GS-2025- 167228 **-DEVAL**

Santiago de Cali, 5 de septiembre de 2025

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4

Señor teniente coronel
IVAN DARIO RUIZ VELASCO
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4
Cali – Valle del Cauca

ASUNTO: informe de supervisión mes de mayo del contrato No. 66-7-20127-25

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO. _X_O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**25/08/2025**	**Hasta**	**30/08/2025**

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.0Ñ 3049 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 comunicación oficial No. 012239/REGI4/ARLOF-GRUCO-11.6 del **25|/08/2025**, el señor Coronel **IVAN DARIO RUIZ VELASCO**, obrando en calidad de Ordenador del gasto de la Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto al GRUPO PRESTADOR DE ATENCION EN SALUD UPRES DEVAL.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 0**

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**66-7-20127-25**
Objeto del Contrato / instrumento de	**PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCION Y DETECCION DE CANCER DE SENO Y DE CUELLO UTERINO**

agregación de la orden de compra	**(INCLUYEN, TAMIZAJES, MAMOGRAFIA, CITOLOGIA Y VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO) PARA LA ATENCION DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA**
Contratista	UNION TEMPORAL LABORATORIO VALLE DEL CAUCA
Representante legal	NOHEMY CRUZ GOMEZ
Valor inicial del contrato u orden de compra	**NOVENTA MILLONES DE PESOS MCTE ($ 90.000.000,00)**
Valor adiciones del contrato u orden de compra	$0
Valor total del contrato u orden de compra	$90.000.000,00
Plazo de ejecución inicial	8 MESES, 6 DIAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	25/08/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	30/04/2026
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

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

1.1 Acciones adelantadas:

Se realiza reunión con la entidad para inicio de contrato

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir con el objeto contractual.	SI	NINGUNA
Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	NINGUNA

Responder en los plazos que la **POLICÍA NACIONAL** establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	SI	NINGUNA
Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.	SI	NINGUNA
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 a la Regional de Aseguramiento en Salud No.4 del Valle del Cauca y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	NINGUNA
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	NINGUNA
El oferente se obliga a responder laboralmente por la vinculación del talento humano que contrate, el cual no tendrá ningún vínculo laboral con la entidad contratante	SI	NINGUNA
Para la facturación de los bienes o servicios contratados, se debe tener en cuenta los lineamientos y parámetros contemplados en la circular externa 016 del 09 de marzo de 2021 establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por medio del cual se implementa el modelo de recepción de facturas de venta, notas débito y/o notas crédito, la cual es de obligatorio cumplimiento, de acuerdo con la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 "*Lineamientos para el Pago de Proveedores del Estado*" y la Resolución No. 000042 del 05 de mayo de 2020, "*Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos*" y el registro de la factura electrónica de venta.	SI	NINGUNA
Prestar en forma continua y permanente los servicios requeridos a los usuarios de la Policial Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 – Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca bajo	SI	NINGUNA

los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que lo ameriten y certifiquen mediante ORDENESDE SERVICIOS		
Brindar Oportunidad, Calidad y excelencia en la prestación de servicios y procedimientos ofertados en el portafolio a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional de acuerdo a lo establecido en el contrato.	SI	NINGUNA
Permitir el acceso a estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención del paciente y facilitar de ser necesarios, la verificación y revisión de los servicios prestados, eventualmente el acceso al paciente para evaluar la Calidad del servicio, según lo preceptuado en la Resolución No 1995 del año de 1999 del Ministerio de Salud.	SI	NINGUNA
Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco (05) días del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 conforme se requiere en la Forma de Pago establecida por la Institución. Correspondiente a los servicios relacionados en la factura, Anexar fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas). Orden de prestación de los servicios expedida por el Área de Referencia y Contra-referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 – Unidad prestadora de salud Valle del Cauca, debidamente firmada por el usuario o acudiente. fotocopia del carné o constancia y cédula de ciudadanía. RIPS de atenciones prestadas de acuerdo a resolución 3374 de 2001.	SI	NINGUNA
Informar por escrito al supervisor del contrato dentro de los primeros cinco días del mes siguiente, los valores facturados por servicio y mes por mes. EL CONTRATISTA DEBERÁ INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CUANDO EL ESTADO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SE ENCUENTRE EN UN SETENTA (70) POR CIENTO, A FIN DE EVITAR LA SOBRE EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL Y PODER TENER LAS ALERTAS TEMPRANAS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS	SI	NINGUNA

RECURSOS. La verificación o supervisión en la ejecución económica del contrato también será responsabilidad del CONTRATISTA, quien estará atento, para que, en ningún caso, se exceda el valor del contrato en la ejecución del mismo, el contratista se compromete en no prestar los servicios una vez este ejecutado el contrato en un 100%, sopona de el no pago de los servicios prestados, salvo en el caso de urgencias.		
Presentar relación de pacientes atendidos en el periodo en el cual presenta la facturación, relacionando datos de diagnóstico, manejo, servicios y/o procedimientos tanto profesionales como técnicos en salud recibidos. Presentación de indicadores de calidad.	SI	NINGUNA
Entregar en medio electrónico además de los Rips (Resolución 3374 de 2001) una hoja Excel con los siguientes campos: Número factura, fecha de atención, fecha de la factura, nombre del paciente, número de identificación, código del diagnóstico (CIE 10), código de procedimiento (CUPS) y valor de la factura.	SI	NINGUNA
Permitir el acceso a la Historia Clínica, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención del paciente y facilitar de ser necesarios, la verificación y revisión de los servicios prestados, eventualmente el acceso al paciente para evaluar la Calidad del servicio, según lo preceptuado en la Resolución No 1995 del año	SI	NINGUNA
Acreditar la aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de pacientes.	SI	NINGUNA
Permitir las auditorías de calidad de acuerdo a los criterios del sistema obligatorio de garantía de la calidad y emitir planes de mejoramiento en caso de ser necesario.	SI	NINGUNA
El contratista se compromete a no realizar procedimientos sin la autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 – Unidad prestadora de salud Valle del Cauca	SI	NINGUNA
El contratista se obliga a realizar el reporte y auto reporte oportuno de los incidentes y eventos adversos, identificados durante la	SI	NINGUNA

atención de los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca, al programa de seguridad del paciente al correo deval.upres-gup@policia.gov.co		
cumple con las demás descritas en el proceso contractual	SI	NINGUNA

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)		
El CONTRATISTA se compromete para con Regional de Aseguramiento en Salud Nro.4 a prestar el servicio requerido para suplir las necesidades definidas en los estudios previos de conveniencia y oportunidad.	SI	Se está cumpliendo lo exigido

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (6) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (246) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

PARÁGRAFO - CUENTA PARA PAGOS: Los pagos previstos en esta cláusula se acreditarán a la cuenta que se indica en el anexo No.1 “DATOS DEL CONTRATO”, a favor del CONTRATISTA, o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria a nombre de la firma Contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley.

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	$ 90.000.000,00	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	$ 90.000.000,00	100%

a. 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

1. **RECOMENDACIONES**

Se recomienda puntualidad en la oportunidad del objeto del contrato.

2. 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_____

TS-27 MARITZA MONTAÑO MINA
Notificadora de eventos Epidemiológicos GUPAS
Supervisor Contrato No. 66-7-20127-25
Correo electrónico: maritza.montano@correo.policia.gov.co
Celular: 3245252772