UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO

No. GS-2025-073899-DEATA-GUPAS 20.1

Soledad, 04 Agosto de 2025

Señora Mayor
YANETH ROCIO JEREZ CASTELLANOS
Jefe Regional De Aseguramiento En Salud
Av. Circunvalar 45-124
Soledad-Atlántico

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No 67-7-20083-25

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO__X__O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/07/2025**	**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 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:

Artículo 2.1.1.2.1.8. **Publicación de la ejecución de contratos**. *Para efectos del cumplimiento de la obligación contenida en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, relativa a la información sobre la ejecución de contratos, el sujeto obligado debe publicar las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor o del interventor, que prueben la ejecución del contrato.*

Artículo 2.1.1.2.1.7. **Publicación de la información contractual.** *De conformidad con el literal (c) del artículo 3° de la Ley 1150 de 2007, el sistema de información del Estado en el cual los sujetos obligados que contratan con cargo a recursos públicos deben cumplir la obligación de publicar la información de su gestión contractual es el Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP). (Transcripción literal parcial, subrayado fuera texto)*

Mediante comunicación oficial No. GS-2025-008325 -REGI 8 del 05/06/2025, el señor Teniente Coronel MANUEL FELIPE LIZARAZO ROJAS, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud. Nombró como supervisor del contrato a la señora PATRULLERA ZOILA ROSA QUINTERO JURADO.

- Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: mensual

- Informe de supervisión del mes de JUNIO del periodo comprendido entre 05/06/2025 y el 30/06/2025 presentado mediante comunicado oficial No. GS-2025-073890-DEATA del 05/06/2025

- No. de informes de supervisión presentados y publicados en **SECOP II: 1**

Información del contrato u orden de compra

Contrato No.	**67-7-20083-25**
Objeto del Contrato	PRESTACION DEL SERVICIO DE TERAPIA FISICA, TERAPIA FONOADIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DOMICILIARIA A LOS PACIENTES VINCULADOS AL PROGRAMA MEDICO DOMICILIARIO POMED O QUIEN LO REQUIERA DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO Y/O ORDENADO MEDIANTE FALLO DE TUTELAS PARA MEJORAR LA FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN SUS COMPETENCIAS BASICAS.
Contratista	ALTAMED I.P.S S.A.S
Representante legal	SIDYS ESPERANZA DONADO SANTIAGO
Valor inicial del contrato	$ 142.000.000
Valor adiciones del contrato	N/A
Valor total del contrato	$ 142.000.000
Plazo de ejecución inicial	177
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	05/06/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	30/10/2025
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Adiciones	N/A
Modificatorios	N/A
Prorrogas	N/A
Otros	N/A

NOTA: Del recurso total asignado del contrato, al Unidad Prestadora de Salud Atlántico, se le estableció el siguiente recurso, así:

UPRES DEATA *–CIENTO CUARENTA Y DOS MILLONES DE PESOS* **M/CTE $(142.000.000),** *que hacen referencia al* ***100%*** *sobre el total del contrato.*

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

ÍTEM	ESPECIFICACIONES TECNICAS	CUMPLE	OBSERVACIONES
1	**EXPERIENCIA DEL PROPONENTE:** Para la acreditación de la experiencia del proponente, se debe exigir la presentación de certificación las cuales deben ser expedidas por terceros que hayan recibido tales servicios (de contratos ejecutados) o la copia de contratos ejecutados (cuando el interesado no pueda obtener tal certificación) con entidades privadas y/o públicas, que tengan objeto igual o similar al de la presente contratación y cuya sumatoria sea igual o superior al 50 % del presupuesto oficial asignado al presente proceso. El contratista acreditará la experiencia a través de certificaciones debidamente suscritas por el representante legal (las cuales deben ser expedidas por terceros que hayan recibido tales servicios de contratos ejecutados) de contratos que deben contener la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, número del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio y finalización, nombre del contratista (oferente), a satisfacción. Cuando se certifiquen Contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del Consorcio o Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato. **NOTA 1**: En caso de que el contratista pretenda acreditar la experiencia con contratos celebrados con la Regional de Aseguramiento en salud No.8, este podrá aportar certificación firmada por oferente donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, para lo cual la Regional de Aseguramiento en salud No.8, verificará la información según lo señalado en el **Decreto 019 de 2012**.	**SI**	**S/N**
2	El contratista deberá anexar a la oferta el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social y deberá mantenerlo vigente durante la ejecución del contrato, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015. El contratista deberá anexar la habilitación de los siguientes servicios, de conformidad con la Resolución 3100 de 2019: 739 Fisioterapia – Modalidad extramural, domiciliario, 728 Terapia Ocupacional – Modalidad extramural, domiciliario,	**SI**	**S/N**

	740 Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje- Modalidad domiciliaria, extramural. Sujeto a verificación por el comité técnico, el SUPERVISOR del contrato está obligado a verificar durante la ejecución del contrato, que el contratista mantenga vigentes y habilitados los servicios en la jurisdicción donde presta el servicio. El decreto 1011/2006, compilado en el Decreto 780 de 2016, establece las responsabilidades para contratar en estos términos: "Para efecto de contratar la prestación de servicio de salud el contratante verificara que el prestador esté inscrito en el registro especial de Prestadores de Servicios de Salud. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contara con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes". En el evento en que no se pueda mantener la habilitación, la entidad departamental o distrital de salud lo informara al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.		
3	**PORTAFOLIO DE SERVICIOS** deben estar habilitados los servicios con que cuenta el proponente, Igualmente se deberá indicar el horario de atención, teléfonos, fax, e-mail de la entidad. El proponente debe especificar los servicios ofertados, y los equipos con los que cuenta para la prestación.	**SI**	**S/N**
4	**MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS.** El proponente debe tener estructurado un Modelo de Atención definido con enfoque aplicado en la organización para la prestación del servicio.	**SI**	**S/N**
5	El contratista deberá acreditar la idoneidad del recurso humano profesional en cada área de trabajo aportando la hoja de vida del siguiente personal: **FISIOTERAPIA** — **Mínimo 5 PROFESIONALES** **FONOAUDIOLOGIA** — **Mínimo 5 PROFESIONALES** **TERAPEUTA OCUPACIONAL** — **Mínimo 5 PROFESIONALES** Para el cumplimiento de lo anterior, debe aportar la inscripción en el RETHUS, debe diligenciar y aportar con la oferta el Anexo FORMATO DE IDONEIDAD RECURSO HUMANO por cada profesional Los soportes mínimos que se verificaran de sus hojas de vida son: - Fotocopia Títulos del académico de pregrado (para el personal profesional) -Fotocopia de la tarjeta profesional.	**SI**	**S/N**
6	**CONDICIONES DEL SERVICIO:** • Se requiere que sea un procedimiento oportuno con un indicador de oportunidad (máximo dos días) verificable en resolución 0256 (Indicadores de oportunidad) • Se requiere un horario de atención de lunes a viernes. de 7:am a 6:00pm • El procedimiento administrativo para su trámite igualmente debe ser ágil y de fácil accesibilidad para el usuario. Se	**SI**	**S/N**

	prefieren los medios electrónicos o de comunicación permanentes. • Se requiere que el acto médico se derive de una relación médico-paciente enmarcada en el respeto y en el derecho a la información con relación a su patología, según lo estipulado en la Ley 23 de 1985, que define los derechos del paciente. • No se debe exigir al paciente ningún documento diferente o adicional a los siguientes definidos por la Regional de aseguramiento en Salud No.8: -Orden de Autorización firmada por el funcionario delegado por la Jefatura de la Regional de Aseguramiento No.8 (CENTRAL DE AUTORIZACIONES).		
7	El CONTRATISTA 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".*	**SI**	**S/N**
8	El CONTRATISTA deberá entregar junto con la propuesta certificado no superior a tres meses emitido por las Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (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 del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	**SI**	**S/N**
9	**CAPACIDAD OPERATIVA:** El Oferente garantizara que cuenta con la infraestructura, equipos y recursos necesarios para cumplir con el objeto de la presente contratación. (**Diligenciar formulario capacidad operacional y administrativa).**	**SI**	**S/N**
10	**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** El contratista debe presentar con la propuesta la política de Seguridad del Paciente emanada por los lineamientos del Ministerio de salud y protección Social a través del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en las siguientes estrategias: Contar con el Sistema de Reporte de eventos adversos e incidentes, vigilancia, análisis del evento y aplicabilidad de las guías obligatoria de seguridad del paciente (evitar caídas, evitar infecciones, comunicación asertiva.)	**SI**	**S/N**
11	El contratista deberá contar con el personal idóneo y el respectivo uso de dotaciones institucionales que los represente. (Uniformes, carnet de identificación institucional.)	**SI**	**S/N**
12	El contratista deberá CUMPLIR las normas y/o estándares técnicos nacionales e internacionales, de acuerdo a las normas, leyes y políticas de gobierno en materia de protección del medio ambiente.	**SI**	**S/N**
13	El contratista deberá garantizar que el servicio se realizara de manera directa sin tercerizaciones.	**SI**	**S/N**
14	**ADICION DE SERVICIOS:** En caso de requerirse uno o varios servicios y/o elementos que no se encuentren contratados y que guarden relación con el objeto contractual o que sean ordenados	**SI**	**S/N**

	por fallo de tutela o CTC, las partes podrán mediante documento modificatorio incluirlos teniendo en cuenta lo siguiente: - El (la) supervisor (a) del contrato solicitara mínimo 2 cotizaciones, con el fin de determinar el precio o valor **más económico** que se utilizara como referencia para la modificación. - Una vez determinado el menor valor cotizado, el (la) supervisor (a) solicitara mediante comunicación oficial a la entidad contratista la aceptación de la modificación, aplicando el descuento ofrecido por este en su oferta inicial. - Con la aceptación por parte del contratista, el (la) supervisor (a) solicitara al ordenador del gasto la modificación de inclusión de los servicios y/o elementos. NOTA: En caso tal, que el (la) supervisor (a) solicite las cotizaciones a las entidades que el considere y por alguna razón ajena a su voluntad, solo se allega una cotización, se tomara esta como referente, de lo cual se debe dejar constancia de las solicitudes realizadas.		
15	**EXCUSA MEDICA**: Acatar lo dispuesto en la Directiva Administrativa Permanente N°. 003 del 10/03/2023 *"directrices a observar en la expedición y registro de las excusas de servicio por incapacidad médica o licencia por maternidad y para el control y seguimiento del personal excusado de servicio*" respecto a la cantidad de días de excusa, de acuerdo a profesional que atiende al usuario, tipo de patología, tipo de excusa total o parcial.	**SI**	**S/N**
16	El contratista se compromete a permitir durante la ejecución del contrato, auditorias médicas, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, con el fin de realizar seguimiento y control al cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones a la institución, previo de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recursos humano disponible para el desarrollo de las actividades, así como los programas desarrollados.	**SI**	**S/N**
17	OPORTUNIDAD DEL SERVICIO: El contratista deberá prestra la atención para el servicio ofertando asi: 1. Dentro de los (2) días siguientes a la solicitud por parte de la entidad.		

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Se solicitó modificación de los códigos CUPS Mediante Comunicación Oficial Electrónica No. GS-2025-066656-DEATA Toda vez que se identificó un error en el contrato. Dicho error se generó debido a la actualización reciente de la normativa y a un error humano en la transcripción, lo cual ocasionó que los códigos quedaran invertidos o mal descritos en la tarifa de pagos.

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión ha transcurrido (58) días calendario desde que inició del plazo de ejecución del contrato, restando (119) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

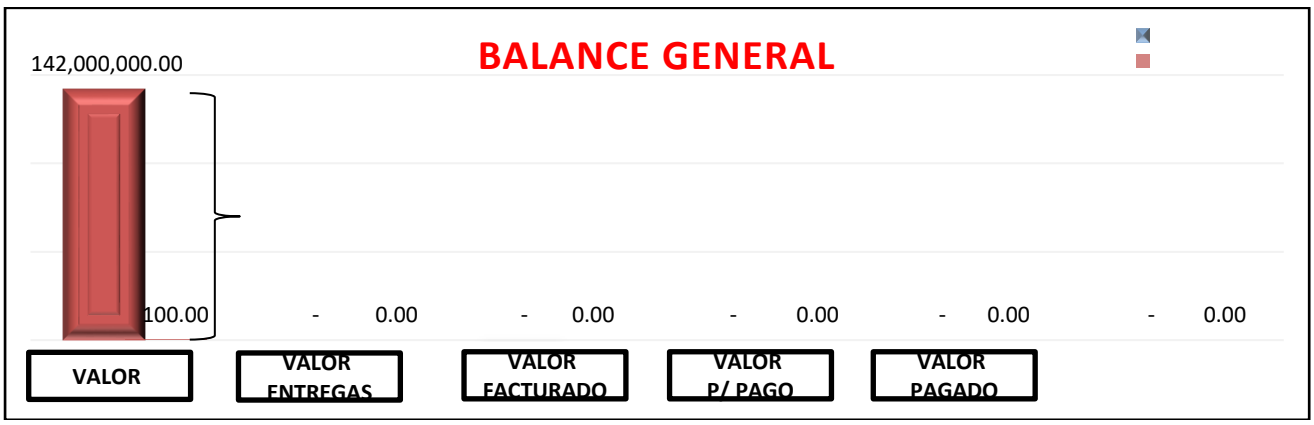
La UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO, realizará el pago dentro de los sesenta (60) días hábiles una vez presentada la factura y presentando la respectiva certificación del supervisor, junto con los documentos requeridos por la Dirección Administrativa y Financiera, (cuando los elementos sean de origen extranjero se deberá aportar la declaración de importación) La unidad prestadora de salud atlántico pagara el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista los servicios prestados en un pago mensual, dentro de los treinta 30 días hábiles, siguiente a la presentación de la factura. El contratista deberá presentar la respectiva factura según la resolución No 000042 del 2020 (FACTURACION ELECTRONICA). En la que consta el cumplimiento del pago de los aportes de que trata el artículo 1 de la ley 828 de 2003.

PARRAFO PRIMERO: La forma de pago del servicio objeto del presente contrato se cancelará de la siguiente manera.
Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE: ALTAMED
NIT: 901.101.733-2
BANCO: BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA: CUENTA CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 554-804886-93
OFICINA: BARRANQUILLA/ATLANTICO

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	142,000,000.00	100.00
Valor total de las entregas	-	0.00
Valor total facturado	-	0.00
Valor facturado pendiente de pago	-	0.00
Valor pagado	-	0.00
Valor pendiente de entrega	-	0.00



a. 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**
N/A	$ 00.00	N/A	$ 00.00	00	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
N/A	$ 00.00	N/A	$ 00.00	00	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE

4.2. Entrada de Bienes

- No aplica

5. RECOMENDACIONES

- No aplica
-

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 de la Orden de Compra, 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_____

PATRULLERA ZOILA QUINTERO JURADO
Supervisor contrato 67-7-20083-25
Correo: zoila.quintero@correo.policia.gov.co