No. 01 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1

GS-2023 _____ REGI 1

Bogotá D.C., 06 de mayo de 2023

Teniente coronel ANA MILENA MAZA SAMPER
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Bogotá
Bogotá D.C.

ASUNTO: Informe de supervisión del contrato No. 81-5-20053-23

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**11/04/2023**	**Hasta**	**30/04/2023**

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 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. GS-2023-004456 MEBOG 11/04/2023 el capitán YERSON FALCAO VIVEROS MUÑOZ, obrando en calidad de Jefe Grupo Contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud No 1, notifico como supervisor del contrato a la señora capitán MARTHA ACEVEDO GOMEZ como jefe ESPRI BG. EDGAR YESID DUARTE VALERO.
- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** Mensual
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:00**

Contrato No.	**81-5-20053-23**
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA, CONSULTA DE LUZ, TRATAMIENTO DE FOTOTERAPIA Y MANEJO DE LEISHMANIASIS CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 1.
Contratista	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DERMATOLOGICO "FEDERICO LLERAS ACOSTA"

Valor inicial del contrato	$ 14.000.000.00
Valor adiciones del contrato	$ 00
Valor total del contrato	$ 14.000.000.00
Plazo de ejecución inicial	06 MESES
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	11/04/2023
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente)	11/10/2023
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Adiciones	N/A
Modificatorios	N/A
Prorrogas	N/A
Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1. El contratista se obliga a cumplir el objeto del contrato como resultado de la adjudicación del proceso de selección entregando el ítem adjudicado con el cumplimiento del 100% de las especificaciones técnicas y garantías exigidas en el pliego de condiciones y la oferta presentada.	SI	
2. Estarna a cargo del contratista los costos de transporte, movilización, seguros, fletes, que se causen con motivo de la entrega del adjudicado. Estos costos se entenderán incorporado a al valor total dl contrato que se llegase a celebrar incluyendo los impuestos.	SI	
3. El contratista deberá obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilataciones y trabas.	SI	
4. El contratista deberá guardar confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros	SI	
5. En el caso en que durante el tiempo de ejecución del contrato surja alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, el CONTRATSTA deberá	SI	

informar por escrito a la otra parte que corresponda, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo.		
6. El CONTRATISTA se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; ; de igual forma , deberá informar cualquier cambio del número de cuenta bancaria ,con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando la certificación bancaria original, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en quienes actuando Por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún hecho , el CONTRATISTA deberá informar de tal evento a la Regional de Aseguramiento en Salud N°1. Y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	
7. EL CONTRATISTA no deberá acceder a peticiones o amenazas de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto de hecho.	SI	
8. EL CONTRATISTA deberá garantizar el cambio de los insumos que presenten cualquier defecto o mala calidad , una vez sean entregados al almacén , en un plazo máximo de ocho días calendario , siguientes al requerimiento efectuado por parte del supervisor del contrato sin costo alguno para la Regional de aseguramiento en salud N°1	SI	
9. EL CONTRATISTA deberá ofrecer garantía de reposición del elemento en el caso en que el INVIMA ordene el retiro del mercado en un periodo no superior de ocho días calendario, esta contara con las mismas características de garantia y especificaciones técnicas y del equipo original sin costo adicional para a regional de aseguramiento en salud N° 1	SI	
10. El oferente deberá garantizar el cambio de los elementos que se encuentren a dos meses de cumplir su fecha de vencimiento dentro de los ocho días calendario, siguiente al requerimiento sin costo alguno para a regional de aseguramiento en salud N° 1	SI	

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Sin novedad

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (24) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (156) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

FORMA DE PAGO

La regional de aseguramiento en salud N°1 pagara al CONTRATISTA el valor del contrato, e la ciudad de Bogotá D.C de manera mensual, dentro de los cuarenta y cinco días hábiles siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previo presentación de la factura acompañada de constancia de recibo a satisfacción Técnico – económico suscrita por el supervisor del contrato, formato de recepción de

bienes, copia del certificado de importación expedido por la DIAN (únicamente cuando los insumos son de origen extranjero) y acreditación de seguridad social en salud y pensiones y riesgos profesionales , respecto al pago de aportes relativos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales , respecto al pago de parafiscales, se aplicara lo contenido en el artículo 114-1 del estatuto tributario adicionado por el artículo 65 de la ley 1819 de 2016, documentos que debe ser tramitado por la ventanilla única – central de cuentas del edificio BG EDGAR YESID DUARTE VALERO Torre A, ubicado en la carrera 68 B bis N° 44 -58 cuarto piso , de la regional de aseguramiento en salud N° 1 donde de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la ley 1150 de 2007 " derecho a turno " se le asignara un turno de radicación en caso que el contratista presente los documentos requeridos para el pago después del día 20 del mes los pagos mensuales se realizaran dentro de los 60 días hábiles siguientes a la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del nivel central.

Los pagos previstos se acreditan a la cuenta a favor del CONTRATISTA o en otro banco o cuenta que este designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito no menos a 30 días de anticipación, acompañado de certificación bancaria original con fecha de expedición no superior a 30 días calendario para inicio de pagos o en caso de realizarse una modificación de la misma a nombre de la firma contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley.

PROCEDIMIENTO TECNICO - ADMINISTRATIVO PARA EMISION DEL RAS

Una vez radicada la factura y entregados los elementos por parte del adjudicatario (Contratista) al supervisor del contrato previa revisión de los documentos y soportes, expedirán el recibo a satisfacción Técnico – económico y posteriormente tramitan la cuenta junto con los soportes a la central de cuentas continuar con el trámite de pago respectivo.

NOMBRE BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DERMATOLOGICO "FEDERICO LLERAS ACOSTA"
BANCO: BBVA
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 00130309000100073867

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$ 14.000.000,00	-
Valor total de las entregas	$887.800.00	6.34%
Valor total facturado	$00	00%
Valor pendiente de pago	$13.112.200.00	93.66%
Valor pagado	$00	00%
Valor pendiente de entrega	$13.112.200.00	93.66%

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo

No. constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
01 del 05/05/2023	$887.800.00	Del 11/04/2023 al 30/04/2023	$887.800.00	1	$887.800.00	Pendiente	Pendiente

5. RECOMENDACIONES

El contratista cumplió con el objeto del contrato

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. ___N/A___ del _ N/A _, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Mayor **ANDERSSON EDGARDO SAENZ LADINO**
Cargo Jefe (E) ESPRI BG. EDGAR YESID DUARTE VALERO
Supervisor Contrato No. 81-5-20053-23

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 05 de mayo 2023
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra Contrato de obra Contrato de consultoría Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa Contrato de suministro Contrato interadministrativo
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	81-5-20053-23
Constancia de recibido No.	1
Contratista:	CENTRO DERMATOLÓGICO FEDERICO LLERAS
NIT del contratista:	800.247.350-6
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	Prestación del servicio de dermatología, consulta de luz, tratamiento con fototerapia y manejo de leishmaniasis con destino a los usuarios de subsistema de salud de la Policía Nacional, adscritos a la Regional de Aseguramiento en Salud No 1.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	VALOR VIGENCIA 2023 $ 14.000.000,00 VALOR TOTAL = $ 14.000.000,00 VF: $14.000.000 00
Plazo de ejecución:	FECHA DE INICIO 11/04/2023 – FECHA DE TERMINO 31/12/2023
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Avenida 1 No 13ª 61
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	MAYOR ANDERSSON EDGARDO SAENZ LADINO JEFE ESPRI (E) BG EDGAR YESID DUARTE VALERO
Fecha de entrega certificada:	Del: 01/04/2023 Al 28/04/2023

RECIBIDO

Suárez

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2023	Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
	RASES 1	16	PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS	$ 887.800	$ 887.800	0	$ 377.300
Acta de recepción de bienes	NO APLICA						

FECHA FCTURA	N°. DE FACTURA	NOMBRE DEL USIARIO	VALOR DE LA FACTURA
21/04/2023	FP0000218287	MARIN TIBATA NELSON ADOLFO	79.000
24/04/2023	FP0000218653	RIOS RIOS JUAN SEBASTIAN	67.300
25/04/2023	FP0000219029	MARTINEZ MARTINEZ RAUL ANTONIO	67.300
26/04/2023	FP0000219259	MARIN TIBATA NELSON ADOLFO	67.300
26/04/2023	FP0000219278	GARNICA GUALTERO LUZ ANGELA	79.000
26/04/2023	FP0000219285	VELANDIA GUTIERREZ YANIX	79.000
26/04/2023	FP0000219299	RIOS RIOS JUAN SEBASTIAN	67.300
28/04/2023	FP0000219715	FERNANDEZ MOSQUERA ALFREDO	79.000
28/04/2023	FP0000219724	MARIN TIBATA NELSON ADOLFO	67.300
28/04/2023	FP0000219729	HERRERA VELANDIA JOSE JAVIER	79.000
28/04/2023	FP0000219752	NIÑO GOMEZ MARIA WBALDINA	79.000
28/04/2023	FP0000219765	RIOS RIOS JUAN SEBASTIAN	67.300

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento del **ANEXO 2** obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

FIRMA DE SUPERVISOR

MAYOR ANDERSSON EDGARDO SAENZ LADINO
Jefe (E) ESPRI MADUA EDGAR YESID DUARTE VALERO

RECIBIDO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Hospital Universitario
CENTRO DERMATOLÓGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA
E.S.E.

Al contestar por favor cite este número:
Radicado No.: 20236000007171
Fecha: 2023-05-04 09:47:55

Bogotá, 04 de Mayo de 2023

MAYOR
Anderson Saenz
UPRES POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO 1
CR 68 B BIS No.44-58 Torre B Edificio Edgar Yesid Duarte Valero 3 piso
Bogota - D.C.

Asunto: RADICACIÓN FACTURACIÓN ABRIL 2023 Radicado No. 20236000007171

Apreciados señores:

Me permito allegar las facturas en asunto por Valor Neto total de $ 877.800 correspondiente a la prestación de servicios de salud conforme a las autorizaciones y soportes adjuntos, acorde a la ejecución del Contrato No 081-5-020053-23.

Las facturas relacionadas a continuación corresponden a los pacientes atendidos y facturados al corte al 30 del mes de abril de 2023.

Numero Factura	Fecha Servicio	Paciente Nombre	Valor Entidad
FP0000218287	21/04/2023	MARIN TIBATA NELSON ADOLFO	79.000
FP0000218653	24/04/2023	RIOS RIOS JUAN SEBASTIAN	67.300
FP0000219029	25/04/2023	MARTINEZ MARTINEZ RAUL ANTONIO	67.300
FP0000219259	26/04/2023	MARIN TIBATA NELSON ADOLFO	67.300
FP00002192	26/04/202	GARNICA GUALTERO LUZ	79.0

RECIBIDO
MAY 2023

Sede principal – correspondencia: Avenida 1ra No. 13A-61
Teléfono: 2428160 Ext. 101
Sede chapinero: Carrera 14A # 58A – 29
Teléfono: (601) 5556559
Sede administrativa: Avenida Caracas No. 1 Sur 85
Teléfono: (601) 3779503
Call Center: (601) 5953130
Email: correspondencia@dermatologia.gov.co
Código Postal: 111511
www.dermatologia.gov.co
Bogotá, D.C. Colombia

ACREDITACION EN SALUD

PREAD Programa de Excelencia Ambiental Distrital — Excelencia Ambiental

Documento firmado con Certificado Digital por GSE - Gestión de Seguridad Electrónica mediante el SGDA CORREO.
haga clic en sello de la esquina o abra los datos del certificado para verificar su autenticidad.

78	3	ANGELA	00
FP0000219285	26/04/2023	VELANDIA GUTIERREZ YANIX	79.000
FP0000219299	26/04/2023	RIOS RIOS JUAN SEBASTIAN	67.300
FP0000219715	28/04/2023	FERNANDEZ MOSQUERA ALFREDO	79.000
FP0000219724	28/04/2023	MARIN TIBATA NELSON ADOLFO	67.300
FP0000219729	28/04/2023	HERRERA VELANDIA JOSE JAVIER	79.000
FP0000219752	28/04/2023	NIÑO GOMEZ MARIA WBALDINA	79.000
FP0000219765	28/04/2023	RIOS RIOS JUAN SEBASTIAN	67.300
TOTAL			**877.800**

Lo anterior con el propósito de solicitar la expedición del recibo a satisfacción técnico-económico RAS y posteriormente tramitar la cuenta junto con los soportes a la Central de Cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo, conforme al procedimiento Técnico-Administrativo.

Cualquier inquietud al respecto por favor contactarse con la Subdirección Administrativa y Financiera, al correo electrónico cartera@dermatologia.gov.co

Cordialmente,

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Hospital Universitario
CENTRO DERMATOLÓGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA
E.S.E.

Al contestar por favor cite este número:
Radicado No.: 20236000007171
Fecha: 2023-05-04 09:47:55

SUSANA VALDERRAMA FORERO
Subdirectora Administrativa y Financiera

Reviso: Lirroy Andrea Infante Rodriguez, Profesional Universitario Facturación y Cartera

RECIBIDO
05 MAY 2023
Suárez

Sede principal – correspondencia: Avenida 1ra No. 13A-61
Teléfono: 2428160 Ext. 101
Sede chapinero: Carrera 14A # 58A – 29
Teléfono: (601) 5556559
Sede administrativa: Avenida Caracas No. 1 Sur 85
Teléfono: (601) 3779503
Call Center: (601) 5953130
Email: correspondencia@dermatologia.gov.co
Código Postal: 111511
www.dermatologia.gov.co
Bogotá, D.C. Colombia

ACREDITACION EN SALUD

PREAD Programa de Excelencia Ambiental Distrital — Excelencia Ambiental