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 V9

FECHA:	AGOSTO 2025	INFORME PARCIAL:	X	INFORME FINAL :	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRAT	5780-2025	CONTRATISTA:	IMAGING EXPERTS AND HEALTHCARE SERVICES S.A.S. IMEXHS S.A.S	CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	900537021-5
No. DE CONVENIO AL CUAL PERTENECE EL CONTRATO: (Numero y vigencia)	N/A	FECHA INICIO DE EJECUCION CONVENIO:	N/A	FECHA DE TERMINACION FINAL DEL CONVENIO:	N/A
OBJETO DEL CONTRATO:	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PBS Y NO PBS, PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES AMBULATORIOS E INTRAHOSPITALARIOS EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE.				
DATOS DEL CONTRATISTA:	REPRESENTANTE LEGAL:	GERMAN ANIBAL ARANGO BONNET		CÉDULA DE CIUDADANÍA:	79780336
	ASESOR COMERCIAL:	Catalina Marin		TELÉFONO:	3165232396
	DIRECCIÓN:	calle 92 11 - 51 oficina 202		CELULAR:	6013164890
	E-MAIL:	soporte@imexhs.com		PÁGINA WEB:	0
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		CÉDULA DE CIUDADANÍA:	52489647
	CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR:	DIRECTORA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		ÁREA O DEPENDENCIA:	DIRECCION DE COMPLEMENTARIOS
	DIRECCIÓN:	Carrera 20 # 47B – 35 SUR		TELÉFONO FIJO:	7300000
	CORREO ELECTRÓNICO:	DIR.COMPLEMENTARIOS@SUBREDSUR.GOV.CO		CELULAR:	3209855067
	NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION	JOHANNA ALEJANDRA GARAVITO ROBLES		CÉDULA DE CIUDADANÍA:	52969028
	CARGO/PERFIL	PROFESIONAL ESPECIALIZADO V		ÁREA O DEPENDENCIA:	DIRECCION DE COMPLEMEN TARIOS
	CORREO ELECTRÓNICO:	referente.imagenologias@ubredsur.gov.co		CELULAR:	3138576397
	NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION:	EDNA ROCIO RINCON ROLDAN		CÉDULA DE CIUDADANÍA:	46364526
	CARGO/PERFIL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO		ÁREA O DEPENDENCIA:	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TIC
	CORREO ELECTRÓNICO:	-		CELULAR:	N/A

FECHA ACTA DE INICIO:	17/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	16/07/2025	PLAZO INICIAL:	2 Meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$150.000.000	VALOR INICIAL EN LETRAS:	OCHENTA Y CUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS MCTE		
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:	GASTOS DE COMPUTADOR		CÓDIGO DEL RUBRO:		4212020100401
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:	647		FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:		31/03/2025
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:	19387		FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:		17/05/2025

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	$112.500.000,00	16/07/2025	1191	14/07/2025	21517	16/07/2025	4212020100401	11/08/2025
2	$75.000.000,00	28/08/2025	1464	26/08/2025	26253	29/08/2025	4212020100401	11/08/2025

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	1 Mes	16/07/2025	17/07/2025	31/08/2025	11/08/2025
2	PRORROGA	1 Mes	28/08/2025	1/09/2025	30/09/2025	11/08/2025

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

5. EJECUCIÓN DEL CONTRATO incluidas las facturas a certificar

ITEM	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	VALOR FACTURA CORRESPONDE A CONTRATO Y/O ADICION No	VALOR FACTURA DERIVADO DE CONVENIO	SALDO DEL CONTRATO	N° COMPROBANTE DE EGRESO	FECHA COMPROBANTE DE EGRESO	VALOR CANCELADO
TOTAL EJECUTADO				$0,0				$0,00		

	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 V9

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 150.000.000,00	CONTRATO INICIAL	$150.000.000,00
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	$ 187.500.000,00	SALDO POR PAGAR :	$0,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	$ 337.500.000,00	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	Implementar un Sistema de Información de Radiología (RIS), que pueda realizar las interfaces con los diferentes equipos biomédicos que actualmente tiene la Subred Sur, (PACs, Digitalizadores, Ecógrafos, TAC, entre otros.), para así garantizar un Software que pueda ser gestionado por los tecnólogos, Radiólogos, transcriptores y médicos en general para la consulta de los exámenes en línea.	SI	SIN DIFICULTAD	INFORME MENSUAL DE FACTURACIÓN
2	Garantizar que el sistema a proveer y la digitalización se integre en todas las modalidades o equipos de Imagenología existentes en la Subred Sur, presentes y futuros que tengan protocolo DICOM.	SI	SIN DIFICULTAD	INFORME MENSUAL DE FACTURACIÓN
3	Incluir un módulo de WORK LIST, que esté provisto de las herramientas diagnósticas (hardware y software) de manera automática para la operación del servicio.	SI	SIN DIFICULTAD	INFORME MENSUAL DE FACTURACIÓN
4	Garantizar la interface de las imágenes y los resultados al software Institucional Dinámica Gerencial Hospitalaria (Historia clínica) y la plataforma Bogotá Salud digital.	SI	SIN DIFICULTAD	INFORME MENSUAL DE FACTURACIÓN
5	Suministrar un sistema de información en ambiente 100% web centralizado en servidores de la institución, de manera que interconecte todos los puntos donde se encuentre habilitado el servicio de Radiología e Imágenes Diagnósticas.	SI	SIN DIFICULTAD	INFORME MENSUAL DE FACTURACIÓN
6	Permitir la consulta y visualización de las imágenes y resultados en todas las Unidades en tiempo real y sobre el sistema de información en arrendamiento, Dinámica Gerencial y Bogotá Salud Digital.	SI	SIN DIFICULTAD	INFORME MENSUAL DE FACTURACIÓN
7	Garantizar que, al finalizar el contrato, el contratista entregara a la Subred Sur E.S.E, el visualizador de imágenes diagnósticas desde distintos puntos con una concurrencia ilimitada, mediante una interfaz web.	SI	SIN DIFICULTAD	NO APLICA EL CONTRATO ESTA VIGENTE
8	Poseer un sistema de organización de los estudios realizados que permita realizar trazabilidad en los diferentes puntos del proceso.	SI	SIN DIFICULTAD	INFORME MENSUAL DE FACTURACIÓN
9	Habilitar todos los equipos de cómputo necesarios para la recepción de órdenes de estudios y/o procedimientos e ingreso de la información.	SI	SIN DIFICULTAD	INFORME MENSUAL DE FACTURACIÓN
10	Incluir una herramienta que permita extraer y configurar cualquier tipo de informe estadístico necesario para dar respuesta a las necesidades del servicio de Radiología e Imágenes Diagnósticas. Los informes estadísticos deben ser exportados a formato Excel para una mejor manipulación de los datos extraídos.	SI	SIN DIFICULTAD	INFORME MENSUAL DE FACTURACIÓN
11	Realizar BACKUPS diarios y a petición de la Entidad de manera que se pueda salvaguardar la información del mismo.	SI	SIN DIFICULTAD	INFORME MENSUAL DE FACTURACIÓN
12	Incluir por seguridad el acceso por usuario y contraseña, manejando niveles o roles que permitan diferenciar los niveles de acceso a los diferentes tipos de datos que se manejan en el sistema de información, asegurar que el sistema de información ofrecerá las políticas de seguridad de datos y custodia de la información, para minimizar el riesgo de pérdida y divulgación no autorizada.	SI	SIN DIFICULTAD	INFORME MENSUAL DE FACTURACIÓN
13	Incluir un módulo mediante el cual los usuarios puedan realizar la consulta de los resultados desde la página web de la Subred Sur, se debe garantizar la seguridad de los datos y su acceso debe ser mediante usuario y una contraseña.	SI	SIN DIFICULTAD	INFORME MENSUAL DE FACTURACIÓN
14	Realizar el envío por medio de correo electrónico de los resultados de los estudios y/o procedimientos a aquellos pacientes que lo deseen y autoricen, cuando así se requiera.	SI	SIN DIFICULTAD	CORREOS ELECTRONICOS ENVIADOS POR LINEA DE FRENTE SOLO CUANDO EL PACIENTE LO REQUIERE
15	Parametrizar las necesidades de la Subred Sur, facilitando incluir campos en los registros de los pacientes y solicitudes a necesidad.	SI	SIN DIFICULTAD	LAS EVIDENCIAS DE LA OBLIGACION SE ENCUENTRA DE MANERA FISICA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN AQUILA
16	Contar con la generación de alarmas visuales por resultados críticos o fuera de su rango de referencia.	SI	SIN DIFICULTAD	LAS EVIDENCIAS DE LA OBLIGACIÓN SE ENCUENTRA DE MANERA FISICA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN AQUILA
17	Generar los resultados en formato PDF, dicho reporte puede ser modificado a necesidad de la Subred Sur.	SI	SIN DIFICULTAD	LAS EVIDENCIAS DE LA OBLIGACIÓN SE ENCUENTRAN EN LA PLATAFORMA AQUILA
18	Permitir la consulta del histórico de los estudios y/o procedimientos realizados en tiempo real por tabla y gráfico tanto en el sistema principal como en el de consulta de médicos.	SI	SIN DIFICULTAD	LAS EVIDENCIAS DE LA OBLIGACIÓN SE ENCUENTRAN EN LOS INDICADORES DE NEGOCIO EN LA PLATAFORMA AQUILA
19	Contemplar un servidor en espejo como medida de contingencia en dado caso de que el servidor principal se averíe o falle. Este servidor debe entrar de manera inmediata a operar evitando retrasos e inconvenientes con la oportunidad del servicio de Radiología e Imágenes Diagnósticas.	SI	SIN DIFICULTAD	INFORME MENSUAL DE FACTURACIÓN
20	Mantener los tiempos de respuesta y la visualización inmediata de las imágenes.	SI	SIN DIFICULTAD	LAS EVIDENCIAS DE LA OBLIGACIÓN SE ENCUENTRAN EN LA PLATAFORMA AQUILA
OBSERVACIONES:			PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	0,00%

8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS

VERIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN:	JAlejandra Garavito	ANEXOS (CD):		FECHA:	
FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN:		TOTAL FOLIOS:	2	FECHA:	
FIRMA DEL SUPERVISOR:	Guillermo				
NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RECIBE EL INFORME:		CARGO/PERFIL:		FIRMA	FECHA: