	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA	CO-CBS-FT-12 V8

FECHA:	FEBRERO DEL 2026	INFORME PARCIAL:	X	INFORME FINAL :	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO:	5398-2025	CONTRATISTA:	UNIDAD DE UROLOGIA Y MEDICINA DIAGNOSTICA - SAS - UROMEDI SAS	CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	901.460.120-7

No. DE CONVENIO AL CUAL PERTENECE EL CONTRATO (Numero y vigencia)	N/A			
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	CÉDULA DE CIUDADANÍA:	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	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:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	CÉDULA DE CIUDADANÍA:	80.417.247
	CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR	Director Tecnico Servicios Hospitalarios	ÁREA O DEPENDENCIA:	SERVICIOS HOSPITALARIOS
	DIRECCIÓN:	Carrera 20 # 47B – 35 SUR	TELÉFONO FIJO:	7300000
	CORREO ELECTRÓNICO:	dir.hospitalarios@dubredsur.gov.co	CELULAR:	3012903861
	NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION	JOHANNA ALEJANDRA GARAVITO ROBLEZ	CÉDULA DE CIUDADANÍA:	52969028 DE BOGOTA
	CARGO/PERFIL	PROFESIONAL ESPECIALIZADA IV	ÁREA O DEPENDENCIA:	COMPLEMENTARIOS
	CORREO ELECTRÓNICO:	referente.imagenologia@subredsur.gov.co	CELULAR:	3138576397

FECHA ACTA DE INICIO:	16 de abril de 2025	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	15 de julio de 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	
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: (Si aplica para dos rubros)			CÓDIGO DEL RUBRO:		
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:	CÓDIGO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL	FECHA DE APROBACION DE POLIZA
1	550.000.000	1/07/2025	1180	10/07/2025	21412	15/07/2025	4245020903	23/07/2025
2	240.000.000	27/08/2025	1451	25/08/2025	26188	27/08/2025	4245020903	7/10/2025
3	420.000.000	30/09/2025	1658	26/09/2025	28414	30/09/2025	4245020903	23/10/2025
4	237.900.000	29/11/2025	2021	26/11/2025	34897	29/11/2025	4245020903	11/12/2025
5	72.000.000	24/12/2025	2191	22/12/2025	37849	24/12/2025	4245020903	31/12/2025
6	669.600.000	9/01/2026	44	8/01/2026	1555	9/01/2026	4245020903	23/01/2026

3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIONES REALIZADAS AL CONTRATO

N°	PRORROGA / SUSPENSION	PLAZO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	FECHA DE APROBACION DE POLIZA
1	PRORROGA	47 DIAS	1/07/2025	16/07/2025	31/08/2025	23/07/2025
2	PRORROGA	30 DIAS	27/08/2025	1/09/2025	30/09/2025	7/10/2025
3	PRORROGA	2 MESES	30/09/2025	1/10/2025	30/11/2025	23/10/2025
4	PRORROGA	40 DIAS	29/11/2025	1/12/2025	9/01/2026	11/12/2025
5	PRORROGA	81 DIAS	1/09/2026	10/01/2026	31/03/2026	23/01/2026

4. OTRAS NOVEDAES CONTRACTUALES

N°	OTRO SI No (Aclaratorio, inclusion, Exclusion)	CONSIDERACION DEL OTRO SI	FECHA DE SUSCRIPCION DEL OTRO SI	FECHA DE APROBACION DE POLIZA
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	N° COMPROBANTE DE EGRESO	FECHA COMPROBANTE DE EGRESO	VALOR CANCELADO
1	24-5-2025	URO - 27	SERVICIOS	$ 53.309.540	2.676.190.460	652733	12/11/2025	53.309.540
2	17-7-2025	URO - 30	SERVICIOS	$ 220.583.018	2.455.607.442	000000000658242	17/12/2025	220.583.018
3	29-7-2025	URO-31	SERVICIOS	$ 217.703.350	2.237.904.092	000000000658242	17/12/2025	217.703.350
4	11-9-2025	URO-35	SERVICIOS	$ 242.585.314	1.995.318.778			0
5	18-9-2025	URO-36	SERVICIOS	$ 237.995.635	1.757.323.143	668901	30/01/2026	237.995.635
6	20-10-2025	URO-39	SERVICIOS	$ 239.717.932	1.517.605.211			0
7	24-11-2025	URO-41	SERVICIOS	$ 271.799.655	1.245.805.556			0
8	23-12-2025	URO-42	SERVICIOS	$ 234.751.015	1.011.054.541			0
9	27/01/2026	URO-43	SERVICIOS	$ 229.191.499	781.863.042			0
10	25/02/2026	URO-44	SERVICIOS	$ 270.560.744	511.302.298			729.591.543
TOTAL EJECUTADO				2.218.197.702	511.302.298			

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 540.000.000,00	VALOR PAGADO:	729.591.543,00
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	2.189.500.000,00	SALDO POR PAGAR :	1.488.606.159,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	$ 2.729.500.000,00	SALDO A REINTREGRAR	0,00

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	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).	SI	SIN DIFICULTAD	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.	SI	SIN DIFICULTAD	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.	SI	SIN DIFICULTAD	SIN DIFICULTAD	AGENDAS MENSUALES
4	Solicitar autorización al supervisor del contrato en los casos que por fuerza mayor se requiera reprogramar una agenda.	SI	SIN DIFICULTAD	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.	SI	SIN DIFICULTAD	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.	SI	SIN DIFICULTAD	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.	SI	SIN DIFICULTAD	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.	SI	SIN DIFICULTAD	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.	SI	SIN DIFICULTAD	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.	SI	SIN DIFICULTAD	SIN DIFICULTAD	AUDITORIA DE SEGUIMIENTO AL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO
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.	SI	SIN DIFICULTAD	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.	SI	SIN DIFICULTAD	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).	SI	SIN DIFICULTAD	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).	SI	SIN DIFICULTAD	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.	SI	SIN DIFICULTAD	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.	SI	SIN DIFICULTAD	SIN DIFICULTAD	CERTIFICACION FACTURACION
17	Presentar certificacion firmada por el área de Ingenieria 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.	SI	SIN DIFICULTAD	SIN DIFICULTAD	CERTIFICACION FACTURACION
18	Duarante la eejcucion 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 verfique la auditoria correspondiente y7o se lleve a acabo la liquidación definitiva del contrato	SI	SIN DIFICULTAD	SIN DIFICULTAD	CERTIFICACION FACTURACION
OBSERVACIONES:				**PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL**	**81,27%**

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	JAlejandra Garavito		**ANEXOS (CD)**		**FECHA:**
FIRMA DEL SUPERVISOR			**TOTAL FOLIOS**		**FECHA:**
NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RECIBE EL INFORME		**CARGO/PERFIL**		**FIRMA**	**FECHA:**