**GS-2025-034961-DEVAL**

Tuluá, Valle del cauca 19 de febrero de 2025

Señor teniente coronel
**IVAN DARIO RUIZ VELASCO**
Jefe Regional Aseguramiento en Salud N°4
Santiago de Cali - Valle

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato N° 66-7-20133/2024

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO_X_ O FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **01/11/2024** | **Hasta** | **31/11/2024** |

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 carta de inicio N. 0251 del 12/07/2024, el señor Mayor CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO, obrando en calidad de Jefe Regional Aseguramiento en Salud N°4, nombró supervisor(a) del contrato al LIDER ESPRI TULUA.

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

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 04**

1. Informe de supervisión del mes de julio/2024 del 01/07/2024 al 31/07/2024, presentado mediante comunicación oficial GS-2025-020577-DEVAL
2. Informe de supervisión del mes de agosto /2024 del 01/08/2024 al 31/08/2024, presentado mediante comunicación oficial GS-2025-032494-DEVAL.

3. Informe de supervisión del mes de septiembre /2024 del 01/09/2024 al 30/09/2024, presentado mediante comunicación oficial GS-2025-032499-DEVAL.
4. Informe de supervisión del mes de octubre /2024 del 01/10/2024 al 31/10/2024, presentado mediante comunicación oficial GS-2025-032528-DEVAL.

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | 66-7-20133/2024 |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA; GRUPO 1: SERVICIOS DE ECOGRAFÍA Y RADIOGRAFÍA - OPCIONAL DOPPLER Y TAC; GRUPO 2: SERVICIOS DE TOMA DE ENDOSCOPIA Y COLONOSCOPIA, PARA LOS USUARIOS DEL MUNICIPIO DE TULUA Y POBLACIONES CIRCUNVECINAS" |
| **Contratista** | PROGRAMAS INTEGRALES EN SALUD S.A.S |
| **Representante legal** | ELLERY AUGUSTO CASTIBLANCO GOMEZ |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | CIENTO TREINTA MILLONES DE PESOS ($130.000.000,00) |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | SESENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($ 65.000.000) 2025 + TREINTA Y TRES MILLONES CIENTO OCHENTA Y SIETE MIL PESOS. ( $ 33.187.000) SUSTITUCIÓN 2025 |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | CIENTO NOVENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($195.000.000,00) |
| **Plazo de ejecución inicial** | 19 DIAS Y 05 MESES |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | 15/07/2024 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | 31/12/2024 |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | 01/01/2025 al 31/03/2025 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | No Aplica |
| **Adiciones** | No Aplica |
| **Modificatorios** | No Aplica |
| **Prorrogas** | Prorroga 01 del 01/04/2025 al 20/05/2025 |
| **Otros** | Sustitución 01 valor de $ 33.187.000 |

## 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. 66-7-20133/2024. | SI | N/A |

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. 66-7-20133/2024. | SI | N/A |

### 2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Durante el desarrollo del presente contrato los usuarios han manifestado verbalmente inconvenientes con la prestación del servicio por parte de la entidad, generando retrasos en el agendamiento de pacientes, la entidad informa fallas con los equipos de toma de imágenes pero continúan prestando el servicio.

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

A fecha 30/11/2024 del presente informe de supervisión han transcurrido 04 mes 19 días, desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando 07 meses para que finalice el plazo de ejecución.

## 4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud N°4 pagará al CONTRATISTA el valor del presente Contrato en la ciudad de Cali, después de la prestación del servicio de manera mensual dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura dentro de los primeros cinco (5) días del mes junto con el Recibo a Satisfacción Técnico Económico expedido por el Supervisor del Contrato, acompañada de la acreditación del Contratista de encontrarse al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, así como los aportes parafiscales al Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, documentos que deben ser tramitados en la Ventanilla Única – Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud N°4, ubicada en la Avenida 10 Norte No. 16N-21, barrio Granada de la ciudad de Santiago de Cali, donde de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 *"Derecho a Turno"* se le asignará un número de radicación. En caso que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago después del día veinte (20) del mes los pagos se realizarán dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central. En ningún momento la aprobación de cupos de PAC será impedimento para la ejecución del Contrato.

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.

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 la pre-factura 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 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen. El sistema que genere el RIPS deberá adicionar en una última columna para las prestaciones “Consulta Médica Especializada primera vez (890202)” y “Consulta Médica Especializada control (8902)” el detalle sobre qué tipo de consulta es. (Ej.: Otorrinolaringología, Cirugía General, Dermatología, Oftalmología).
- 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.

Los soportes que se requieren para desarrollar la actividad de auditoría médica de cuentas como son:

- Historias clínicas.
- Autorizaciones.
- 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.

OBJECIONES Y GLOSAS: Para los conceptos de facturación que no tengan objeción, se dará trámite para pago.

En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la glosa el contratista tendrá quince (15) días hábiles para indicar aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la respuesta de glosa la auditoría de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en aso tal de reiterarse la glosa se proceder a citar para conciliación de estas al contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito. Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Regional de Aseguramiento en Salud N°4, se puede apoyar en el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

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.

La atención del evento adverso 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 siempre y cuando esto sea lo dispuesto por la autoridad competente después de agotar el debido proceso.

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 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.

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. EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

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 formulario “datos básicos beneficiario cuenta”. 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.

La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única – central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud N°4, tramitará las cuentas acompañada del recibo a satisfacción técnico, para que realicen la auditoria, según los tiempos estipulados en el artículo 57 de la Ley 1438 19-01-2011

GLOSAS: En el evento de que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con los tiempos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 19-01-2011

El CONTRATISTA informa mediante formato de información de terceros y certificación bancaria, que es titular de la cuenta CORRIENTE No. 87412002297 del BANCO BACOLOMBIA S.A 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:** PROGRAMAS INTEGRALES EN SALUD SAS
**BANCO**: BANCOLOMBIA
**TIPO DE CUENTA:** CORRIENTE
**NUMERO DE CUENTA:** 87412002297

### 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 | $96.813.000 | 100% |
| Valor total de las entregas | $73.712.064 | 75% |
| Valor total facturado | $73.712.064 | 75% |
| Valor facturado pendiente de pago | $0 | 0% |
| Valor pagado | $73.712.064 | 75% |
| Valor pendiente de entrega | $23.100.936 | 25% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | 3.912.665 | 08/11/2024 | 3.912.665 | 26 | 3.912.665 | 78.253,00 | 451027624 |
| 17 | 2.727.360 | 08/11/2024 | 2.727.360 | 27 | 2.727.360 | 54.547,00 | 451631224 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | 1.963.567 | 08/11/2024 | 1.963.567 | 28 | 1.963.567 | 39.271,00 | 451627424 |
| 19 | 1.172.532 | 08/11/2024 | 1.172.532 | 29 | 1.172.532 | 23.451,00 | 451628824 |
| 20 | 2.518.739 | 08/11/2024 | 2.518.739 | 30 | 2.518.739 | 50.375,00 | 451622924 |
| 21 | 2.448.467 | 08/11/2024 | 2.448.467 | 31 | 2.448.467 | 48.969,00 | 451633724 |

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

NO 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: Intendente Jefe JOHANY CASTAÑEDA GARCIA
Cargo: Jefe ESPRI Tuluá
**Supervisor Contrato No.** 66-7-20133/2024
Correo electrónico: deval.espri-tul@policia.gov.co
No. Celular: 3505599831