**No GS-2024-001332-REGI5**

Bucaramanga 30 de ENERO de 2024

Señor Teniente Coronel
RICARDO PICO FIGUEREDO
Jefe Regional De Aseguramiento en Salud Santander N°5
Bucaramanga

**ASUNTO:** Informe de DICIEMBRE del contrato No. **068-7-200249-23 Radiologicas.**

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO_X_ O FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| **Desde** 26/12/2023 | **Hasta** 31/12/2023 |
|---|---|

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 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.GS-2023-019719-REGI5- GRUCO-17.7 del 26/12/2023, el señor Teniente Coronel RICARDO PICO FIGUEREDO, obrando en calidad de Jefe Regional de aseguramiento en salud N°5, asigno como supervisor del contrato No. **068-7-200249-23** suscrito con RADIOLOGICA S.A.S al Técnico Administrativo Grupo Regional Soporte y Seguimiento Servicios de Alto Impacto Maikol Fernando Mora Hernandez.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** _MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:0**

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | **068-7-200249-23** |
| **Objeto del Contrato / instrumento de** | "PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE IMAGENOLOGIA ESPECIALIZADA, QUE INCLUYA: |

| | |
|---|---|
| **agregación de la orden de compra** | RESONANCIAS, TOMOGRAFIAS, RADIOLOGIA ESPECIALIZADA (ECOGRAFIAS Y RADIOGRAFIAS) SEGUN EL LISTADO DE CUPS (MODIFICADOS EN SU CLASIFICACION SEGUN RESOLUCION 3495 DE 2019,CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DE ABRIL 27 DE 2001, PARA EL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICIA NACIONAL (SSMP), PARA GARANTIZAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5. IGUALMENTE LOS SERVICIOS ORDENADOS POR JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCION DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITE TECNICO CIENTIFICO EN LAS CONDICIONES SEÑALADA. |
| **Contratista** | RADIOLOGICA SAS |
| **Representante legal** | **LILIANA MEDINA ESPINOSA** |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | **$165.000.000** |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | **$0** |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | **$165.000.000** |
| **Plazo de ejecución inicial** | 4 meses y 5 días |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | **26/12/2023** |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | **30/04/2024** |
| **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:

- La entidad no presento facturación .

## 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 MÍNIMAS | 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 autorización,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 (5) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (120) 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 código (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 magnético 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) Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación 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 Cientifico 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 especificamente para las solicitudes por Comité Técnico Cientifico 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 Cientifico 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 términos 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: RADIOLOGICAS S.A.S
Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: **RADIOLÓGICA S.A.S.**
BANCO**: BANCOLOMBIA.**
TIPO DE CUENTA: **CORRIENTE**
NUMERO DE CUENTA: **29161392498**
**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 | $ 165.000.000,00 | - |
| Valor total de las entregas | $ 0,00 | 0,00% |
| Valor total facturado | $ 0,00 | 0,00% |
| Valor facturado pendiente de pago | $ 0,00 | 0,00% |
| Valor pagado | $ 0,00 | 0,00% |
| Valor pendientes de entrega | $ 165.000.000,00 | 100,00% |

**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** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **001** | **$0** | **DICIEMBRE** | $0 | NO SE ANEXAN FACTURAS | $0 | $0 | **N/A** |

**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. |

Firma_____

CPS-05 MAIKOL FERNANDO MORA HERNANDEZ
Técnico Administrativo Grupo Regional Soporte y Seguimiento Servicios de Alto Impacto
Supervisor Contrato u orden de Compra No. 068-7-200249-23