No GS-2025-016242 **-DECHO /Unidad Prestadora de Salud Choco**

Quibdó, 05 de marzo 2025

Señora teniente coronel
LILIANA ANDREA GIRALDO MEDINA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No.6
Envigado - Antioquia

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **65-8-20246-24**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/02/2025**	**Hasta**	**28/02/2025**

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:

La señora Mayor MARTHA LUCIA CAÑIZALEZ MERA, Jefe Regional de Aseguramiento Numero 6 (E), obrando en calidad de Ordenador del Gasto de la Jefe Regional de Aseguramiento Numero 6, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto al Señor Subintendente YOIMAR CHAVERRA ROMAÑA, responsable del grupo de prestador de atención en salud chocó.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** Primeros 15 días de cada mes
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 3**

1. Informe de supervisión del 01/12/2024 al 31/12/2024
2. Informe de supervisión del 01/01/2025 al 31/01/2025
3. Informe de supervisión del 01/02/2025 al 28/02/2025

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**65-8-20246-24**
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	**SUMINISTRO DE OXIGENO Y GASES MEDICINALES HOSPITALARIOS Y DOMICILIARIOS, EQUIPOS, ACCESORIOS E INSUMOS DE OXIGENOTERAPIA PARA LA ATENCION DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA**

	NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.6- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ
Contratista	SUMINISTRO Y DOTACIONES DEL CHOCO OXICHOCO
Representante legal	JHON DEIVI HERNANDEZ GIRALDO
Valor inicial del contrato u orden de compra	$6.403.125 Vigencia 2024-2025
Valor adiciones del contrato u orden de compra	3.200.000
Valor total del contrato u orden de compra	9.603.125
Plazo de ejecución inicial	15/06/2025
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	14/11/2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	28/02/2025
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	15/06/2025
Adiciones	1
Modificatorios	1
Prorrogas	1
Otros	N/A

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

1.1 Acciones adelantadas:

El mes de febrero la entidad contratada presentó facturación de servicios prestados a usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la Policía nacional.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1. Cumplir con el objeto contractual en las condiciones en que fue ofertado. 2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	
3. Responder en los plazos que la Unidad Prestadora de Salud Chocó establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	SI	
4. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e	SI	

ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.		
5. Constituir en debida forma y aportar a la oficina de contratos o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	
6. 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 si o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	
7. 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 la Unidad Prestadora de Salud Chocó y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	
8. 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	
9. Restituir a la Unidad Prestadora de Salud Chocó 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	
10. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.		
11. Cumplimiento de especificaciones administrativas en el momento de la entrega: • Entrega de factura en original y una copia dentro de los primeros 5 días del mes. • Entrega de copia del contrato (con la primera entrega, si hay más entregas no se hace necesario) • Entrega de documento parafiscal dirigido a la Unidad Prestadora de Salud Chocó y correspondiente al período de facturación. • Entrega de copias de Registro sanitario INVIMA • Entrega de Listado con la Clasificación del riesgo de los Dispositivos Médicos entregados • Entrega de listado de los pacientes facturados con cada sistema de oxígeno. • Si durante la visita realizada por el terapeuta respiratorio del oferente se detecta el fallecimiento del paciente este debe de notificar inmediatamente a la terapeuta respiratoria de la Unidad Prestadora de Salud Chocó con el fin de que le sea retirado el servicio.	**SI**	
12. **"Obligaciones del Contratista, en Seguridad y Salud en el Trabajo':** 1) Presentar certificado de la ARL (Sura, Colmena, Colpatria, Positiva, entre otras), donde se reporte que cuentan con Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo (SST) de acuerdo a los establecido en la Resolución 1111/2017. 2) Presentar el certificado de Accidentalidad de la ARL (Sura, Colmena, Colpatria, Positiva, entre otras), donde se informe que la empresa no haya presentado accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación. 3) Presentar el certificado de la ARL o SENA, que el Gerente cursó y aprobó el curso de las 50 horas del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST). 4) Presentar la Matriz de Peligros y Riesgos. 5. El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo” y la Resolución No. 0312 de 2019 “Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo”. Etapa precontractual,	SI	
	SI	
	SI	
	SI	
	SI	
	SI	
	SI	

celebración y ejecución del contrato: la documentación que se relaciona a continuación deberá presentarse al momento radicar la propuesta frente al pliego de condiciones según cronograma. Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. 2. Formulario de compromiso firmado por el representante legal de la empresa (según modelo).	SI	

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO: (transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra)		

FICHA TÉCNICA DE PRODUCTO

DENOMINACIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO
Suministro integral de oxigeno domiciliario mediante GENERADOR DE OXIGENO.

UNIDAD DE MEDIDA
MES.

DESCRIPCIÓN GENERAL
Suministro de oxígeno medicinal en concentradores para pacientes con dosis de 1 a 10 Litros por minuto. El suministro debe incluir: • Cilindro de respaldo de 6.5 M3. Este se repondrá sin ningún costo cada mes. • Regulador: Requerido para uso del cilindro de respaldo, en calidad de préstamo. • Kit de cilindro portátil que se compone de: ✓ Cilindro de aluminio 1Metro Cúbico ✓ Regulador de oxigeno con válvula de yugo o adaptador. ✓ Carrito para una mejor manipulación y manejo. ✓ Válvula para abrir el cilindro. • El cilindro portátil permanente se entregará cargado con oxígeno en el domicilio del usuario y será recogido en el mismo una vez utilizado su contenido para efectos de una nueva recarga, lo cual será determinado mediante seguimiento periódico mínimo cada mes de este tipo de paciente, por el profesional en terapia respiratoria de la Unidad Prestadora de Salud Chocó. • Revisión técnico preventiva y mantenimiento del concentrador con una periodicidad no, mayor a 6 meses por parte del oferente y reporte del mismo al profesional de la Unidad Prestadora de Salud Chocó. • Mantenimiento de los cilindros con sus respectivas pruebas, cambio de válvulas y mantenimiento **NOTA:** Se liquidará por día de acuerdo a los días que el paciente reciba el suministro, se incluirá lo anteriormente descrito incluyendo cilindro portátil permanente a necesidad del paciente sin ningún costo adicional. La entrega del suministro de oxígeno por concentrador en el domicilio del paciente no será mayor a 8 horas a partir de la hora de solicitud del pedido por parte del profesional de terapia respiratoria.

DENOMINACIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO

Suministro integral de oxigeno domiciliario con CILINDROS

UNIDAD DE MEDIDA

Cilindro por 6.5 metros cúbicos.

DESCRIPCIÓN GENERAL

Suministro de oxígeno medicinal en cilindros para pacientes con dosis menor o igual a 2 Litros por minuto. O por requerimiento médico especialista.

El suministro debe incluir:

- Suministro de oxígeno medicinal en cilindros de 6.5 metros cúbicos.
- Suministro del regulador requerido para el uso del cilindro en calidad de préstamo.
- Kit de cilindro portátil que se compone de:
  - ✓ Cilindro de aluminio de1.0 Metro Cúbico.
  - ✓ Regulador de oxigeno con válvula de yugo o adaptador.
  - ✓ Carrito para una mejor manipulación y manejo.
  - ✓ Válvula para abrir el cilindro.

- El cilindro portátil permanente se entregará cargado con oxígeno en el domicilio del usuario y será recogido en el mismo una vez utilizado su contenido para efectos de una nueva recarga, lo cual será determinado mediante seguimiento mínimo cada mes de este tipo de paciente, por el profesional en terapia respiratoria de la Unidad Prestadora de Salud Chocó.

NOTA: Se liquidará cilindro de 6.5 metros cúbicos consumido por el Paciente, se incluirá lo anteriormente descrito incluyendo cilindro portátil permanente a necesidad del paciente. La entrega del suministro de oxígeno por cilindro en el domicilio del paciente, no será mayor a 8 horas a partir de la hora de solicitud del pedido por parte del profesional de terapia respiratoria.

FICHA TÉCNICA DE PRODUCTO

DENOMINACIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO

Suministro de oxígeno y gases medicinales hospitalarios.

UNIDAD DE MEDIDA (U.M.)

ITEM	ELEMENTO	U.M.
	GASES MEDICINALES	
1	OXIGENO GASEOSO	M3
	MANTENIMIENTO CILINDROS DE GASES MEDICINALES	
1	PINTURA REGLAMENTARIA	
2	CAMBIO DE VALVULAS	

DESCRIPCIÓN GENERAL

El contratista entregará el Oxigeno medicinal y el Generador de oxígeno en el domicilio del usuario en u no mayor de 8 horas para oxigeno domiciliario y será recogido en el mismo lugar de acuerdo a las necesida paciente, lo cual será determinado mediante seguimiento periódico de este tipo de paciente, por el profes terapia respiratoria de la Unidad Prestadora de Salud Chocó para lo cual se anexará el original de la fórmula fotocopia de carné que acredite los derechos a la prestación del servicio de la Unidad Prestadora de Salu

y fotocopia del documento de identidad del usuario. Así mismo el oferente que resulte adjudicatario del contrato deberá hacer entrega del oxígeno a los pacientes que se encuentren fuera del perímetro urbano de la ciudad de Quibdó, ósea en los otros municipios de acuerdo a la necesidad de los mismos.

La entrega del suministro de los gases medicinales a la Unidad Prestadora de Salud Chocó no será mayor a 24 horas a partir de la hora de solicitud del pedido por parte del profesional de terapia respiratoria o supervisor del contrato.

3.0 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

4.0 Durante el mes de febrero la entidad contratada presentó facturación de servicios prestados a los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional.

4.1 AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión ha transcurrido sin ningún contra tiempo.

5.0 TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El pago se realizará dentro de los 15 días calendario siguientes, una vez presentado el recibo de pago y la planilla de pago de aportes de salud, pensión, facturas certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, informe de actividades junto con los documentos requeridos por la UPRES-DECHO, la cual se consignará a la cuenta Bancaria que el contratista aportó al momento de presentar la documentación a la oficina de contratos de la Unidad Prestadora de la Unidad prestadora de Salud Chocó, la cual deberá hacerse a más tardar el día 15 de cada mes.

Documentos Requeridos:

Las facturas a entregar deberán estar cargadas al módulo de SISAP WEB de la Policía Nacional en el siguiente link: https://recum.policia.gov.co:8080/cm/recum/Vista/frLogin.aspx.

Se anexa Guía para ingresar al módulo, las entidades que aún no cuentan con USUARIO y CONTRASEÑA deberán enviar la siguiente información al correo: deant.rases-fac@policia.gov.co de la persona que se encargará de realizar esta actividad, con el fin de ser asignado:

CODIGO DE HABILITACIÓN NIT IPS NOMBRES CEDULA
TELEFONO_OFICINA FECHA_INICIO FECHA_FIN EMAIL

- Las facturas deben estar dirigidas a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO SEIS.
- El CD con la información de los RIPS de igual forma debe llegar anexo a la factura
- Una vez estén radicadas en el módulo, las facturas físicas deben traer el pre-radicado impreso como tapa de las facturas a entregar
- El correo para recibir la facturación electrónica es deant.rases-fac@policia.gov.co
- Las fechas establecidas para recibir facturación estas definidas en el archivo adjunto
- De acuerdo a la Ley General de Archivos para entidades del estado, las facturas deben estar legajadas al lado izquierdo con gancho plástico con un máximo de 250 folios
- No se permiten facturas de multiusuarios
- Las entidades que son sin ánimo de lucro deben anexar copia del acto administrativo
- Siempre se debe anexar el certificado de parafiscales

- Denominación: la factura debe denominarse expresamente factura de venta y debe estar pre-impreso.
- Identificación del prestador de Servicios: debe indicarse claramente apellidos, nombre o razón social y NIT del prestador debe estar pre-impreso.
- Debe indicarse en nombre de la Policía Nacional y la correspondiente Regional de Aseguramiento en Salud No 6.

- Firma del usuario que recibió los servicios o el acompañante (en caso de no contar con esta firma debe tener comprobante de recibido del servicio por parte del paciente).
- Numeración consecutiva: numeración consecutiva pre-impresa que debe corresponder a la numeración autorizada por la Dirección General de Impuestos y aduanas nacionales (algunos prestadores para diferenciar las facturas por rubros emplean prefijos alfabéticos, pero estos no deben exceder las cuatro letras).
- Fecha de su expedición: que corresponda a la prestación del servicio.
- Descripción detallada de los servicios prestados: relación pormenorizada de los servicios prestados al usuario, discriminando el valor unitario de los servicios y la cantidad de los mismos.

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

En este espacio se debe informar el valor total de los pagos efectuados, valor del mismo y porcentaje, así:

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	**$9.603.125**	100%
Valor total de las entregas	$ 4.064.000	42.3%
Valor total facturado	$ 4.064.000	42.3%
Valor facturado pendiente de pago	$2.556.000	27%
Valor pagado	$0	0%
Valor pendiente de entrega	$ 5.539.125	57.7%

b. 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**)

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor reducciones	No. orden de pago
01	$1.508.000	20/01/2025	$1.508.000	2			
02	$ 2.556.000	10/02/2025	$ 2.556.000	10			

***6.0* RECOMENDACIONES**

El contratista cumplió con las obligaciones estipuladas en el contrato según el objeto, por lo tanto, se exhorta para continuar cumpliendo a cabalidad con las estipulaciones.

7.0 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,

Subintendente DIANA VALENCIA CUESTA
Jefe Grupo Prestador de Atenciones de Salud