**No.GS-2021- 149349- DEVAL ESPRI TULUA 29.25**

Tuluá Valle 16 de noviembre de 2021

Coronel **HECTOR ALEJANDRO SANCHEZ TORRES**
Jefe Regional Aseguramiento en Salud N°4
Santiago de Cali - Valle

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato N° 66-7-20079-2021

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO_X_ O FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **01/09/2021** | **Hasta** | **30/09/2021** |

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014"*, y la *"Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

**INFORMACIÓN GENERAL:**

Mediante acta N. 303 ESPRI TULUA del 07/07/2021, la señora coronel MAGALY BEATRIZ VERGEL PASTOR, obrando en calidad de Jefe Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca, nombró supervisor(a) del contrato al señor Subintendente JULIO DIAZ SANCHEZ

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL.

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: ___03___**

1. Informe de supervisión No 1, del mes de julio del 15/07/2021 al 30/07/2021, presentado mediante comunicación oficial GS-2021- 159341 -DEVAL ESPRI TULUA del 16/11/2021.
2. Informe de supervisión No 2, del mes de agosto del 01/08/2021 al 30/08/2021, presentado mediante comunicación oficial GS-2021- 159346 -DEVAL ESPRI TULUA del 16/11/2021.

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | 66-7-20079-2021 |
| **Objeto del Contrato / instrumento de** | "La prestación de servicios de salud integral de baja, mediana y alta complejidad con IPS, ofrecidos en el portafolio de servicios para la atención de |

| | |
|---|---|
| **agregación de la orden de compra** | los usuarios del Subsistema de salud de la Policía Nacional residentes en el municipio de Tuluá y su área de influencia de La Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca que hace parte de la regional de aseguramiento en salud N.4, grupo 1 Ítem 1 y 2 |
| **Contratista** | CLINICA SAN FRANCISCO S.A |
| **Representante legal** | HUGO FERNANDO FERNANDEZ LLANOS |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | Mil cuatrocientos millones de pesos ($1.400.000.000,00) |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | No aplica |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | Mil cuatrocientos millones de pesos ($1.400.000.000,00) |
| **Plazo de ejecución inicial** | Doce (12) meses |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | 15/07/2021 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | 15/07/2022 |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | No aplica |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | No aplica |
| **Adiciones** | No aplica |
| **Modificatorios** | No aplica |
| **Prorrogas** | No aplica |
| **Otros** | No aplica |

## 1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

### 1.1 Acciones adelantadas:

- Cumplimiento de objeto contractual por parte del contratista

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Teniendo en cuenta las obligaciones contenidas en el contrato No. 66-7-20079/2021 si cumplió con el anexo 3 | SI | N/A |

| | | |
|---|---|---|
| cláusula número 10. | | |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| **DE CARÁCTER TÉCNICO:** | | |
| El contratista cumple con las especificaciones técnicas de los servicios contenidos en el Anexo 2 del contrato contrato No. 66-7-20079/2021 | SI | N/A |

**2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA**

Durante el desarrollo del presente contrato no se han presentado situaciones anormales o de relevancia que afecten la ejecución del contrato.

**3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:**

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido setenta y cinco (75) días, desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando doscientos ochenta y cinco (285) días para que finalice el plazo de ejecución

**4.TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:**

El pago se realizará en moneda legal colombiana, para lo cual se requiere que a la empresa contratada facture y radique sin dilación los primeros 05 días hábiles de cada mes, en la Ventanilla única de la Central de Cuentas, previa expedición del recibo a satisfacción Técnico (RAS) expedido por el Supervisor del Contrato, cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional. Se realizarán pagos una vez se presente la respectiva factura con los respectivos anexos (certificación de pago de aportes de seguridad social y parafiscales, certificación del revisor fiscal de pago de aportes de seguridad social y parafiscales, -copia planilla pago seguridad social, certificación del supervisor del contrato) de los servicios prestados por la empresa contratada

La Regional de Aseguramiento en Salud N°4 cancelará al (los) contratista(s) que se le adjudique el presente proceso de contratación en forma parcial los pagos del monto facturado y conciliado entre las partes a través de un proceso de auditoría de cuentas dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la radicación de la factura de prestación del servicio

No obstante, la aprobación de los cupos de PAC no será impedimento para la ejecución del objeto contractual; el oferente debe manifestar mediante documentos escrito y firmado por el representante legal que se acoge a la forma de pago establecida en la presente convocatoria

En el evento de que la facturación la efectúe un consorcio o unión temporal bajo su propio NIT, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del Decreto 3050 de 1997, la factura, además de señalar el porcentaje o el valor del ingreso que corresponda a cada uno d ellos miembros del consorcio o unión temporal, indicará el nombre o la razón social y NIT de cada uno de ellos, estas facturas deben cumplir con los requisitos señalados en las disposiciones legales y reglamentarias

NOTA: Las facturas que se radiquen por fuera del término anteriormente señalado se entenderán como radicadas en el mes siguiente. Para mayor información al respecto, se podrá comunicar a la línea telefónica No. 6605795, Oficina Central de Cuentas.

PROCEDIMIENTO TECNICO -ADMINISTRATIVO PARA LA EMISIÓN DEL RAS EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4.

Una vez radicada la factura por parte del contratista, el Coordinador de la Ventanilla única – central de cuentas de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4, deberá remitir la cuenta al Supervisor del Contrato, quien dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su recepción deberá revisar los documentos y soportes para expedir el recibo a satisfacción Técnico -económico y devolverla junto con los soportes a la central de cuentas, para continuar con el trámite correspondiente

Si los documentos en referencia son devueltos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado.

Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.

AUDITORIA DE CUENTAS: Los responsables de la Ventanilla Única de Central de Cuentas de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4, tramitara a la auditora de cuentas del proceso financiero la cuenta acompañada del recibo a satisfacción técnico-económico para realizar la auditoria, la cual será devuelta dentro de los seis (6) días hábiles siguientes a la recepción de la cuenta y será devuelta junto con los soportes a ala Central de Cuentas, para continuar con el trámite de pago respectivo

TRÁMITE DE GLOSAS: En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. En su Artículo 57 “tramite de glosas”, cuyo texto es el siguiente

ARTÍCULO 57. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente.

Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.

FACTURACIÓN – RADICACIÓN DE CUENTAS

La radicación de la facturación (Impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación, la cual como mínimo debe cumplir con:

- Relación general de pacientes atendidos, detallando el certificado de atención del paciente por cada uno de ellos discriminada en nombre completo, documento de identificación del paciente, fecha de atención al paciente, valor de la factura y firmada por el usuario o acudiente.
- Requisitos establecidos por la DIAN.
- Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y demás normas que las aclaren o modifiquen.
- La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.
- Presentar original de la autorización del servicio.
- Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000, Resolución 951 de 2002 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.
- Si el Contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente.
- La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios.
- La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.
- EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

En todo caso debe cumplir con los siguientes requisitos específicos:

1. Factura en original (electrónica o impresa) o documento equivalente. Según estatuto, que cumpla con los requerimientos de ley, a nombre de la Policía Nacional – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4.

2. Discriminado de la factura.

3. Anexar a la factura certificado de cumplimiento de aportes parafiscales, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas), documento del representante legal, certificación bancaria y relación de la información del medio magnético.

4. Orden de prestación de los servicios expedida y autorizada por el Grupo Regional Redes Integrales de Salud de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4, debidamente firmada por el usuario o acudiente.

5. Los servicios cobrados deben ser relacionados en los RIPS con la tarifa y el respectivo Código CUPS por cada procedimiento o servicio prestado y de conformidad al objeto del contrato.

6. Soportes de los servicios facturados los cuales deben tener completamente diligenciado el certificado de atención del usuario con la firma del mismo, uno por toda la atención que corresponda con el documento de identificación del usuario o en su defecto la del acudiente.

7. Resumen de la Historia Clínica y/o epicrisis, para procedimientos quirúrgicos y eventos de hospitalización con sus respectivos soportes.

8. En los eventos de urgencias, aportar el registro de atención de URGENCIAS con sus respectivos soportes
9. Historias clínicas.
10. Autorizaciones.
11. Documento de identificación.

Deben venir en CD debidamente marcado y en unidad de conservación plástica en polipropileno y otro polímero químicamente estable. El archivo de medios magnéticos como CD debe cumplir con las características descritas en el Acuerdo 049 del 5 de mayo de 2000 del Archivo General de la Nación.

CAUSALES DE NO PAGO:

Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4.

Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente.

Toda urgencia que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorizaciones de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 MINPROTECCIÓN de 2007 y Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008

Prestaciones en los servicios de urgencia más allá del servicio de clasificación de triage y de consulta médica, cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia para ser consideradas como una urgencia

Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los tramites de inminente para la vida del paciente

La atención del evento adverso entendido como “el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño en el paciente, será asumido por el prestador, una vez agotado el debido proceso (comité de seguridad del paciente extra institucional, Protocolo de Londres)

Servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del Comité Técnico Científico CTC de la DISAN – Dirección de Sanidad y aprobado por esa instancia del nivel central.

Bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del Comité Técnico Científico CTC DISAN – Dirección de Sanidad (El concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago)

Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MIN PROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen

El CONTRATISTA informa mediante formato de información de terceros y certificación bancaria, que es titular de la cuenta CORRIENTE No. 037-51390-0 del BANCO DE OCCIDENTE en la cual se procederá a realizar las consignaciones correspondientes al pago del presente contrato.

Si el Contratista una vez iniciada la ejecución del presente contrato, requiere cambiar la información de la cuenta, éste debe presentar al Ordenador del Gasto solicitud por escrito acompañada de la nueva certificación bancaria y el formato de información a terceros. En cumplimiento a lo anterior, solo el Ordenador del Gasto autoriza el cambio de la cuenta bancaria, en la Jefatura de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4

En el caso que el contratista haya cambiado de representante legal, además de la documentación anterior, se debe anexar certificado de representación legal expedido por la autoridad correspondiente, donde esté estipulada la nueva representación, así como la fotocopia de la cédula de ciudadanía de éste.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

**NOMBRE BENEFICIARIO**: CLINICA SAN FRANCISCO S.A

**BANCO:** BANCO DE OCCIDENTE

**TIPO DE CUENTA:** CORRIENTE

**NUMERO DE CUENTA:** 037-51390-0

**4.1 Ejecución Financiera y Pagos:**

| **a. Balance general de pagos y entregas** | | |
|---|---|---|
| | **Valor en pesos** | **% del valor del contrato u orden de compra** |
| Valor total del contrato u orden de compra | $1.400.000.000,00 | 100% |
| Valor total de las entregas | $0,00 | 0% |
| Valor total facturado | $0,00 | 0% |
| Valor facturado pendiente de pago | $0,00 | 0% |
| Valor pagado | $0,00 | 0% |
| Valor pendiente de entrega | $1.400.000.000,00 | 100% |

| b. | Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. de acta o constancia de recibido** | **Valor recibido** | **Fecha de recibido** | **Valor facturado** | **No. factura** | **Valor pagado** | **Valor deducciones** | **No. orden de pago** |
| | | | | | | | |

**4.2 Entrada de Bienes *(verificar que los bienes hayan ingresado a los estados contables, si aplica)***

**5.RECOMENDACIONES**

En la ejecución del contrato, la contratista cumplió satisfactoriamente con las condiciones técnicas, económicas y jurídicas pactadas en el contrato, así mismo, no se presentaron situaciones de relevancia que afectaran el cumplimiento del objeto contratado, es de resaltar su capacidad resolutiva frente a la prestación del servicio.

**6.CONCLUSIONES**

| | | |
|---|---|---|
| El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales | **SI _X_** | Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros). |
| | **NO___** | En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas. |

Atentamente,



Firma_____
Grado y Nombres: SI. Julio Díaz Sánchez
Cargo: Jefe ESPRI TULUA
Supervisor Contrato No. 100-7-20506/2020
Correo electrónico: julio.diaz2462@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3113452249