**No. GS-2024-041446-DERIS/RASES-JEFAT 29.10**

Pereira, 09 de julio de 2024

Señora capitán
MARIA DEL PILAR GARZON RUEDA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°3 (E)
Pereira

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato No. 86-7-20003-23

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO _x_ O FINAL __**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **01/06/2024** | **Hasta** | **30/06/2024** |

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 GS-2023-002837-REGI3 radicado, la Señora Mayor HELLEN JOHANNA JIMENEZ OREJUELA Obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°3, nombró como supervisor del contrato a la señora ISAURA MARIA ECHEVERRY BOTERO.

Mediante comunicación oficial GS-2023-010225-REGI3 radicado, la Señora Mayor HELLEN JOHANNA JIMENEZ OREJUELA Obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°3, nombró como supervisor del contrato a la señora ADRIANA GOMEZ INSUASTY.

Mediante comunicación oficial GS-2023-012285-REGI3 radicado, la Señor Mayor RUBÉN ALBEIRO ARBOLEDA ALDANA Obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°3(E), nombró como supervisor del contrato a la señora ISAURA MARIA ECHEVERRY BOTERO.

Mediante comunicación oficial GS-2024-001680-REGI3, el Señor Mayor RUBEN ALBEIRO ARBOLEDA ALDANA Obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°3, nombró como supervisor del contrato a la señora ADRIANA GOMEZ INSUASTY.

Mediante comunicación oficial GS-2024-003949-REGI3, el Señor Mayor RUBEN ALBEIRO ARBOLEDA ALDANA Obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°3, nombró como supervisor del contrato a la señora ISAURA MARIA ECHEVERRY BOTERO.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** Mensual
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 16**

1. Informe de supervisión del mes marzo del periodo comprendido entre el 02/03/2023 y el 31/03/2023, presentado mediante comunicación oficial No : GS-2023- 020540 DERIS
2. Informe de supervisión del mes abril del periodo comprendido entre el 01/04/2023 y el 30/04/2023, presentado mediante comunicación oficial No : GS-2023-024211-DERIS
3. Informe de supervisión del mes mayo del periodo comprendido entre el 01/05/2023 y el 31/05/2023, presentado mediante comunicación oficial No : GS-2023-036762-DERIS
4. Informe de supervisión del mes mayo del periodo comprendido entre el 01/05/2023 y el 31/05/2023, presentado mediante comunicación oficial No : GS-2023-038383-DERIS
5. Informe de supervisión del mes JULIO o del periodo comprendido entre el 01/07/2023 y el 31/07/2023, presentado mediante comunicación oficial No : GS-2023- 044771 –DERIS
6. Informe de supervisión del mes AGOSTO o del periodo comprendido entre el 01/08/2023 y el 31/08/2023,presentado mediante comunicación oficial No : GS-2023- 050522 –DERIS
7. Informe de supervisión del mes SEPTIEMBRE del periodo comprendido entre el 01/09/2023 y el 30/09/2023, presentado mediante comunicación oficial No : GS-2023-057401-DERI.
8. Informe de supervisión del mes OCTUBRE del periodo comprendido entre el 01/10/2023 y el 31/10/2023, presentado mediante comunicación oficial No GS-2023-064117-DERIS.
9. Informe de supervisión del mes NOVIEMBRE del periodo comprendido entre el 01/11/2023 y el 30/11/2023, presentado mediante comunicación oficial No GS-2023-070865-DERIS.
10. Informe de supervisión del mes DICIEMBRE del periodo comprendido entre el 01/12/2023 y el 31/12/2023, el presentado mediante comunicación oficial No GS-2024-070865-DERIS.
11. Informe de supervisión del mes ENERO del periodo comprendido entre el 01/01/2024 y el 31/01/2024, presentado mediante comunicación oficial No GS-2024-008006-DERIS.
12. Informe de supervisión del mes FEBRERO del periodo comprendido entre el 01/02/2024 y el 29/02/2024, el cual presentado mediante comunicación oficial No GS-2024-013858-DERIS del 07/03/2024.
13. Informe de supervisión del mes MARZO del periodo comprendido entre el 01/03/2024 y el 31/03/2024, presentado mediante comunicación oficial No : GS-2024- 021461 –DERIS del 11/04/2024
14. Informe de supervisión del mes ABRIL del periodo comprendido entre el 01/04/2024 y el 30/04/2024, presentado mediante comunicación oficial No : GS-2024- 028748 –DERIS del 14/05/2024
15. Informe de supervisión del mes MAYO del periodo comprendido entre el 01/05/2024 y el 31/05/2024, presentado mediante comunicación oficial No : GS-2024- 032949 –DERIS del 03/06/2024
16. Informe de supervisión del mes JUNIO del periodo comprendido entre el 01/06/2024 y el 30/06/2024, el cual se encuentra en trámite de elaboración, radicación y posteriormente se cargará en secop ll.

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | 86-7-20003-23 |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE AUDIOLOGIA Y APOYO DIAGNOSTICO PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL – EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD RISARALDA, PERTECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.3". |
| **Contratista** | OMILSE GIRALDO HURTADO |
| **Representante legal** | OMILSE GIRALDO HURTADO |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | $ 60.000.000,00 |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | $30.000.000,00 |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | $90.000.000,00 |
| **Plazo de ejecución inicial** | NUEVE (09) MESES Y VEITINUEVE (29) DIAS |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | 02/03/2023 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de** | 31/12/2023 |

| | |
|---|---|
| **compra (pactada inicialmente)** | |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | 01/01/2024 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | 31/05/2024 |
| **Adiciones** | El día 06/12/2023 se realiza Adición 001 $ 30.000.000,00 |
| **Modificatorios** | No aplica |
| **Prorrogas** | El día 06/12/2023 se realiza Prórroga 001 se prorroga el contrato por cinco (05) meses más contados a partir del 01/01/2024 al 31/05/2024. |
| **Otros** | El día 06/12/2023 Se realizó la sustitución 001 al contrato de UN MILLÓN QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($ 1.556.595,00) de la vigencia 2023 a la vigencia 2024. |

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

**1.1 Acciones adelantadas:**

Se prestararon los servicios de PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE AUDIOLOGIA Y APOYO DIAGNOSTICO PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL – EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD RISARALDA, PERTECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.3”.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

| Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO | Observaciones |
|---|---|---|
| Cumplir con el objeto contractual. | **SI** | NINGUNA |
| Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. | **SI** | NINGUNA |
| El oferente responderá los requerimientos acordes a los términos de ley. | **SI** | NINGUNA |
| Se compromete a cumplir con lo establecido en el decreto 1703/02 y la Ley 510/03 en lo referente a la afiliación y aportes al Sistema general de Seguridad Social del personal a su cargo. A certificar la afiliación a una ARP del todo personal contratado y a presentar junto con la factura copia de la planilla única de pago. | **SI** | Planilla 05/05/2024 |
| Constituir en debida forma y aportar al Grupo de contratos de la (UNIDAD CORRESPONDIENTE), dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única y cancelando los pagos cuando hay lugar, de esta forma se publicarán las pólizas en la página de Contratación Pública - SECOP II. | **SI** | NINGUNA |
| Guardar la 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** | NINGUNA |
| No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Dirección de Sanidad de la | **SI** | NINGUNA |

| | | |
|---|---|---|
| Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias. | | |
| Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato. | **SI** | NINGUNA |
| Restituir a la Regional de Aseguramiento en Salud No 3 los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se hayan suministrado. | **SI** | NINGUNA |
| El contratista debe presentar constancia de inscripción en el registro especial Nacional del Ministerio de Salud, de conformidad con el artículo 11 del decreto 855 de 1994 o en su defecto el certificado de requisitos mínimos esenciales de salud. | **SI** | NINGUNA |
| Deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato, cuando haya lugar. | **SI** | NINGUNA |
| Prestar los servicios objeto del contrato en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad, si discriminación frente a otro tipo de pacientes que atienda. | **SI** | NINGUNA |
| Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres. | **SI** | NINGUNA |
| En igualdad de condiciones clínicas tiene prioridad la atención a maternas, menores de 5 años y adulto mayor. | **SI** | NINGUNA |
| Atención del evento adverso prevenible; este corre por cuenta del prestador una vez se analice el caso, y se defina por ambas partes la responsabilidad unilateral de la IPS en la generación del evento adverso. | **SI** | NINGUNA |
| Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias, pólizas. | **SI** | NINGUNA |
| Una vez agotado el contrato, el contratista se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado o de los usuarios que se encuentren hospitalizados a la fecha, en atención a la Resolución No. 00173 del 09 mayo 2012 "*por la cual se regula en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional el procedimiento para el reconocimiento y pago de cuentas, de servicios de salud ocasionados por atenciones de urgencias"*. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante. | **SI** | NINGUNA |
| Deben contar con la habilitación de los servicios a prestar, soportado por registro único de habilitación para cada uno | **SI** | NINGUNA |

| | | |
|---|---|---|
| de los servicios a contratar en su IPS sede principal y cada una de las IPS sedes alternas puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (Anexar formulario de inscripción y cumplimiento con los requisitos de habilitación para los servicios ofrecidos). | | |
| Una vez recibida la referencia, tendrá la obligación de hacer contra referencia del paciente atendido | **SI** | NINGUNA |
| El oferente utilizara las guías de manejo establecidas por la institución y/o el Ministerio de Salud y de la Protección Social en los usuarios de la Regional de Aseguramiento numero 3. | **SI** | NINGUNA |
| Para la autorización del servicio que no sean de urgencias, el contratista deberá cumplir con el siguiente PMTO: Demostración de derechos y autorización: **A.** El usuario se presenta en la IPS o proveedor que brinda los servicios a la USP y presenta el carné que acredita los derechos de Sanidad de la Policía Nacional. En caso tal que los usuarios no tengan aún su carné, pueden presentar constancia VIGENTE de que se encuentra en trámite, expedida por la oficina de afiliaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No 3, **B.** Acompañando al carné que autoriza los servicios de sanidad, debe presentarse documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad). C. Todo procedimiento adicional que no haga parte del PMTO o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado para atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de autorización de la USP, sin que se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. **D.** Todo servicio, fuera del plan de beneficios del SSPN, debe ser tramitado para estudio de aprobación ante la Junta de Evaluacion de Medicamentos, para lo cual el especialista tratante debe diligenciar completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del prestador, siempre en cuando este formato conserve toda la información de los parámetro exigidos por la Direccion de Sanidad, Regional de Aseguramiento en Salud No 3 y remitirlo a la central de autorización de la USP, para que ésta adelante el trámite ante la Junta de Evaluacion de Medicamentos del nivel central. Solo cuando requieran su administración urgente por la condición clínica del paciente, orden judicial o tutela, se da cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida y éstos serán reportados posteriormente. En este caso, el NO reporte será causal de glosa, más no el concepto favorable o desfavorable de la Junta de Evaluacion de Medicamentos. Dicha coordinación deberá ser previamente con el supervisor del contrato el cual dejará documentos soportes en la carpeta de proceso. **E.** Los formatos de referencia y autorización impresos deberán estar debidamente diligenciados, firmados y sellados. Los formatos de autorización generados por medios electrónicos pueden | **SI** | NINGUNA |

| | | |
|---|---|---|
| digitalizar firmas (facsímil) y sellos, sometiéndose a lo establecido en la Ley 527 de 1999 y normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. **F.** Contra-referencia: Luego del alta (egreso hospitalario) o consulta (interconsulta o remisión) por especialista, siempre deberá remitirse a la USP el formato de contra-referencia informando el estado de salud del usuario, su evolución clínica y recomendaciones de tratamiento. Las citas de control con especialista requerirán siempre la contra-referencia para ser autorizadas. **G.** El contratista bajo condiciones técnicas y científicas en salud, administrara los medicamentos (no regulados y/o uso común.) *"El oferente al momento de presentar la propuesta deberá allegar listado de medicamentos según PRECIO VENTA de medicamentos por molécula de menor valor de acuerdo al último reporte en el SISMED. La entidad o entidades que resulten adjudicatarias deberán sostener mencionados precios durante toda la ejecución del contrato".* | | |
| Los reingresos a urgencias por la misma patología en las siguientes 24 horas al alta, harán parte de la misma atención inicial de urgencia y con cargo al mismo valor. | **SI** | NINGUNA |
| Todos los casos de atención de pacientes en urgencias, que requieran hospitalización deberán ser valorados previamente por médico especialista del contratista | **SI** | NINGUNA |
| En igualdad de condiciones clínicas tiene prioridad la atención a maternas, menores 5 años y adulto mayor. | **SI** | NINGUNA |
| Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias, cualquier novedad informar a la Regional de Aseguramiento en Salud No 3. | **SI** | NINGUNA |
| Presentar las facturas de los servicios hospitalarios firmadas por el usuario o persona responsable; para los demás servicios prestados el usuario o persona responsable deberá firmar la autorización generada por el servicio de referencia y contra referencia de la PONAL. Presentar junto con las facturas, archivo excel que contenga la siguiente información, número factura fecha de factura, fecha de la atención, Nombre y apellido, diagnóstico código C.U.P.S., valor de la factura, edad del usuario. Nota: el Excel debe contener numero de factura, fecha de factura, fecha de atención, nombre del paciente, numero de identificación, diagnostico o procedimiento, valor facturado y edad del paciente | **SI** | NINGUNA |
| Presentar junto con las facturas, archivo excel que contenga la siguiente información, número factura fecha de factura, fecha de la atención, Nombre y apellido, diagnóstico código C.U.P.S., valor de la factura, edad del usuario. Nota: el Excel debe contener numero de factura, fecha de factura, fecha de atención, nombre del paciente, numero de identificación, diagnostico o procedimiento, valor facturado y edad del paciente | **SI** | NINGUNA |
| Informar a la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3, a la oficina de Central de Cuentas, al Supervisor del Contrato, a la oficina de Contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3 y a la oficina de referencia y | **SI** | NINGUNA |

| | | |
|---|---|---|
| contra referencia cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%). | | |
| Participar en las reuniones mensuales con el supervisor del contrato, Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No 3, auditor de calidad, auditor de cuentas médicas y oficina atención al usuario por parte de sanidad PONAL Risaralda; por parte de la IPS contratada sestará el gerente, el coordinador del convenio, auditor de calidad, jefe de facturación; en caso de ausencia del gerente este designará una persona con capacidad de toma de decisiones, donde harán entrega del valor facturado a la fecha y análisis de la ejecución del contrato, verificando el cumplimiento de los compromisos adquiridos en el contrato. | **SI** | NINGUNA |
| Toda fotocopia que se requiera para la legalización del pago deberá ser asumida por la entidad contratada. | **SI** | NINGUNA |
| Se solicita la respectiva retroalimentación en el caso de OBSERVACIÓNES, quejas o sugerencias que el personal de la policía nacional coloque en los buzones que para tal fin tenga la entidad contratista | **SI** | NINGUNA |
| Informar al paciente y a los familiares a través del médico especialista o el médico hospitalario, el estado de salud del paciente, su evolución, pronóstico y tratamiento de la patología o patologías que presente el usuario durante la internación | **SI** | NINGUNA |
| Las Historias Clínicas y la formulación ambulatoria deben estar Sistematizadas o en letra a mano legible. | **SI** | NINGUNA |
| El oferente aportara certificación firmada por el representante legal o quien esté autorizado, que la entidad cumple con toda la normatividad vigente en el sistema de seguridad y salud en el trabajo. | **SI** | NINGUNA |
| El contratista informara cualquier novedad en la prestación de servicios o cualquier remisión a los correos deris.rase3@policia.gov.co; deris.rase3-aut@policia.gov.co, deris.rase3-sai@policia.gov.co; decal.upres-ame@policia.gov.co y teléfono 3164770 ext 8341,8340, 8339, celular 3505588095. | **SI** | NINGUNA |
| Criterios Ambientales: ° Garantizar que todo el material que se entregue en las unidades policiales en forma digital, se realice en un medio reutilizable, así mismo ceñirse la Directiva presidencial 04 de 2012. ° Aplicar las buenas prácticas ambientales, participar en programas y exigencias del sistema de gestión ambiental. ° Garantizar la disposición final de los residuos sólidos peligrosos y especiales. Decreto 1076 de 2015. ° Con el objetivo, de evitar escapas de sustancias nocivas que contaminen las personas y sus bienes, deterioren los suelos y el medio ambiente en general. Ley 1672 del 19 julio del 2013. ° Presentar al supervisor del contrato, las hojas de seguridad de todos los productos e insumos utilizados. ° Presentar el plan de manejo ambiental para la mitigación de los aspectos e impactos ambientales generados en sus actividades productivas. ° Garantizar la | **SI** | NINGUNA |

| | | |
|---|---|---|
| prestación y disponibilidad de las hojas de seguridad de todas las sustancias químicas utilizadas para la limpieza y desinfección. | | |
| Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes de afiliación y cotización a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar de acuerdo con el artículo 50 de la ley 789 de 2002, Ley 828 de julio 10 de 2003 y de la Ley 100 de 1993; para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura certificación donde conste dicho cumplimiento firmada por el Representante Legal y revisor fiscal si conforme a las normas pertinentes estuviera obligado a tenerlo | **si** | 05/06/2023 |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| El oferente debe ajustarse según lo contemplado por el Ministerio de Salud y de Protección Social y todas aquellas normas legales que deroguen, Modifiquen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de Servicios de Salud sin causar traumatismo en la prestación del mismo. Dando aplicación a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la Protección Social | SI | NINGUNA |
| El oferente deberá ANEXAR la certificación de inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, en donde se identifican los servicios habilitados para la prestación de sus servicios. VIGENTE | SI | NINGUNA |
| EL **OFERENTE,** garantiza la prestación de los servicios ofertados dentro de la propuesta y con las tarifas pactadas, comprometiéndose a sostener los precios durante toda la ejecución del contrato. La Regional de Aseguramiento en Salud N°3 NO reconocerá ningún reajuste de tarifas o precios durante la vigencia del contrato, por lo tanto, el oferente debe proyectar el valor de la oferta por el tiempo de ejecución del contrato respectivo. Estos valores no estarán sujetos a modificaciones por concepto de inflación y por ningún motivo se considera costos adicionales | SI | NINGUNA |
| Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las Normas Generales Vigentes. | SI | NINGUNA |
| El oferente se compromete a prestar los servicios sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano, profesional, tecnólogo y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas costumbres. | SI | NINGUNA |
| El oferente Permitirá visitas periódicas a sus instalaciones durante la ejecución del contrato para verificar condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades objeto del presente proceso | SI | NINGUNA |

| | | |
|---|---|---|
| El oferente deberá garantizar oportunidad en el servicio en un plazo no mayor a ocho (08) días calendario, al momento de solicitud de la cita o procedimiento. | SI | NINGUNA |
| El oferente deberá garantizar oportunidad para la entrega de resultados o elementos para los pacientes en un plazo no mayor a diez (10) días calendario posteriores a la solicitud. | SI | NINGUNA |
| Abstenerse de emitir fórmulas o solicitudes de servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será el soporte de estas solicitudes | SI | NINGUNA |
| Toda orden médica que sea remitida por la IPS contratada con destino para la oficina de referencia y contrareferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud N°3 deberá ser diligenciada adecuadamente con el ingreso de los códigos CUPS – Sanidad Policía (acuerdo 002/2001) en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos utilizando para tal efecto | SI | NINGUNA |
| Designar un profesional de salud quien cumplirá las funciones de interlocutor entre el contratista y los médicos de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3, para resolver las inquietudes médicas que se presenten. Diligenciar la siguiente información:<br><br>Nombre: OMILSE GIRALDO HURTADO<br>Teléfonos: 316-5391096<br>Correo electrónico: clinicaboutique@gmail.com: | SI | NINGUNA |
| El oferente se compromete a presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco (05) días calendario del mes siguiente en la Oficina Central de Cuentas de cada unidad prestadora | SI | NINGUNA |
| Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes de afiliación y cotización a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar de acuerdo con el artículo 50 de la ley 789 de 2002, Ley 828 de julio 10 de 2003 y de la Ley 100 de 1993; para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura certificación donde conste dicho cumplimiento firmada por el Representante Legal y revisor fiscal si conforme a las normas pertinentes estuviera obligado a tenerlo | SI | NINGUNA |
| El oferente se compromete a que, por ningún medio solicitará al usuario de sanidad de la Policía, DINERO para el PAGO de servicios de salud. | SI | NINGUNA |

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

contrato que finalizo el 31/05/2024 tiene pendiente glosa auditoría 1135-1136 de la factura FPFE-0672 por la suma de $ 332.410,00, quedando un saldo sin ejecutar por $ 11.618,00 para adelantar liquidación

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (449) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (00) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

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

La Unidad prestadora de salud se obliga a pagar el valor del presente contrato al Contratista, por mensualidades vencidas o su equivalente por fracciones de mes según el caso.

El pago se realizará dentro de los 30 días calendario siguientes, una vez presentada la cuenta de cobro y la planilla que acredite el pago de aportes a salud, pensión y riesgos profesionales, el informe de actividades junto con los documentos requeridos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3, de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC).

Por su parte, el Supervisor del Contrato deberá presentar el recibido técnico a satisfacción, certificación de cumplimiento o informe mensual de supervisión, así como la respectiva evaluación del contratista.

Nota: el contratista deberá de estar debidamente registrado en la plataforma del SECOP II, para que asimismo publique los documentos requeridos para el pago a través de esta plataforma

**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 | $90,000,000.00 | 100% |
| Valor total de las entregas | $89,988,382.00 | 99.99% |
| Valor total facturado | $89,988,382.00 | 99.99% |
| Valor facturado pendiente de pago | $332,410.00 | 0.37% |
| Valor pagado | $88,252,340.00 | 98.06% |
| Valor pendiente de entrega | $11,618.00 | 0.01% |

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

| No. de acta o constancia de recibido | Valor recibido | Fecha de recibido | Valor facturado | No. factura | Valor pagado | Valor deducciones | No. orden de pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 001 | $4.620.185,00 | 20/04/2023 | 4.620.185,00 | FPFE387 al FPFE396 | 4.065.763,00 | 554.422,00 | 144349023 |
| 002 | $8.097.941,00 | 26/05/2022 | 8.097.941,00 | FPFE400 al FPFE414 | 7.126.188,00 | 971.753,00 | 176922723 |
| 003 | $6.993.737,00 | 22/06/2023 | 6.993.737,00 | FPFE422 al FPFE441 | 6.154.489,00 | 839.248,00 | 233647823 |
| 004 | $7.288.574,00 | 18/07/2023 | 7.288.574,00 | FPFE453 al FPFE468 | 6.413.945,00 | 874.629,00 | 235531423 |
| 005 | $14.639.335,00 | 18/08/2023 | $14.639.335,00 | FPFE473 AL FPFE516 | 12.882.615,00 | 1.756.720,00 | 316248523 |
| 006 | 3.577.977,00 | 18/09/2023 | 3.577.977,00 | FPFE522 AL FPFE529 | 3.148.620,00 | 428.357,00 | 338500923 |
| 007 | 5.128.962,00 | 25/10/2023 | 5.128.962,00 | FPFE533 AL FPFE542 | 4.513.486,00 | 615.476,00 | 384594523 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 008 | 6.327.906,00 | 14/11/2023 | 6.327.906,00 | FPFE553<br>FPFE554<br>FPFE555<br>FPFE556<br>FPFE557<br>FPFE558<br>FPFE559<br>FPFE560<br>FPFE561<br>FPFE562<br>FPFE563<br>FPFE564<br>FPFE565<br>FPFE566 | 5.568.557,00 | 759.349,00 | 407050223 |
| 009 | 1.768.788,00 | 18/12/2023 | 1.768.788,00 | FPFE579<br>FPFE580<br>FPFE581<br>FPFE582<br>FPFE583<br>FPFE584<br>FPFE585 | 1.556.533,00 | 212.255,00 | 467215823 |
| 010 | 12.340.568,00 | 19/02/2024 | 12.340.568,00 | FPFE588<br>FPFE589<br>FPFE590<br>FPFE591<br>FPFE592<br>FPFE593<br>FPFE594<br>FPFE595<br>FPFE600<br>FPFE601<br>FPFE602<br>FPFE603<br>FPFE604<br>FPFE605<br>FPFE606<br>FPFE607<br>FPFE608<br>FPFE609<br>FPFE610<br>FPFE611<br>FPFE612<br>FPFE613<br>FPFE614<br>FPFE615<br>FPFE616<br>FPFE617<br>FPFE618<br>FPFE619 | 10.859.700,00 | 1.480.868,00 | 54509024 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | FPFE620 | | | |
| 011 | 15.476.580,00 | 12/03/2024 | 15.476.580,00 | FPFE624 FPFE625 FPFE626 FPFE627 FPFE628 FPFE629 FPFE630 FPFE631 FPFE632 FPFE633 FPFE634 FPFE635 FPFE636 FPFE637 FPFE638 FPFE639 FPFE640 FPFE641 FPFE642 FPFE643 FPFE644 FPFE645 FPFE646 FPFE647 FPFE648 FPFE649 FPFE650 FPFE651 FPFE652 FPFE653 FPFE654 FPFE655 FPFE656 | 13.619.390,00 | 1.857.190,00 | 89892024 |
| 012 | $1.991.787,00 | 12/04/2024 | $1.991.787,00 | FPFE663 FPFE664 FPFE665 FPFE666 FPFE667 | 1,752,772.00 | 239,015.00 | 117476524 |
| 013 | $1,403,632.00 | 31/05/2024 | $1,403,632.00 | FPFE-0669 FPFE-0670 FPFE-0671 FPFE-0672 | 1,235,196.00 | 168,436.00 | 201654524 |
| 014 | $332.410,00 | 17/06/2024 | $332.410,00 | LG QUIPU No.1135-1136 de MAYO de 2024 factura FPFE-0672 | | | Pendiente de pagar |

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

NO APLICA

**5. RECOMENDACIONES**

El contratista prestó el servicio dentro del plazo establecido, cumpliendo con los parámetros, especificaciones técnicas y condiciones del contrato.

**6. CONCLUSIONES**

El supervisor, deberá marcar con una (x) las casillas según corresponda al periodo entregado, con el fin de que la administración tenga claridad frente al cumplimiento o no del contratista. El no diligenciamiento será causal de la devolución del respectivo informe de supervisión.

| | | |
|---|---|---|
| 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 Isaura Mª Echeverry B.

**ISAURA MARIA ECHEVERRY BOTERO**
Supervisor Contrato No. 86-7-20003-23
Correo electrónico:Isaura.echeverry@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3113067226