| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 10 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0019 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA | |
| Versión: 5 2014785735 | | |

**No. GS-2025-** **DEUIL /ESPCO – UPRES -29.25**

Neiva, 01 de agosto 2025

Teniente Coronel
**EDWIN PUENTES GUZMAN**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 2
Carrera 22 Sur # 26ª-21 Barrio Fronteras del Milenio
Neiva

**ASUNTO:** Informe de supervisión del contrato No. 85-7-20110 -25

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO _X_ O FINAL __**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **04/07/2025** | **Hasta** | **31/07/2025** |

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 No. 85-7-20191-21 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-2025-010482-RASES2 del 04 de julio de 2025, el señor Teniente Coronel **EDWIN PUENTES GUZMAN**, obrando en calidad de Regional de Aseguramiento en Salud No.2, nombró como supervisor del contrato del asunto al señor (a) SM-184 EDITH MARITZA CAMPOS CALDERON.
- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: MENSUAL**
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 0**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | 85-7-20110-25 |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | *"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS, DIRIGIDO A LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA"* |
| **Contratista** | SALUD PLENA S.A.S |
| **Representante legal** | SONIA MARCELA CERQUERA RODRIGUEZ |

| | |
|---|---|
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | Veinticinco millones de pesos ($25.000.000,00) M/LEGAL distribuidos: Quince millones de pesos ($15.000.000.00)M/LEGAL vigencia 2025 y diez millones de pesos ($10.000.000.00)M/LEGAL vigencia 2026 |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | 0 |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | Veinticinco millones de pesos ($25.000.000,00) M/LEGAL |
| **Plazo de ejecución inicial** | 31/05/2026 |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | 04/07/2025 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | 31/05/2026 |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | No aplica |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | No aplica |
| **Adiciones** | 0 |
| **Modificatorios** | No Aplica |
| **Prorrogas** | No Aplica |
| **Otros** | No Aplica |

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

### 1.1 ACCIONES ADELANTADAS:

La entidad cumplió con sus obligaciones de acuerdo al contrato No **85-7-200110-25**, así mismo se le reitera los compromisos y obligaciones que debe tener en cuenta frente al contrato.

### 2.2 VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO sí__ No___ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | El oferente debe disponer de un módulo de quejas y reclamos para ingresar cada una de las solicitudes, quejas y reclamos manifestadas por los usuarios, con el fin de dar respuesta a todas las comunicaciones ingresadas. | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 2 | Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por la oficina de referencia y contra referencia. Para este efecto el contratista atenderá los procedimientos autorizados en el anexo referente a los procedimientos contemplados de cada especialidad. odontología especializada y sus diferentes especialidades de periodoncia, odontopediatría, cirugía oral, maxilofacial, endodoncia, ayudas diagnósticas y procedimientos que deriven de ellas incluidos en el acuerdo nº 002 (abril 27 de 2001) del consejo superior de salud de las fuerzas militares y de la policía nacional para los usuarios y beneficiarios adscritos al subsistema de salud de la policía nacional seccional sanidad Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá de la Región de Policía No. 2 y aquellas ocasionadas por accidente laboral, teniendo en cuenta que algunas especialidades contempladas en dicho acuerdo son dispuestas a resolver | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |

2014785783

| | | | |
|---|---|---|---|
| | procedimientos ocasionados por accidente laboral como lo son: (ortodoncia, rehabilitación oral y otras que intervengan en el procedimiento) | | |
| 3 | El oferente debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 4 | El oferente efectuará la prestación del servicio en la sede presentada donde existan las condiciones de infraestructura necesaria para garantizar la buena atención de los usuarios y se cumplan los requisitos de habilitación de la secretaria de salud. | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 5 | El servicio debe prestarse de manera continua durante toda la ejecución del contrato, la oportunidad de cita debe ser como mínimo 3 días hábiles a partir de la solicitud de ésta y no mayor a 15 días, sin embargo, las citas para exámenes programados se atenderán en horario diurno. Así mismo, las solicitudes por urgencia y/o prioritarias serán resueltas durante las 24 horas del día, de lunes a domingo y festivos. Los servicios que requieran quirófano serán prestados con un término no mayor a 20 días una vez realizado el requerimiento, exceptuando estados de emergencia sanitaria. | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 6 | No deberá realizar tratamientos sin autorizaciones y no crear expectativas en el paciente de tratamientos que no puedan ser realizados ya que no están contemplados en el plan de beneficios, se debe limitar a la realización de los procedimientos requeridos desde la unidad prestadora de salud Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá previamente autorizados. | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 7 | Formular sin excepción en moléculas genéricas y que estén incluidas en el VADEMECUM de la POLICIA NACIONAL.<br>En caso de ser necesario la formulación de medicamentos por fuera de manual de la POLICIA NACIONAL se deberá demostrar el seguimiento farmacológico y sus posibles fallas terapéuticas, anexando el resumen de historia clínica especificando los medicamentos utilizados previamente y la bibliografía basada en la evidencia incluidos en el mismo y diligenciar el formato de solicitud de medicamentos no incluidos en el manual adjuntando copia de estudios cultivos, etc; que soporten adecuadamente el medicamento ordenado, agotando los recursos existentes en el ítem anterior. Formato que será entregado una vez se realice la realización del contrato. | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 8 | Cumplir con las normas de referencia y contra referencia diseñadas por la institución tales como el diligenciamiento del formato de referencia ( cuando se requiera la interconsulta con otro especialista) especificando diagnóstico, plan a seguir y en el evento de solicitar la realización de exámenes de apoyo diagnostico justificarlos (con resumen clínico detallado, motivo de examen), los prestadores de servicio de salud que se contraten darán estricto cumplimiento al decreto 2759 de 1991 por el cual se establece el régimen de referencia y contra referencia y específicamente a lo definido a contra referencia del paciente al médico familiar y/o tratante de la red propia y en el cual debe incluir las debidas indicaciones a seguir y la información recibida por el usuario. | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 9 | Entregar a contra referencia del usuario donde se incluyan datos de identificación resumen clínico, diagnostico, pronostico y tiempo de tratamiento, a la oficina de referencia y contra referencia de la unidad prestadora de salud Policía Tolima, , Huila, Putumayo y Caquetá., | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 10 | El oferente deberá participar en comités y actividades de mejoramiento de acuerdo a los requerimientos que realice el UNIDAD PRESTADORA DE SALUD Policía Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 11 | El oferente deberá Emitir conceptos de medicina laboral cuando sea requerida mediante autorización de consulta odontológica.<br><br>Para las atenciones de usuarios inmersos en PROCESOS MEDICO LABORALES, el personal profesional con el cual cuenta para la prestación del servicio, deberá diligenciar la documentación que expresamente se tiene establecida para ello (PAPELES DE SEGURIDAD) los cuales NO deberán ser | | Cumplió de acuerdo al contrato |

GS-2025-011945-REGI2



| | | | |
|---|---|---|---|
| | entregados al usuario, absteniéndose de emitir concepto de APTITUD ya que los mismos son POTESTAD exclusiva de los Organismos Médico-Laborales de las Fuerzas Militares y Policía Nacional.<br><br>CONCEPTOS MÉDICOS U ODONTOLÓGICOS<br><br>Son el registro médico u odontológico especializado que se emite al valorar las SECUELAS de algún tipo de patología sufrida por un funcionario activo o retirado (Uniformado o NO Uniformado) de la Policía Nacional objeto de Valoración Médico Laboral.<br><br>El concepto se emite con base en la historia Clínica, los estudios o ayudas diagnósticas y el examen físico, y se registra en el Formato de referencia, conceptos de los especialistas solicitados por medicina laboral.<br><br>Con el formato va adjunto una nota de Inicio de Estudio, en donde se describe someramente el caso y se anotan los servicios que se requieren para definir la situación médico-laboral del implicado, acompañado de la historia clínica y los estudios previos realizados.<br><br>El formato tiene como fin definir las secuelas de cada patología.<br><br>El papel de seguridad NO debe utilizarse como hoja de evolución. SOLO debe registrarse las SECUELAS de la Patología. En caso de NO poseer el CONCEPTO DEFINITIVO, NO se debe diligenciar el formato y se debe solicitar las Ayudas Necesarias o la Terapéutica que el usuario requiere para definir las secuelas.<br><br>6. El Formato referencia CONCEPTOS DE LOS ESPECIALISTAS SOLICITADOS POR MEDICINA LABORAL, contiene:<br><br>Encabezado de referencia: Va anotado la Ciudad, la Fecha, el consecutivo y la especialidad.<br><br>El cuerpo tiene 3 partes así:<br><br>Identificación del Usuario, el cual siempre va diligenciado por la parte referente (Medicina Laboral).<br><br>Antecedentes y Descripción de Patología a Evaluar: Se registra fecha de iniciación y circunstancia en que se presentó la afección a evaluar: Se limita única y exclusivamente a hacer referencia de las circunstancias que dieron inicio al padecimiento objeto de la evaluación. Ejm: accidente, agresión, autoagresión, atentado, enfermedad general, etc. Incluye los signos, síntomas y principales exámenes paraclínicos de la misma: En ésta parte se anotan las manifestaciones clínicas que inicialmente se encontraron en el paciente a la hora de iniciar la patología y las ayudas que facilitaron el diagnóstico.<br><br>Diagnóstico, Secuelas Definitivas: Se anotan los diagnósticos confirmados del caso y las secuelas inherentes a los diagnósticos definitivos.<br><br>Tratamiento y Conducta a seguir: Si el caso lo amerita, se anotan los procedimientos o estudios que se requieran para definir el estado clínico del usuario y se establece plan a seguir. NUNCA ANOTE APTITUD NI SUGIERA REUBICACIÓN LABORAL. Si el policial necesita incapacidad por su estado actual (Parcial o Total), expídala teniendo en cuenta su capacidad para laborar. | SI | |

2014785783

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Firma y Sello del Médico Tratante: Es importante que el médico firme el concepto y coloque el sello en donde se visualice perfectamente, mínimo, el nombre, y el Registro Médico.<br><br>7. Para poder emitir el o los conceptos, el profesional de la salud puede solicitar estudios complementarios o realizar procedimientos que vayan a mejorar el pronóstico funcional y vital del usuario.<br><br>No debe anotarse la aptitud laboral.<br><br>b. Teniendo en cuenta que el régimen laboral de la policía es especial, NO se debe recomendar reubicación laboral pues ésta es libre potestad del Director Nacional de la Policía Nacional.<br>c. Es necesario y pertinente aclararle que los formatos de medicina laboral SOLO sirven para anotar el concepto de secuelas que corresponde al concepto final o definitivo. Si el usuario requiere continuar en tratamiento para mejorar las secuelas, requiere un procedimiento o estudios complementarios, debe anotarse en hojas de evolución como quien maneja un usuario ambulatorio. NO UTILIZAR EL PAPEL DE SEGURIDAD PARA ANOTAR EVOLUCIONES. SOLO ANOTAR EL CONCEPTO DEFINITIVO CON O SIN SECUELAS SEGÚN CRITERIO MÉDICO Y EVIDENCIAS DIAGNÓSTICAS. | | |
| 12 | El oferente deberá Contar con el plan de mejoramiento continuo de la calidad. | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 13 | Prestar de forma continua y permanente los servicios a todos los usuarios del subsistema de salud de la POLICIA NACIONAL UNIDAD PRESTADORA DE SALUD Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá bajo los principios de eficacia universalidad y solidaridad | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 14 | El oferente deberá remitir un reporte estadístico mensual sobre los tratamientos ejecutados a cada paciente describiendo nombre, cedula, edad, código patología etc. | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 15 | El oferente deberá presentar junto con las facturas información estadística mensual en un archivo plano el cual debe venir en medio magnético e impreso que contenga la siguiente información: N° de consecutivo, nombre, apellidos, N° de identificación, edad de los usuarios, fecha de servicio, diagnostico con CIE 10, procedimiento, código ISS del procedimiento. | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 16 | El oferente deberá garantizar la prestación del servicio a todos los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional sin discriminación alguna, siempre y cuando presenten carné o constancia vigentes expedidos en Talento Humano Policía, siempre y cuando requiera el servicio en las especialidades. odontología especializada y sus diferentes especialidades de periodoncia, odontopediatría, cirugía oral, maxilofacial, endodoncia, ayudas diagnósticas y procedimientos que deriven de ellas incluidos en el acuerdo nº 002 (abril 27 de 2001) del consejo superior de salud de las fuerzas militares y de la policía nacional para los usuarios y beneficiarios adscritos al subsistema de salud de la policía nacional seccional sanidad Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá de la Región de Policía No. 2 teniendo en cuenta que algunas especialidades contempladas en dicho acuerdo son dispuestas a resolver procedimientos ocasionados por accidente laboral como lo son: (ortodoncia rehabilitación y otras que intervengan en el procedimiento) | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 17 | El oferente garantiza que en caso de ser necesario cuenta con un plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales. | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 18 | Delegará un especialista que intervenga en las reuniones de decisiones médico-quirúrgicas, cuando su participación sea solicitada por la unidad prestadora de salud Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá. | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |

2014785788

| | | | |
|---|---|---|---|
| 19 | El oferente garantiza que rendirá INFORME MENSUAL DE GESTION el cual será acordado con el SUPERVISOR DEL CONTRATO. El cual deberá ser una persona capacitada para evaluar la ejecución de este tipo de contratos. | N/A | N/A |
| 20 | 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 | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 21 | Presentar junto con la propuesta los respectivos soportes de radio protección del personal encargado de realizar toma de RX. | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 22 | Es obligación por parte del **CONTRATISTA** publicar en la página de Contratación SECOP II, (en el proceso de referencia) la factura y/ o cuenta de cobro (incluyendo parafiscales), antes de que finalice la fecha límite, la cual se relaciona más adelante. De no publicar la factura, no se podrá dar trámite a la misma para ser obligada; de acuerdo a lo establecido en la GUIA RAPIDA DE GESTION CONTRACTUAL PARA PROVEEDORES EN EL SECOP II, en el punto IV. Envío de Facturas | N/A | N/A |

**CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| **DE CARÁCTER TÉCNICO:** | | |
| Horario de atención según disponibilidad especialidad. | si | El contratista cumple con los honorarios establecidos en el contrato |

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO sí__ No__ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | El Oferente deberá presentar el portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud del Departamento del Tolima, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos:<br>• Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios.<br>• Horarios de Atención para los usuarios<br>• Modalidad para la asignación de citas y o visitas (Telefónica y/o Presencial)<br>• Instrucciones para solicitud y programación de procedimientos y visitas<br>• Entrega de copia de servicios prestados | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |

ra.trujillo

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Línea de atención a nuestros usuarios y proceso de quejas y reclamos. | | |
| 2 | El oferente debe dar aplicación a 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. De acuerdo con lo anterior, debe presentar el certificado de Registro en el Sistema Único de Habilitación vigente expedido por la Secretaria de Salud del Departamento del Tolima para cada servicio ofertado en la ciudad de Ibagué, los cuales deben estar inscritos y habilitados al momento de presentar la propuesta y mantener dicha habilitación vigente durante la ejecución del contrato que se llegase a celebrar. | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 3 | Dispondrá de un folleto informativo para todos los usuarios del Subsistema de la Policía Nacional con la siguiente información:<br><br>• Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios.<br>• Horarios de Atención para los usuarios<br>• Modalidad para la asignación de citas y o visitas (Telefónica y/o Presencial)<br>• Instrucciones para solicitud y programación de procedimientos y visitas<br>• Entrega de copia de servicios prestados<br><br>Línea de atención a nuestros usuarios y proceso de quejas y reclamos. | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 4 | Debe presentar el modelo de atención en salud junto con la propuesta. | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |
| 5 | El oferente deberá presentar una certificación firmada por el representante legal y dirigida a la Jefe de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2, en donde demuestre que el personal de su entidad cuenta con los estudios profesionales, especializados, propicios para la atención de pacientes, dicho personal deberá contar con la disponibilidad permanente durante la ejecución de futuro contrato e indique el tiempo de experiencia del personal asistencial, en sus funciones y responsabilidades directamente ligadas al objeto contractual, la cual debe ser mínimo de un (01) año. Así mismo, deberá manifestar que realizó la verificación de la autenticidad del título de cada uno de los profesionales y auxiliares y/o tecnólogos con los cuales cumplirá con el objeto contractual del proceso de contratación en referencia.<br><br>El talento humano profesional y auxiliar en salud ofertado deber reunir los requisitos definidos por el Estándar Recurso Humano establecidos por el Ministerio de salud y la Protección Social, por lo tanto, deberá anexar junto con el formato del recurso humano que se adjunta al estudio previo, la hoja de vida de cada profesional.Presentar copia del Registro o tarjeta profesional departamental o nacional, y/o inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en salud (RETHUS). | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |

2014785788

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 | Diligenciar para cada funcionario el formulario "Formato de Idoneidad del Recurso Humano" debiendo anexar la documentación que lo acredita. | SI | Cumplió de acuerdo al contrato. |

**1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA:**

Se realiza el presente informe de supervisión, el cual comprende el periodo comprendido entre el 04 de julio 2025 al 31 de julio de 2025.
A la fecha la entidad no ha radicado cuenta o factura alguna

**2. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:**
A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido veintiocho (28) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando trecientos (300) días calendario para que finalice el plazo de ejecución

3. **TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:**
La Regional de Aseguramiento No. 2 - Unidad Prestadora de Salud Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá pagará al **CONTRATISTA** el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Neiva Huila, de manera mensual, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura acompañada de constancia de recibo a satisfacción de los servicios prestados, expedida por parte del supervisor del contrato junto con la acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensiones y riesgos profesionales; respecto al pago de parafiscales se aplicará En virtud de lo consagrado en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y Decreto 1273 de 2018, el **CONTRATISTA** deberá acreditar el cumplimiento de sus obligaciones con los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (I.C.B.F.) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), mediante certificación suscrita por el Representante Legal del **CONTRATISTA** o su Revisor Fiscal – si lo tuviere – en la que conste tal situación. "En *el evento en el que la facturación la efectúe el consorcio o unión temporal bajo su propio NIT, de conformidad con lo establecido en el Decreto 358 de 2020, la factura, además de señalar el porcentaje o valor del ingreso que corresponda a cada uno de los miembros del consorcio o unión temporal, indicará el nombre o razón social y el NIT de cada uno de ellos. Estas facturas deberán cumplir los requisitos señalados en las disposiciones legales y reglamentarias. En el evento previsto en el inciso anterior, quien efectúe el pago o abono en cuenta deberá practicar al consorcio o unión temporal la respectiva retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta y complementarios, y corresponderá a cada uno de sus miembros asumir la retención en la fuente a prorrata de su participación en el ingreso facturado."* documentos que deben ser tramitados en la Ventanilla Única – Central de Cuentas del Grupo de Apoyo Administrativo de cada unidad prestadora de Salud (Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá), 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 seis (6) del mes los pagos se realizarán dentro de los (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. La factura debe cumplir con los requisitos establecidos en el anexo No. 5 de la Resolución 3047 del 14 de agosto de 2008 emanada del Ministerio de la Protección Social. **Los soportes de las facturas se presentarán legajados en carpeta 4 aletas en cartulina blanca tipo propalcote máximo 250 folios por carpeta, legajado a tamaño oficio, sin documentos en formato fax, dando cumplimiento a la Ley de Archivo Documental del Archivo general de la Nación, anexando copia del contrato**

**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

| | | |
|---|---|---|
| Página 9 de 10 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0019 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA | |
| Versión: 5 | | |

**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 | $25.000.000,00 | 100% |
| Valor total de las entregas | $0.00 | 0% |
| Valor total facturado | $0.00 | 0% |
| Valor facturado pendiente de pago | $0.00 | 0% |
| Valor pagado | $0.00 | 0% |
| Valor pendiente de entrega | $25.000.000,00 | 100% |

**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 deducciones | No. orden de pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No recibida | 0.00 | N/a | 0.00 | N/A | $0.00 | N/A | N/A |

**3. RECOMENDACIONES**

No se estima ninguna recomendación frente al contrato en mención.

**4. 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_____

Grado y Nombres: SM-184 EDITH MARITZA CAMPOS CALDERON

Cargo: Odontóloga – UPRES HUILA-

Supervisor Contrato No. **85-7-20110-25**

Correo electrónico: edith.campos1006@corrreo.policia.gov.co

GS-2025-011945-REGI2



No. Celular: 3173661342