GS-2025-141612-DEVAL

Tuluá, Valle del cauca 03 julio 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° 66-7-20174/2024

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO_X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/06/2025**	**Hasta**	**31/06/2025**

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:

Mediante carta de inicio N. 0353 del 03/10/2024, 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: 8**

    1. Informe de supervisión del mes de octubre /2024 del 03/10/2024 al 31/10/2024, presentado mediante comunicación oficial GS-2025-035776-DEVAL.
    2. Informe de supervisión del mes de noviembre /2024 del 01/11/2024 al 30/11/2024, presentado mediante comunicación oficial GS-2025-035782-DEVAL

3. Informe de supervisión del mes de diciembre/2024 del 01/12/2024 al 31/12/2024, presentado mediante comunicación oficial GS-2025-036490-DEVAL
4. Informe de supervisión del mes de enero/2025 del 01/01/2025 al 31/01/2025, presentado mediante comunicación oficial GS-2025-036493-DEVAL
5. Informe de supervisión del mes de febrero /2025 del 01/02/2025 al 28/02/2025, presentado mediante comunicación oficial GS-2025-052237-DEVAL
6. Informe de supervisión del mes de marzo /2025 del 01/03/2025 al 30/03/2025, presentado mediante comunicación oficial GS-2025-081281-DEVAL
7. Informe de supervisión del mes de abril /2025 del 01/04/2025 al 30/04/2025, presentado mediante comunicación oficial GS-2025-084807-DEVAL
8. Informe de supervisión del mes de mayo /2025 del 01/05/2025 al 31/05/2025, presentado mediante comunicación oficial GS-2025-141526-DEVAL

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	66-7-20174/2024
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	"PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CONSULTA DE MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA QUE INCLUYA APOYO DIAGNOSTICO Y ALGUNAS IMÁGENES DIAGNOSTICAS GINECOLOGICAS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL MUNICIPIO DE TULUA Y POBLACIONES CIRCUNVECINAS"
Contratista	CLINICA MEDICO QUIRURGICA ALVERNIA SAS
Representante legal	CLAUDIA MILENA RAYO RADA
Valor inicial del contrato u orden de compra	CINCUENTA MILLONES DE PESOS ($50.000.000,00)
Valor adiciones del contrato u orden de compra	DIESCISEIS MILLONES DE PESOS ($ 16.000.000)
Valor total del contrato u orden de compra	SESENTA Y SEIS MILLONES DE PESOS ($66.000.000,00)
Plazo de ejecución inicial	28 DIAS Y 06 MESES
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	03/10/2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	30/04/2025
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	01/05/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	31/07/2025
Adiciones	AD 01 $ 16.000.000
Modificatorios	No Aplica

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. 66-7-20174/2024.	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. 66-7-20174/2024.	SI	N/A

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Durante el desarrollo del presente contrato no se han presentado situaciones anormales o de relevancia que afecten la ejecución del contrato.

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

A fecha 31/06/2025 del presente informe de supervisión han transcurrido 28 días 09 mes, desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando 1 mes 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.

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 AHORROS No. 910521723 del BANCO BBVA 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: CLÍNICA MÉDICO QUIRÚRGICA ALVERNIA SAS
CUENTA No. 910521723
TIPO DE CUENTA: CUENTA AHORROS
ENTIDAD FINANCIERA: BBVA

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	$66.000.000	100%
Valor total de las entregas	$65.978.227	99.9%
Valor total facturado	$65.978.227	99.9%
Valor facturado pendiente de pago	$15,977,084	24%
Valor pagado	$ 60,115,130	91%
Valor pendiente de entrega	$ 21.773	0.1%

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**

17	3,921,923	05/06/2025	3,921,923	5740	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
18	3,719,550	05/06/2025	3,719,550	5741	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
19	3,615,197	05/06/2025	3,615,197	5742	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
20	3,711,292	05/06/2025	3,711,292	5743	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
21	1,009,122	05/06/2025	1,009,122	5744	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE

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. 66-7-20174/2024
Correo electrónico: deval.espri-tul@policia.gov.co
No. Celular: 3505599831