Página 1 de 7 Código: 2BS-FR-0019	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	

No GS-2022 000663

Bucaramanga 18 de Enero de 2022

Teniente Coronel
CARLOS ALIRIO FUENTES DURAN
Jefe Regional De Aseguramiento en Salud Santander N°5
Bucaramanga

ASUNTO: Informe de Noviembre del contrato No.**0 68-7-20181-21**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO_X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/11/2021**	**Hasta**	**30/11/2021**

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 comunicación oficial No.S-2021 -163906- RASES- GRUCO-17-.5 del 14/10/2021, el señor(a)Teniente Coronel CARLOS ALIRIO FUENTES DURAN , obrando en calidad de Jefe Regional de aseguramiento en salud N°5 . asigno como supervisor del contrato No. 0 68-7-20181-21 suscrito con PAINFREE S.A.S al Jefe del Grupo De Seguimiento Y Soporte De Técnico De Servicios De Alto Impacto.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** _MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:001**

1	Mes de Octubre de 2021 fecha: 14/10/2021 al 31/10/2021 Nro Informe: 001 Presentado bajo comunicado oficial 000471 REGI5

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**0 68-7-20181-21**
Objeto del Contrato / Instrumento de	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA DEL DOLOR, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DERIVADOS DE LA ESPECIALIDAD, PARA USUARIOS UY BENEFICIARIOS

agregación de la orden de compra	DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO 5, SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LO QUE NO SE ENCUENTRE EN EL ACUERDO 002 DEL 27 ABRIL DE 2001 Y QUE SEA APROBADO POR COMITÉ TECNICO CIENTIFICO.
Contratista	PAINFREE S.A.S
Representante legal	**LUZ HELENA CACERES JEREZ**
Valor inicial del contrato u orden de compra	$50.0000.000 **VIGENCIA 2021: $40.000.000** **VIGENCIA 2022: $ 10.000.000**
Valor adiciones del contrato u orden de compra	
Valor total del contrato u orden de compra	$50.0000.000
Plazo de ejecución inicial	6 meses y 14 dias
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	**14/10/2021**
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	**30/04/2022**
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	
Adiciones	
Modificatorios	
Prorrogas	
Otros	

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

1.1 Acciones adelantadas:

La supervisión deberá realizar un resumen cronológico de las actuaciones adelantadas en ejercicio de las funciones, debiendo plasmar datos de relevancia, como por ejemplo fechas, números de oficios, números de actas, mensajes de correo electrónico, documentos que den cuenta de las actuaciones adelantadas entre otras.

OBSERVACION: Mediante correo electrónico Ferney.barbosa1011@correo.policia.gov.co "supervisor del contrato" con fecha 19/11/2021 se solicita a la entidad realizar el cargue de rips en el modulo de radicación de cuentas.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social integral y parafiscales (Cajas de compensación familiar, Sena e ICBF)	SI	Mes a mes se evidencia en la presentación de facturas el pago de parafiscales ya que es un requisito para la radicación de las facturas y proceder con su pago.
Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados	SI	No se evidencia queja alguna por parte de los usuarios sobre el portafolio de servicios que prestan.
se requiere que el servicio se preste en la ciudad de Bucaramanga con criterios de oportunidad	SI	las instalaciones de la entidad prestadora de servicios están ubicadas en el área metropolitana de la ciudad de Bucaramanga y hasta el momento no se ha evidenciado solicitud de parte de algún usuario que requiera viajar fuera del área metropolitana de Bucaramanga para dar continuidad a procedimientos relacionados con la Institución Prestadora del Servicio de Salud
presentar facturación los diez (10) primeros días de cada mes en la ventanilla de la central de cuentas de la Regional de aseguramiento	SI	se evidencian informes mes a mes de la ejecución del contrato a fin de dar a conocer la disponibilidad presupuestal
Prestar los servicios previa autorización escrita de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia del Grupo de Redes Integradas en Servicios de Salud Santander en la ciudad de Bucaramanga, anexando copia de carné del usuario del servicio por ambas caras o constancia vigente y copia de documento de identidad del usuario (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil)	SI	Evidencia correos solicitados

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MINIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO		
El servicio objeto del presente contrato será ejecutado de acuerdo a las especificaciones técnicas y procedimientos contenidos en el acuerdo 002 del 27 de abril del 2001 CSSMP	Si	El supervisor del contrato al momento de revisar las facturas radicadas con su respectivos documentos como son autonzación,copia de la Historia Clinica y demás con el fin de generar el recibido a satisfacción (RAS) que certifica que la entidad cumple con las especificaciones técnicas minimas al evidenciar que los servicios prestados se encuentran inmersos en el acuerdo 002.

2.1.NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Se expide de conformidad con lo estipulado en el contrato en mencion y se recibe a satisfaccion los servicios dentro del plazo de ejecucion y vigencia. en cuanto a la revision tecnica y medica de las facturas (que incluya glosas, tarifas pactadas y demas observaciones medicas y administrativas).

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (44) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (150) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5 efectuará el pago del valor del contrato en los términos establecidos por la ley siempre y cuando EL CONTRATISTA presente los documentos requeridos por REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5 para efectuar el pago. Estos documentos soportes de la facturación, deberán estar acompañados del recibo a satisfacción de la prestación del servicio expedido por el SUPERVISOR DEL CONTRATO, previo cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes y conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional, y de acuerdo al derecho de turno señalado en el artículo 19 de la ley 1150 de 2007. En ningún momento la aprobación de cupos de PAC será impedimento para la ejecución del contrato.

Todos los pagos a que se compromete REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5 serán cancelados dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a aquel en que haya sido presentada la respectiva factura y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Dirección de Sanidad.

PARAGRAFO PRIMERO: Documentos que se deben presentar para el pago de los SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS ASI:

Enviar la facturación los diez (10) primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio a la Ventanilla Única de Central de Cuentas de REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5, ubicada en la Avenida 61 No. 10-200 Ciudadela Real de Minas de la Ciudad de Bucaramanga, con los siguientes soportes:

- Factura comercial en original y copia, donde se estipule cada servicio prestado con su respectivo codigo (CUPS), individual por cada paciente.
- Recibo a satisfacción de la prestación de servicio expedido por el SUPERVISOR DEL CONTRATO.
- Original de la boleta de autorización (orden de servicio externo) expedida por los funcionarios de la Oficina de Referencia y Contra referencia adicionando los siguientes documentos: a) RIPS en medio magnético correspondientes a la facturación presentada. b) Fotocopia de los resultados de exámenes paraclínicos y demás ayudas diagnósticas, incluidas las lecturas correspondientes. c) Facturas con soportes: orden de servicio externo, con la firma del usuario del servicio recibido a satisfacción, anexando copia de documentos de identidad del usuario (carné en copia por ambas caras o constancia vigente, cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil). d) Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes establecidos por la DIAN.
- Facturar los servicios médicos, diagnósticos y terapéuticos según la tarifa presentada por la entidad en la oferta económica presentada.
- Los servicios de ALTO COSTO deben ser facturados de manera individual y separados de los demás servicios incluidos en el Plan de Beneficios, identificando la factura con el servicio prestado según corresponda. Dicha factura deberá traer los respectivos soportes establecidos en la presente cláusula, incluida la lectura de las ayudas diagnósticas.
- Anexar los documentos soportes de acuerdo al anexo No. 5 de la Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 del 2008 y demás soportes que requiera REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5 para realizar la auditoria respectiva.
- En lo referente a los RIPS, el CONTRATISTA debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen. Los RIPS deberán ser presentados en medio magnetico mensualmente y deben corresponder a la facturación que se está radicando.

- **Allegar con la correspondiente factura, el recibo de pago de aportes parafiscales y de seguridad social actualizado según corresponda de acuerdo a la ley 1607 de 2012, donde se especifique el mes de pago del mismo, de igual manera anexar en los casos que apliquen la planilla pila.**
- **Fotocopia de la hoja del contrato en donde se encuentra el registro presupuestal.**
- Las cuentas que sean radicadas deben corresponder a la facturación de los servicios que fueron prestados en el mes inmediatamente anterior a la fecha en que se entrega la facturación.

CAUSALES DE NO PAGO

a) Todo servicio prestado que no cuente con el formato de autorización por parte de la Oficina de Referencia y Contra referencia

b) Atencion mas alla de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificacion previstos en el **Decreto 4747/2007.**

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

d) LOS SERVICIOS QUE NO CUENTEN CON EL DEBIDO RESPALDO DE AUTORIZACIÓN O NOTIFICACIÓN EMITIDA POR LA OFICINA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 5

e) Para las actividades programadas como consulta externa, la autorización debe ser expedida con fecha anterior o igual a la fecha de prestación del servicio. Serán objeto de glosa los servicios prestados con autorizaciones posteriores a la fecha de prestación del servicio.

f) La atención del evento adverso prevenible o evitable, entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente" **corre por cuenta del prestador, no será cancelado por el SSPN según lineamientos y guía de seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. El evento adverso deberá ser notificado, gestionado e informado.**

g) Todo bien o servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del Comité Técnico Científico CTC DISAN y aprobado por esa instancia del Nivel Central. Nota: Se aclara que la Dirección de Sanidad continua implementando el procedimiento descrito en las obligaciones del contrato para aquellos servicios, procedimientos e insumos no contemplados en el Acuerdo 002 de abril del 2001 del CSSMP y Acuerdo 052 del 2013 del SSMP y específicamente para las solicitudes por Comité Técnico Científico CTC.

h) Todo 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.

i) Las contempladas en la Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 **MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.**

OBJECIONES Y GLOSAS.

DECRETO 4747/2007 Artículo 23. Trámite de glosas. Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y Ley 1438 de 2011. La entidad deberá dar respuesta a las glosas notificadas por REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5 dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar justificadamente, que la glosa no tiene lugar. En caso de no dar respuesta se entenderá como aceptada y se procederá a realizar su respectivo trámite. El valor de la factura que no fue objetado, continuará con el trámite de pago establecido en la presente cláusula Forma de Pago.

La respuesta de glosa deberá ser presentada de forma integral según la totalidad de las glosas presentadas por cada radicado. Aquellas glosas que no sean respondidas de acuerdo a esto o según los terminos establecidos en la normatividad, **se darán como automáticamente aceptadas por la IPS.**

Los pagos se harán a la cuenta registrada y avalada según certificación bancaria presentada por la entidad: PAINFREE S.A.S
Los pagos se harán a la siguiente cuenta:
BANCO: BANCO CAJA SOCIAL
TIPO DE CUENTA: AHORRO PYMES
NUMERO DE CUENTA:24087502491
OFICINA: Principal

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	$50.000.000	100%
Valor total de las entregas	$32.710.000	65.4%
Valor total facturado	$32.710.000	65.4%
Valor facturado pendiente de pago	0	0
Valor pagado	$32.710.000	65.4%
Valor pendientes de entrega	$17.290.000	34.5%

a. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra **únicamente del periodo que está informando**)

N° constancia o acta del recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
01 DEL 2021	$11.970.000	OCTUBRE	$11.970.000	Se anexa factura	$ 11.970.000	$1 316.700	324758221
02 DEL 2021	$ 20 740.000	NOVIEMBRE	$ 20 740.000	Se anexa factura	$ 20 740.000	$ 2 281 400	359395721

RELACION FACTURAS #1

N°	N° FACTURA	FECHA	VALOR	NOTA CREDITO	VALOR NETO
1	FE-1623	30/10/2021	$1.200.000		$1.200.000
2	FE-1624	30/10/2021	$1.200.000		$1.200.000
3	FE-1625	30/10/2021	$5.670.000		$5.670.000
4	FE-1626	30/10/2021	$1.200.000		$1.200.000
5	FE-1627	30/10/2021	$1.200.000		$1.200.000
6	FE-1628	30/10/2021	$100.000		$100.000
7	FE-1629	30/10/2021	$ 1.400.000		$ 1.400.000
VALOR TOTAL DE BIENES Y/O SERVICIO RECIBIDOS			**$ 11.970.000**		**$ 11.970.000**

RELACION FACTURAS # 2					
N°	**N° FACTURA**	**FECHA**	**VALOR**	**NOTA DEBITO**	**VALOR TOTAL**
1	FE-1767	30/11/2021	$ 1.200.000		$ 1.200.000
2	FE-1768	30/11/2021	$ 100.000		$ 100.000
3	FE-1769	30/11/2021	$ 100.000		$ 100.000
4	FE-1770	30/11/2021	$ 5.670.000		$ 5.670.000
5	FE-1771	30/11/2021	$ 1.200.000		$ 1.200.000
6	FE-1772	30/11/2021	$ 100.000		$ 100.000
7	FE-1773	30/11/2021	$ 4.470.000		$ 4.470.000
8	FE-1774	30/11/2021	$ 1.200.000		$ 1.200.000
9	FE-1775	30/11/2021	$ 2.100.000		$ 2.100.000
10	FE-1776	30/11/2021	$ 1.200.000		$ 1.200.000
11	FE-1777	30/11/2021	$ 1.200.000		$ 1.200.000
12	FE-1778	30/11/2021	$ 100.000		$ 100.000
13	FE-1779	30/11/2021	$ 2.100.000		$ 2.100.000
VALOR TOTAL DE BIENES Y/O SERVICIOS RECIBIDOS			**$ 20.740.000**		**$ 20.740.000**

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

5. RECOMENDACIONES

Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas.

6. CONCLUSIONES

En conjunto con la oficina de referencia y contrareferencia se verifican las autorizaciones que esten pendientes con el fin realizar un trabajo articulado con redes integrales autorizando de forma oportuna todos los servicios con el fin de dar ejecución al presupuesto planeado desde un principio.

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_____

CAPITAN. FERNEY ANDRES BARBOSA MORALES
Cargo Jefe Grupo Regional de Soporte Técnico y Seguimiento Servicios de Alto Impacto
Supervisor Contrato u orden de Compra **No. 0 68-7-20181-21**