0000 3445378,0000

Placa: 86103

Serie: 134362

Modelo: RI-FORMER 3653-300 Marca: RIESTER

Accesorio

Serie	Cantidad	Valor
-------	----------	-------

955 EQUIPO DE ORGANOS DE PARED 86104 19,0000 3445378,0000

Placa: 86104

Serie: 134361

Modelo: RI-FORMER 3653-300 Marca: RIESTER

Accesorio

Serie	Cantidad	Valor
-------	----------	-------

955 EQUIPO DE ORGANOS DE PARED 86105 19,0000 3445378,0000

Placa: 86105

Serie: 125559

Modelo: RI-FORMER 3653-300 Marca: RIESTER

Accesorio

Serie	Cantidad	Valor
-------	----------	-------

Nombre reporte : AFRPIngresoDocumento

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Fecha Actual : jueves, 30 octubre 2025

INGRESO DE ACTIVOS

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Dirección : Calle 9 No. 39 - 46

Ciudad :

Nit : 900959048

Teléfono : +57 1 3753569

Ingreso No : 992

Estado : Confirmado

Fecha : 20/10/2025

Proveedor : ULTRA SCHALL DE COLOMBIA SAS

Dirección : CL 118 N 11 D - 51

Ciudad : BOGOTA

Responsable : 1109069707-
SU39R14-BA

ADRIANA MILENA VELANDIA TRUJILLO

Factura : PPL5191

Codigo : 900414376

Fecha Factura : 20/10/2025

Teléfono : 3779330

Orden de Compra :

955 EQUIPO DE ORGANOS DE PARED 86106 19,0000 3445378,0000

Placa: 86106

Serie: 125577

Modelo: RI-FORMER 3653-300

Marca: RIESTER

Accesorio

Serie	Cantidad	Valor
-------	----------	-------

955 EQUIPO DE ORGANOS DE PARED 86107 19,0000 3445378,0000

Placa: 86107

Serie: 125562

Modelo: RI-FORMER 3653-300

Marca: RIESTER

Accesorio

Serie	Cantidad	Valor
-------	----------	-------

955 EQUIPO DE ORGANOS DE PARED 86108 19,0000 3445378,0000

Placa: 86108

Serie: 134351

Modelo: RI-FORMER 3653-300

Marca: RIESTER

Accesorio

Serie	Cantidad	Valor
-------	----------	-------

955 EQUIPO DE ORGANOS DE PARED 86109 19,0000 3445378,0000

Placa: 86109

Serie: 125554

Modelo: RI-FORMER 3653-300

Marca: RIESTER

Accesorio

Serie	Cantidad	Valor
-------	----------	-------

587 CENTRIFUGA 86110 19,0000 15966387,0000

Placa: 86110

Serie: 0000518

Modelo: C28A

Marca: BOECO

Accesorio

Serie	Cantidad	Valor
-------	----------	-------

Nombre reporte : AFRPIngresoDocumento

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Fecha Actual : jueves, 30 octubre 2025

INGRESO DE ACTIVOS

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Ingreso No : 992

Dirección : Calle 9 No. 39 - 46

Estado : Confirmado

Ciudad :

Fecha : 20/10/2025

Nit : 900959048

Teléfono : +57 1 3753569

Proveedor : ULTRA SCHALL DE COLOMBIA SAS

Código : 900414376

Dirección : CL 118 N 11 D - 51

Factura : PPL5191

Fecha Factura : 20/10/2025

Ciudad : BOGOTA

Teléfono : 3779330

Responsable : 1109069707-
SU39R14-BA

ADRIANA MILENA VELANDIA TRUJILLO

Orden de Compra :

155 AUTOCLAVE 86112 19,0000 21723781,0000

Placa: 86112 Serie: 21020280 Modelo: ELARA 110 Marca: TUTTNAURER

Accesorio

Serie	Cantidad	Valor
-------	----------	-------

220 BAÑO SEROLOGICO 86111 19,0000 4505211,0000

Placa: 86111 Serie: LC24-0021 Modelo: WTB15 Marca: MEMERT

Accesorio

Serie	Cantidad	Valor
-------	----------	-------

Detalle :

EJECUCION DEL CONTRATO No 3310-2025, FACTURA No
PPL5191

SubTotal : 90.430.671,00

Descuento : 0,00

Iva : 17.181.827,00

Rte Iva Debito : 0,00

Rte Iva Crédito : 2.577.274,00

Otras Retenciones : 0,00

Otras Deducciones : 0,00

RteIca : 998.355,00

Rte Fuente : 2.260.767,00

Fletes : 0,00

Impuesto al Consumo : 0,00

Nombre reporte : AFRPIngresoDocumento

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Fecha Actual : jueves, 30 octubre 2025

INGRESO DE ACTIVOS

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Dirección : Calle 9 No. 39 - 46

Ciudad :

Nit : 900959048

Teléfono : +57 1 3753569

Ingreso No : 992

Estado : Confirmado

Fecha : 20/10/2025

Proveedor : ULTRA SCHALL DE COLOMBIA SAS

Dirección : CL 118 N 11 D - 51

Ciudad : BOGOTA

Factura : PPL5191

Código : 900414376

Fecha Factura : 20/10/2025

Teléfono : 3779330

Responsable : 1109069707-
SU39R14-BA

ADRIANA MILENA VELANDIA TRUJILLO

Adriana Velandia

1109069707 - ADRIANA MILENA
VELANDIA TRUJILLO

Orden de Compra :

Tota : 101.776.102,00

Nombre reporte : AFRPIngresoDocumento

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

24/10/25, 4:35 p.m.

Compra II 992
Menor

Factura - iSiigo

ULTRA SCHALL DE COLOMBIA SAS

900.414.376-6

CL 23 N 116 31 BODEGA 25 PARQUE INDUSTRIAL PUERTO CENTRAL BARRIO EL
REFUGIO FONTIBON BOGOTA

(601) 3168066323

Bogotá - Colombia

esanchez@ultraschall.co

https://www.ultraschall.co/

Ultraschall

De Colombia

Equipamiento Integral Médico Hospitalario

Factura electrónica de venta
N°. PPL 5191

Fecha y hora Factura

Generación 20/10/2025,
16:24
Expedición 20/10/2025,
16:50
Vencimiento 19/11/2025
Vendedor ULTRA SCHALL
DE COLOMBIA
SAS
Centro de costo 0
Cotización

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
Nit: 900.959.048-4
Teléfono: (000) 4546800 - Ext. 000
Dirección: CL 9 39 46
Ciudad: Bogotá - Colombia
Correo: facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co



Item	Código	Descripción	Modelo	Marca	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Vr. Bruto
1	093.687	EQUIPO DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS 955			14.00	3,445,378.00	19 %	48,235,292.00
2	093.688	CENTRIFUGA 587			1.00	15,966,387.00	19 %	15,966,387.00
3	087.186	Autoclave mesa 155	ELARA 11D	TUTTNAUER	1.00	21,723,781.00	19 %	21,723,781.00
4	093.058	Baño serologico 220	WTB15	MEMMERT	1.00	4,505,211.00	19 %	4,505,211.00

Total items: 4

Valor en Letras:

Ciento siete millones seiscientos doce mil cuatrocientos noventa y ocho pesos m/cte con cuarenta y nueve cent.

Forma de pago:

Crédito

Medio de pago:

Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-11-19 por \$ 107,612,498.49

Observaciones:

Equipo de organos de los sentidos Modelo REFORMER 3653-300 RS INVIMA2022DM-0025106

Centrifuga Modelo C28A RS INVIMA2017DM-0016133

Autoclave de mesa Modelo ELARA 11D RS INVIMA2020DM-0022376

Baño serologico Modelo WTB15 RS NO REQUIERE

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

NOMBRE BODEGA: (001) Kennedy
NOMBRE QUIEN RECIBE: Adriana Velando
CARGO: Tecnólogo
C.C. #: 109059908
FECHA: 24/10/25 HORA: 4:44 pm
FIRMA: [Firma]

Total Bruto 90,430,671.00
IVA 19% 17,181,827.49
Total a Pagar 107,612,498.49

Elaborado por

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE ULTRA SCHALL COLOMBIA S.A.S

NICOLAS RUIZ RODRIGUEZ
T.P. No. 312384-T

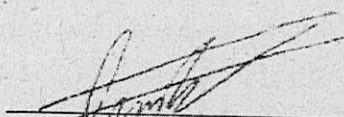
CERTIFICACION DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Yo NICOLAS RUIZ RODRIGUEZ, identificado con C.C. 1.005.715.355, y con Tarjeta Profesional No. 312384-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, delegado de OPTIMICE COLOMBIA S.A.S. en mi condición de Revisor Fiscal de ULTRA SCHALL COLOMBIA S.A.S. identificada con NIT: 900.414.376-6, debidamente inscrita en la Cámara de Comercio de Bogotá, en cumplimiento de lo dispuesto en el Art. 41 de la Ley 80 de 1993, modificado por el Art. 23 de la Ley 1150 de 2007, en concordancia con el Art.50 de la Ley 789 de 2002, Ley 828 de 2003 y Ley 1562 de 2012., certifico que la citada empresa se encuentra cumpliendo con el pago de las obligaciones legales, con destino a los sistemas de riesgos laborales, salud, pensiones, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), en relación con todos los empleados vinculados a esta sociedad durante los últimos seis (6) meses calendario.

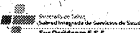
Certifico bajo la gravedad de juramento que de acuerdo con lo establecido en el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016 el cual modifica el Art. 114-1 del E.T., la empresa se encuentra exonerada del pago de los aportes a parafiscales Servicio Nacional de Aprendizaje – (SENA) y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al régimen Contributivo de Salud, correspondientes a los trabajadores que devenguen individualmente considerados, menos de 10 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Dada en la ciudad de Bogotá D.C., a los quince (15) días del mes de octubre del año dos mil veinticinco (2025).

Atentamente,



NICOLAS RUIZ RODRIGUEZ
C.C. 1.005.715.355
Revisor Fiscal
T.P. No. 312384-T
Delegado de OPTIMICE COLOMBIA S.A.S.

 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 5 Fecha de aprobación: 15/04/2025 Código: 18-02-FO-0007	
---	--	---

CERTIFICACIÓN: ☒	INFORME PARCIAL: ☐	Marque con una (X) según corresponda
CONTRATO No. 3310-2025	FECHA DEL INFORME: 5/03/2026	

FUNCIONES GENERALES Y ADMINISTRATIVAS DE LA SUPERVISIÓN									
1. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO U ORDEN									
Contratista:	ULTRA SCHALL DE COLOMBIA SAS	NIT O C.C.	900.414.376-6	Valor Contrato Inicial:	\$164.642.915	Fecha de Inicio:	3/03/2025	Fecha de Terminación:	2/07/2025
Representante Legal:	JULIO MARIO PARETTO ZUÑIGA	Cedula Representante	302.157	No. Adición	Fecha Registro Presupuestal	Valor Adición			
				Adición 1:			Prórroga 1:	3/07/2025	30/09/2025
Objeto del Contrato u Orden:	ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, MOBILIARIO Y DEMÁS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA DOTACIÓN DEL CENTRO DE SALUD 29 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No.805 DE 2019 SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD.			Adición 2:			Prórroga 2:	1/10/2025	30/11/2025
Duración Inicial	CUATRO (04) MESES			Adición 3:			Prórroga 3:		
Disponibilidades Números	N° 15 de 01 de enero de 2025			Adición 4:			Prórroga 4:		
				Adición 5:			Prórroga 5:		
				Adición 6:			Prórroga 6:		
				Adición 7:			Prórroga 7:		
				Adición 8:			Prórroga 8:		
				Adición 9:			Prórroga 9:		
				Adición 10:			Prórroga 10:		
Rubro presupuestal	DOTACION INVERSION VIGENCIA			Adición 11:			Prórroga 11:		
	CÓDIGO 42301171901202001490100020201			Valor Total:	\$164.642.915	Fecha Terminación actual:	30/11/2025		

FECHA ENTREGA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	29/01/2026
--	------------

FUNCIONES TÉCNICAS DE LA SUPERVISIÓN									
2. AVANCE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN									

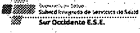
INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES										
No. INFORME/CERTIF.	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO	CENTRO DE COSTO	CUMPLIÓ		ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO					
1	Presentar cronograma de entrega de equipos biomédicos el cual deberá ser aprobado por el Supervisor		SI	NO	Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:	
			X			Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:			
2	Asumir los gastos de la adquisición de materiales, equipos, herramientas, costos de importación, transporte, embalaje, bodega, fletes o costos indirectos que se generen por la adquisición de los equipos biomédicos y/o cualquier otro que sea necesario para el desarrollo del contrato, puesta en marcha y funcionamiento de los bienes en el destino final sin que esto refleje un aumento del valor ni disminución de la calidad de los equipos biomédicos.		SI	NO	Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:	
			X			Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:			
3	Realizar todos los trámites de importación y nacionalización de los equipos biomédicos, asumiendo todos los costos que estos generen.		SI	NO	Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:	
			X			Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:			
4	Realizar el ingreso, entrega, instalación, puesta en funcionamiento y prueba de puesta en marcha de los equipos biomédicos en la sede acordada con el supervisor del contrato, con el acompañamiento del personal de Ingeniería biomédica, Activos fijos y Almacén que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente destine para tal fin, y bajo los demás términos que se definan en el contrato.		SI	NO	Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:	
			X			Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:			
5	Reemplazar a entera satisfacción de la Subred y sin costo alguno, el bien que resulte de dañado o con defectos de fabricación, sin afectar en ningún momento la continuidad del servicio, así mismo, si el bien		SI	NO	Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:	

Recibido
 por Suarez 4:30 PM
 05-03-2026

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN										Versión: 5		Fecha de aprobación: 15/04/2025		Código: 18-02-FO-0007		 ALCALDIA MAYOR DE BUENA VISTA D.C.	
5	presenta cuatro (4) intervenciones correctivas por año de garantía, asociadas a la calidad del equipo, el contratista se compromete a cambiar el equipo sin costo adicional para la Subred por uno de las mismas o mejores especificaciones técnicas ofertadas durante el proceso, dentro de un plazo no mayor sesenta (60) días calendario.	X				Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:							
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:										
6	El equipo biomédico deberá tener como mínimo una garantía de fábrica de acuerdo al anexo técnico, donde esta ampare correcciones por defectos de fábrica e incluya asistencia técnica por parte de personal especializado y calificado en el sitio donde se encuentren estos, dentro de las cuatro (04) horas máximas siguientes a la solicitud telefónica o por cualquier otro medio por parte de la Subred. Este servicio estará disponible de lunes a viernes de 7:00 am a 5:00 pm, sábados de 7:00 a 1:00 y Domingos y Festivos Disponibilidad Telefónica, incluyendo los repuestos originales y de ser necesario el cambio del equipo o su reemplazo con uno de las mismas o mejores características mientras se cuenta con la garantía del equipo inicialmente adquirido, sin costo alguno adicional para la Subred.	X	SI	NO		Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:							
						Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:							
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:										
7	Presentar los cronogramas de mantenimiento preventivos y calibración de equipos biomédicos según recomendaciones del fabricante, durante el periodo de garantía, así como garantizar seguir de forma exacta el protocolo de mantenimiento de fábrica.	X	SI	NO		Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:							
						Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:							
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:										
8	Realizar el reporte técnico de todos los mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos, junto con los repuestos que sean requeridos, a efectos de garantizar la puesta en marcha de los equipos y su garantía. El tiempo de la garantía se cuenta a partir de la fecha de instalación, recepción y puesta en marcha a satisfacción del personal de Ingeniería biomédica, Activos fijos, Almacén y contratista.	X	SI	NO		Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:							
						Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:							
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:										
9	Entregar el programa de capacitación al personal técnico y asistencial sobre el manejo, cuidado, limpieza y desinfección del equipo a entregar.	X	SI	NO		Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:							
						Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:							
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:										
10	Garantizar que los ingenieros o técnicos biomédicos y/o electrónicos que realicen la instalación, puesta en funcionamiento, capacitación, mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos biomédicos durante el periodo de garantía, deben tener tarjeta profesional y estar debidamente registrados ante el Consejo Profesional Nacional de Ingeniería COPNIA acorde con la Ley 842 de 2003, tener registro de INVIMA según la resolución 4725 del 2007 y certificado de entrenamiento del equipo a instalar. Se deben adjuntar los certificados que los acrediten al momento de la iniciación del contrato.	X	SI	NO		Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:							
						Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:							
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:										
11	Suministrar el certificado de Capacidad de Almacenamiento y Acondicionamiento de Dispositivos médicos (CCAA) Resolución 4002 de 2007 para los equipos objeto del contrato.	X	SI	NO		Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:							
						Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:							
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:										

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN										Versión:	5	
										Fecha de aprobación:	15/04/2025	
										Código:	18-02-FO-0007	
12	Aportar los documentos para la apertura de hoja de vida correspondientes a listado de ingreso de nueva tecnología con código 14-02-FO-0007 Lista de chequeo ingreso tecnología biomédica V3.		SI	NO		Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
			X			Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					
13	Contar con personal capacitado y disponible en la ciudad de Bogotá y sus alrededores para ofrecer el soporte técnico que se requiera de manera oportuna.		SI	NO		Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
			X			Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					
14	Realizar la entrega de los protocolos de mantenimientos preventivos y correctivos que se realizará a los equipos biomédicos.		SI	NO		Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
			X			Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					
15	Realizar entrega del listado de repuestos, accesorios y sus complementarios (anexo listado), que requiera el equipo con códigos del fabricante y catálogos ilustrativos.		SI	NO		Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
			X			Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					
16	Garantizar inmediato de los partes y accesorios que no cumplan las especificaciones técnicas requeridas y/o defectuosas, al momento de la excepción técnica y durante su funcionamiento en el periodo de garantía, siempre y cuando sea demostrado que es un defecto de fabricación sin costo adicional para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		SI	NO		Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
			X			Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					
17	Entregar la afiliación a EPS y ARL del personal a su cargo		SI	NO		Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
			X			Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					
18	El contratista será evaluado en relación a la ejecución de su contrato por parte del Supervisor designado, teniendo en cuenta que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, debe dar cumplimiento a los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión de Calidad. Así mismo participara en la Encuesta a Satisfacción que realizará la Subred de manera aleatoria a los contratistas que hayan suscrito contratos con la misma.		SI	NO		Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
			X			Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					
19	Realizar marcación del equipo con dos placas (en lugar de fácil visualización) con el contenido relacionado en el anexo placas.		SI	NO		Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
			X			Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					
20	Entregar ficha que contenga la información al área de ingeniería biomédica, en la fecha que se realicen la entrega formal, para aquellos equipos que no permitan este tipo de marcación. NOTA 1: El tamaño de los avisos será proporcional al bien que identifican, siempre visibles, legibles y de muy difícil eliminación. NOTA 2: Todos los documentos que sean directamente de fábrica y su idioma no sea el castellano deberán ser traducidos a nuestro idioma de forma simple y acompañar al original.		SI	NO		Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
			X			Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN										Versión:	5	 Ministerio de Salud Ministry of Health
										Fecha de aprobación:	15/04/2025	
										Código:	18-02-FO-0007	
21	Entregar equipos nuevos (sin uso), de última generación que no se encuentren en experimentación ni sean reprobados. La fecha de fabricación no deberá ser anterior a la vigencia 2022, cumpliendo con lo establecido en el decreto 4725-2005.	SI	NO			Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
						Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					
22	Proporcionar los equipos con los accesorios originales para su normal funcionamiento.	SI	NO			Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
						Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					
23	Los equipos serán entregados con Certificado de conformidad de fábrica, en donde se especifique: modelo y series del equipo a entregar.	SI	NO			Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
						Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					
24	Cumplir con las garantías y los tiempos de respuestas estipuladas en los documentos del proceso.	SI	NO			Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
						Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					
25	Asegurar que, al momento de ingreso de los equipos a la Subred, estos mismos deben someterse a la Lista de chequeo ingreso tecnología biomédica por parte del Área de Ingeniería Biomédica, Almacén, Activos Fijos y Servicio de la Subred, y levantar acta de recibo a satisfacción del equipo biomédico.	SI	NO			Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
						Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					
26	Deberá garantizar que la tecnología ofertada es amigable con el ambiente y deberá ser evidenciado por medio de documentación directa de fábrica.	SI	NO			Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
						Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					
27	Dar cumplimiento a la Política Ambiental de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	SI	NO			Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
						Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					
28	Dar cumplimiento a las directrices establecidas en el Plan Institucional de Gestión Ambiental, los planes de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de cada sede, Planes de Gestión de Residuos Peligrosos – PCIRESPEL de cada sede y Planes de Acción Interno para el aprovechamiento de los Residuos de cada sede.	SI	NO			Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
						Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					
29	Reportar cualquier anomalía o novedad que pueda afectar negativamente el ambiente y la salud de las personas.	SI	NO			Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
						Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					
30	Entregar equipos con bajo consumo de energía y/o agua.	SI	NO			Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:		
						Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:		
						Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:					

 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN						Versión: 5			
						Fecha de aprobación: 15/04/2025			
						Código: 18-02-FO-0007			

31	Poner a disposición tecnologías libres de sustancias químicas como mercurio, plomo.	SI	NO	X	Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:
					Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:
					Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:			
32	Proporcionar equipos que para su funcionamiento utilicen baterías recargables con el fin de garantizar una menor generación de residuos y mayor durabilidad.	SI	NO	X	Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:
					Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:
					Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:			
33	Entregar equipos digitales con el fin de reducir la generación de residuos peligrosos, cuando aplique.	SI	NO	X	Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:
					Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:
					Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:			
34	Todas las demás que se requiera para la ejecución del objeto contractual.	SI	NO	X	Oportunidad de entrega	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI:	NO:
					Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A: NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI:	NO:
					Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A: NO:			

Observaciones:

FUNCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE DE LA SUPERVISIÓN

3. INFORMACIÓN DE FACTURA O CUENTAS

No.	No. FACTURA O CUENTA DE COBRO	FECHA DE FACTURA O CUENTA COBRO	PERIODO FACTURADO	FECHA RADICACIÓN	VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	PPL 5190	20-10-2025	OCTUBRE 2025	24-10-2025	30.430.416	30.430.416	134.212.499	18%	DOPPLER FETAL, PULSOXIMETRO, BALANZA, CARRO DE MEDICAMENTOS, FONENDOSCOPIO
2	PPL 5279	06-11-2025	NOVIEMBRE 2025	06-11-2025	26.600.006	57.030.422	107.612.493	35%	LAMPARAS CUELLO DE CISNE
3	NC 2 5	06-11-2025	NOVIEMBRE 2025	06-11-2025	-6	57.030.416	107.612.499	35%	NOTA CREDITO APLICADA A LA FACTURA PPL 5279
4	PPL 5191	20-10-2025	OCTUBRE 2025	24-10-2025	107.612.498	164.642.914	1	100%	EQUIPO DE ORGANOS, CENTRIFUGA, AUTOCLAVE DE MESA, BAÑO SEROLÓGICO
TOTAL					164.642.914	164.642.914	1	100%	

4. VERIFICACIÓN GARANTÍAS

Existencia de Garantías

SI: ☒ NO: ☐

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

Se certifica que el contratista hasta la fecha de la presente certificación ha cumplido con las obligaciones contractuales, en constancia de ello se entregan soportes requeridos donde se demuestra la ejecución de las actividades realizadas durante el periodo facturado.

EJECUCIÓN DEL CONTRATO

VALOR EN LETRAS

Valor ejecutado: CIENTO SESENTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS

Saldo por ejecutar: UN PESO

VALOR TOTAL CERTIFICADO: CIENTO SIETE MILLONES SEISCIENTOS DOCE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

VALOR EN NÚMEROS

Valor ejecutado: \$ 164.642.914

Saldo por ejecutar: \$ 1

VALOR TOTAL CERTIFICADO: \$ 107.612.498

No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO: PPL 5191

FECHA DE EMISIÓN DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO: 20/10/2025

VALOR A PAGAR: \$ 107.612.498

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Durante la ejecución del contrato no se ha presentado ningún inconveniente con los Servicios prestados por el contratista, Y hay cumplimiento del objeto del contrato

ANEXOS:

FIRMA DEL SUPERVISOR ADMINISTRATIVO DEL CONTRATO

NOMBRE Y APELLIDOS: TATIANA EUGENIA MARIN SALAZAR

C.C. No.: 43.871.908

CARGO/PERFIL: DIRECTORA ADMINISTRATIVA

ÁREA DE UBICACIÓN: DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

FIRMA DEL SUPERVISOR ADMINISTRATIVO DEL CONTRATO

NOMBRE Y APELLIDOS: MARCIA GREICA GUACANEME VA BUENA

C.C. No.: 52.150.026

CARGO/PERFIL: JEFE ASESORA OFICINA DESARROLLO INSTITUCIONAL

ÁREA DE UBICACIÓN: OFICINA DESARROLLO INSTITUCIONAL

FIRMA APOYO SUPERVISIÓN CONTRATO

NOMBRE Y APELLIDOS: CARLOS ANDRÉS NIETO PRADO

C.C. No.: 80.115.981

CARGO/PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO II

ÁREA DE UBICACIÓN: OFICINA DESARROLLO INSTITUCIONAL

