ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA

CO-CBS-FT-12 V9

FECHA:	MAYO 2026	INFORME PARCIAL:	X	INFORME FINAL :	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO:	1009-2026	CONTRATISTA:	UNIDAD DE DIAGNOSTICO S.A.S	CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	892.002.811-2
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:	RECOLECCION, PROCEDIMIENTO Y ENTREGA DE RESULTADOS DE LAS MUESTRAS DE PATOLOGIA, MARCADORES DE INMUNOHISTOQUIMICA Y COLORACIONES ESPECIALES REALIZADOS A LOS ESPECIMENES QUIRURGICOS, PROVENIENTES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION, CIRUGIA Y PROCEDIMIENTOS AMBULADORIOS REALIZADOS EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E				

DATOS DEL CONTRATISTA:	REPRESENTANTE LEGAL:	SONIA MARIA MOLANO CARO	CÉDULA DE CIUDADANÍA:	51.679.191 de Bogotá D.C
	ASESOR COMERCIAL:		TELÉFONO:	6.675.899
	DIRECCIÓN:	CRA 19A #82-85 COLSUBTORIO 209	CELULAR:	3124817662
	E-MAIL:	gerencia@udd.com.co	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:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	CÉDULA DE CIUDADANÍA:	79.238.539
	CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR:	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	ÁREA O DEPENDENCIA:	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
	DIRECCIÓN:	Carrera 20 No. 47 B - 35 Sur	TELÉFONO FIJO:	7300000
	CORREO ELECTRÓNICO:	dir.servicioscomplementarios@subredsur.gov.co	CELULAR:	3209855067
	NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION	PATRICIA ASTRID PEREZ URRREGO	CÉDULA DE CIUDADANÍA:	52.005.508
	CARGO/PERFIL	REFERENTE DE LABORATORIO CLINICO	ÁREA O DEPENDENCIA:	LABORATORIO CLINICO
	CORREO ELECTRÓNICO:	laboratorio.coor@subredsur.gov.co	CELULAR:	3133561255

FECHA ACTA DE INICIO:	9 de febrero de 2026	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	8 de abril de 2026	PLAZO INICIAL:	2 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 140.000.000	VALOR INICIAL EN LETRAS:	CIENTO CUARENTA MILLONES DE PESOS		
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:	ADQUISICION DE SERVICIOS DE SALUD			CÓDIGO DEL RUBRO:	4245020903
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: (Si aplica para dos rubros)				CÓDIGO DEL RUBRO:	
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:	91			FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	9/01/2026
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:	16764			FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	3/02/2026

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	$ 70.000.000	7/04/2026	615	25/03/2026	19493	7/04/2026	4245020903	17/04/2026
2	$ 69.000.000	5/05/2025	1010	30/04/2026	26046	5/05/2025	4245020903	14/05/2026
3	$ 50.000.000	25/05/2026	1091	22/05/2026	27429	25/05/2026	4245020903	3/06/2026

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	27 DIAS	7/04/2026	9/04/2026	5/05/2026	17/04/2026
2	PRORROGA	22 DIAS	5/05/2026	6/05/2026	27/05/2026	14/05/2026
3	PRORROGA	18 DIAS	25/05/2026	28/05/2026	15/06/2026	3/06/2026

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

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	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
1	25/05/2026	FEB - 16865	SERVICIOS	$ 62.311.700,00	CONTRATO INICIAL	N/A	$ 266.688.300			
TOTAL EJECUTADO				$ 62.311.700,00		N/A				

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 140.000.000	VALOR PAGADO:	$0,00
VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO:	$ 189.000.000	SALDO POR PAGAR :	$62.311.700,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	$ 329.000.000	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 Y/S UBICACIÓN
1	Reportar resultados en formatos definidos y según los tiempos de oportunidad definidos para el procesamiento y lectura de Especimenes generales: Menor a 8 dias Hábiles, Estudios priorizados: Menor a 6 dias hábiles, Estudios Complejos: Menor a 11 dias hábiles	SI	SIN DIFICULTADES A LA FECHA	ACTAS DE SEGUIMIENTO DE CADA UNA DE LAS REUNIONES
2	Cumplir con los tiempos de recolección de muestras diario y en las unidades definidas por la subred Sur: Hospital Meissen y Hospital tunal	SI	SIN DIFICULTADES A LA FECHA	Remisión de las muestras enviadas / AZ ubicado en el servicio de Patologia
3	Ejercer la custodia y archivo de los bloques y laminas en un archivo histórico y activo, haciendo entrega de estos a la institución cuando sean requeridos, de acuerdo a los tiempos establecidos por la Sociedad Colombiana de Patología.	SI	SIN DIFICULTADES A LA FECHA	Resultados entregados por Colcan en las fechas establecidas / Pagina Web de Colcan
4	Cumplir con los estandares necesarios de Calidad y Habilitacion senalados por la ley para la prestacion de servicio como laboratorio de patologia.	SI	SIN DIFICULTADES A LA FECHA	Sin novedad en la entrega por el proveedor
5	Transportar en un embalaje/envasado diseñado para evitar cualquier fuga y en el que figure la indicación "Exempt human specimen" (Muestra humana exenta). El embalaje/envasado deberá cumplir las condiciones de triple embalaje. El transporte de muestras debe garantizar neveras de transporte de material resistente y que garanticen procesos de limpieza y desinfección de acuerdo a la Resolución 3100/2019,	SI	SIN DIFICULTADES A LA FECHA	Se solicita al proveedor enviar envases de mayor capacidad para los miembros inferiores
6	Garantizar permanentemente los medios y/o canales de comunicación, para realizar el pedido mensual de los insumos necesarios para el embalaje de muestras de patologias	SI	SIN DIFICULTADES A LA FECHA	
7	Coordinar la entrega de los recipientes de transporte (frascos roscados de diferentes capacidades (entre 60 ml y 1000 ml) los cuales deberán permanecer en perfectas condiciones durante su uso.	SI	SIN DIFICULTADES A LA FECHA	
8	Enviar el listado de los vehículos detallando marca, modelo, tipo de transporte, y placa que tendrán la disponibilidad de realizar la recolección de muestras de lunes a sábado en las unidades de Tunal y Meissen.	SI	SIN DIFICULTADES A LA FECHA	
9	Remitir copia de los resultados vía email al correo indicado por el supervisor de contrato, de lo contrario generar acceso a la página de resultados, garantizando la confidencialidad de los resultados.	SI	SIN DIFICULTADES A LA FECHA	Certificaco de Habilitación del Servicio de Patologia / Contratación
10	Brindar asesoria técnica detallada concerniente a la toma y envio de una muestra especial y su interpretación clínica en los casos que requiera aclaración.	SI	SIN DIFICULTADES A LA FECHA	Factura emitida por Unidad Diacon el listado anexo y los soportes enviados de cada paciente / Cuentas por Pagar Subreds Sur
11	Atender oportunamente en un tiempo no superior a tres días calendario los requerimientos de la Subred Sur, con relación al producto no conforme y presentar por escrito la respuesta al supervisor.	SI	SIN DIFICULTADES A LA FECHA	Resultados emitidos por UD enviados a correo electronicos / Pagina Web
12	Apoyar la respuesta producto de las quejas y/o PQRS que se requieran durante la ejecución del contrato.	SI	SIN DIFICULTADES A LA FECHA	A la fecha no se han presentados productos No conforme / Ninguna solicitud
13	Presentar la factura con el listado soporte de la relación de muestras recibidas en un Excel que contenga nombre completo, identificación de paciente, fecha de ingreso, fecha de reporte de resultado. Esta factura debe ser presentada antes del dia 10 de cada mes.	SI	SIN DIFICULTADES A LA FECHA	Bloquees de parafina y laminas de H-E / Archivo
14	Atender de manera oportuna los demás requerimientos realizados por el Supervisor del Contrato.	SI	SIN DIFICULTADES A LA FECHA	A la fecha no se han presentados productos No conforme / Ninguna solicitud
15	Asumir la glosa del 10% que se genere por el incumplimiento en la oportunidad de la entrega de resultados de los exámenes de patología, para aquellos casos que no cumplan el estándar, previa revisión entre el contratista y la supervisión del contrato, excepto para aquellos casos cuya complejidad sea soportada en el diagnóstico y validada por el patólogo	SI	SIN DIFICULTADES A LA FECHA	
OBSERVACIONES:			PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	18,94%

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