	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:	JULIO 2026	INFORME PARCIAL:	X	INFORME FINAL :		

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO :	4790-2026	CONTRATISTA:	INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA, BIOTECNOLOGIA E INNOVACIÓN EN SALUD - IDCBIS	CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT:	901034790-5
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:	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS (GLÓBULOS ROJOS IRRADIADOS, GLÓBULOS ROJOS POBRES DE LEUCOCITOS, PLASMA FRESCO CONGELADO, PLAQUETAS POBRES DE LEUCOCITOS E IRRADIADAS Y CRIOPRECIPITADOS, SERVICIO DE FILTRACIÓN DE COMPONENTES, Y REALIZACIÓN DEPRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGÍA ESPECIAL)				
DATOS DEL CONTRATISTA:	REPRESENTANTE LEGAL:	GUSTAVO ANDRES SALGUERO LOPEZ	CÉDULA DE CIUDADANÍA:	79628742	
	ASESOR COMERCIAL:	ALICIA TELLEZ ABRIL	TELÉFONO:	3023562258	
	DIRECCIÓN:	CARRERA 32 No. 12-81	CELULAR:	3649612	
	E-MAIL:	idcbis@idcbis.org.co	PÁGINA WEB:	magutierrez@idcbis.org.co	
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 PONTE	CÉDULA DE CIUDADANÍA:	52489647	
	CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR:	Director de Servicios Complementarios	ÁREA O DEPENDENCIA:	Servicios Complementarios	
	DIRECCIÓN:	Carrera 20 # 47B – 35 SUR	TELÉFONO FIJO:	7300000	
	CORREO ELECTRÓNICO:	DIR.COMPLEMENTARIOS@SUBREDSUR.GOV.CO	CELULAR:	3124564283	
	NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION	PATRICIA ASTRID PEREZ URRREGO	CÉDULA DE CIUDADANÍA:	52005508	
	CARGO/PERFIL	REFERENTE DE LABORATORIO CLINICO	ÁREA O DEPENDENCIA:	Laboratorio Clínico	
	CORREO ELECTRÓNICO:	laboratorio.coor@subredsur.gov.co	CELULAR:	3133561255	

FECHA ACTA DE INICIO:	22 de junio de 2026	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	31 de julio de 2026	PLAZO INICIAL:	40 DIAS
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 360.000.000	VALOR INICIAL EN LETRAS:	TRESCIENTOS SESENTA MILLONES DE PESOS MCTE		
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO:	ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		CÓDIGO DEL RUBRO:	424502060201	
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: (Si aplica para dos rubros)			CÓDIGO DEL RUBRO:		
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:	1093		FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	22/05/2026	
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°:	28874		FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL:	16/06/2026	

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	366.000.000	31/07/2026	1565	28/07/2026	35029	31/07/2026	4245020903	12/08/2026

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	2 MESES	31/07/2026	1/08/2026	30/09/2026	12/08/2026

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	14/07/2026	8195	SERVICIO	$ 21.858.500	CONTRATO INICIAL		$ 338.141.500			
2	16/07/2026	8228	SERVICIO	$ 335.000	CONTRATO INICIAL		$ 703.806.500			
TOTAL EJECUTADO				22.193.500		$ 703.806.500		$0,00		

6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL DEL	$ 360.000.000,00	VALOR PAGADO:	$0,00
VALOR DE ADICIONES DEL	366.000.000,00	SALDO POR PAGAR :	$22.193.500,00
VALOR TOTAL DEL	$ 726.000.000,00	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	Realizar la entrega de los hemocomponentes y la prestación de los servicios de banco de sangre objeto del contrato, de conformidad con las solicitudes efectuadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., garantizando oportunidad, suficiencia, calidad y cumplimiento de las cantidades requeridas.	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR

2	Entregar los hemocomponentes en cada una de las sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. donde se encuentre habilitado el servicio pretransfusional, asegurando que cada unidad cuente, como mínimo, con la siguiente información: nombre del banco de sangre, tipo de hemocomponente, sello de calidad, número de unidad, fecha de extracción, fecha de vencimiento, fenotipo Rh, volumen aproximado, temperatura de almacenamiento cuando aplique, hemoclasificación, y demás requisitos exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o requeridos por el servicio transfusional, incluyendo los relacionados con flebotomía terapéutica y aféresis.	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR
3	Prestar el servicio de irradiación de componentes sanguíneos estándar o componentes obtenidos por aféresis, debidamente procesados y sometidos a las pruebas legalmente establecidas, de conformidad con el Decreto 1571 de 1993, la Resolución 0901 de 1996, el Decreto 2493 de 2004, la Resolución 5108 de 2005 y demás normas vigentes, concordantes o complementarias aplicables.	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR
4	Mantener sistemas de comunicación disponibles durante las veinticuatro (24) horas del día, que permitan una atención ágil, permanente y efectiva de las solicitudes realizadas por la Subred.	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR
5	Garantizar disponibilidad de transporte durante las veinticuatro (24) horas del dia para la atención de pedidos urgentes, emergentes o prioritarios.	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR
6	Contar con disponibilidad permanente de hemocomponentes en las cantidades y especificaciones técnicas requeridas por la Subred durante las veinticuatro (24) horas del día.	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR
7	Garantizar que, para el suministro de glóbulos rojos, las unidades entregadas cuenten con una fecha mínima de quince (15) dias calendario antes de su vencimiento, salvo aceptación expresa y justificada por parte del servicio solicitante o del supervisor del contrato, conforme a la necesidad clínica.	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR
8	Aportar con cada despacho los respectivos soportes de entrega, remisión, trazabilidad y demás documentos técnicos requeridos, los cuales deberan ser igualmente allegados como soporte de la facturación mensual.	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR
9	Aceptar y gestionar las devoluciones de hemocomponentes cuando se evidencien condiciones de mala calidad, incumplimiento de especificaciones técnicas, alteración en la cadena de frio, inconsistencias documentales o cualquier otra situación atribuible al contratista que impida su uso seguro.	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR
10	Entregar los pedidos solicitados como emergencia en un tiempo no superior a una (1) hora y treinta (30) minutos, contados a partir de la solicitud efectuada por la Subred.	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR
11	Entregar los pedidos rutinarios en los horarios, días y condiciones establecidas por el supervisor del contrato y por cada uno de los servicios pretransfusionales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR
12	Cumplir con el cronograma de actualizacion, entrenamiento y capacitacion en tecnologia, manejo, uso seguro y procesos inherentes a la utilización de componentes sanguineos, como apoyo a los servicios de pretransfusión y transfusión de la Subred Sur, con el fin de disminuir riesgos, prevenir eventos adversos y fortalecer las competencias del personal asistencial.	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR
13	Garantizar que los hemocomponentes entregados cuenten con los sellos de calidad correspondientes, fechas de vencimiento vigentes, control y trazabilidad de la cadena de frio, registro térmico al momento de la entrega, condiciones adecuadas de embalaje, transporte y limpieza de las neveras o contenedores utilizados	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR
14	Realizar conciliaciones mensuales con el supervisor del contrato respecto de los hemocomponentes suministrados, servicios prestados, soportes de entrega y facturación generada durante el respectivo periodo.	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR	NO HA PRESENTADO FACTURA Y SOPORTE PARA EVALUAR
OBSERVACIONES:			PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	3,06%

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:	