No. 2 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1

GS-2025- 605549- MEBOG

Bogotá D.C, 28 septiembre de 2025

Teniente Coronel
IVONNE JOHANA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nº 1
Bogotá, D.C.

ASUNTO: informe de supervisión del contrato **No. 81-7-20187-25**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO_X__ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**07/08/2025**	**Hasta**	**06/09/2025**

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 comunicado oficial GS-2025-001467/REGI1 29.25 del 07/07/2025 el señor subintendente DIEGO PATIÑO GONZALEZ obrando como jefe (E) Grupo de Contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, notifica como supervisor del contrato del asunto al Responsable del Programa Médico Domiciliario de la Unidad Prestadora de Salud Bogotá.
- Mediante comunicación oficial número GS-2025-539784-MEBOG DE FECHA 10/09 /2025 al Intendente Juan Ricardo Gómez Molina como responsable de POMED

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

No. de informe de supervisión presentado y publicado en SECOP II: 1

1. Informe de supervisión del mes de JULIO - AGOSTO o del periodo comprendido entre el 07-07-25 al 06-08-25 presentado mediante comunicado oficial GS-2025-502289-MEBOG del 25/08/2025

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Contrato No.	**Nº 81-7-20187-25**
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD DOMICILIARIOS DE TERAPIA RESPIRATORIA, CONTROL MEDICO, EQUIPOS E INSUMOS PARA EL CUIDADO DE VÍA AÉREA ARTIFICIAL TIPO TRAQUEOSTOMIA LAS 24 HORAS A LA USUARIOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD BOGOTÁ Y UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.
Contratista	HEALTH & LIFE IPS SAS NIT : 900900122-7
Representante legal	MARIANA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ CC. 1.015.995.649
Valor inicial del contrato	$142.000.000,00
Valor adiciones del contrato	$ 65.002.513,00
Valor total del contrato	$ 207.002.513,00
Plazo de ejecución inicial	TRES (03) MESES
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	07 DE JULIO DE 2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	07 DE OCTUBRE DE 2025
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	NO APLICA
Modificatorios	NO APLICA
Prorrogas	NO APLICA
Otros	NO APLICA

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

No se adelantó ninguna acción pertinente

- **VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

ITEM	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1	El CONTRATISTA se obliga a cumplir del 100% de las especificaciones técnicas y garantías exigidas en el pliego de condiciones y en la oferta presentada, de acuerdo al objeto del contrato.	SI	NINGUNA

2	**EL CONTRATISTA** deberá informar por escrito si durante el tiempo de ejecución del contrato surja alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecta a cualquiera de las partes, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo	SI	NINGUNA
3	Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	NINGUNA
4	Responder en los plazos que la Regional de Aseguramiento en Salud N° 1 establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	SI	NINGUNA
5	Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la UNIDAD EJECUTORA o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	NINGUNA
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 sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	NINGUNA
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 a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	NINGUNA
8	Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismo en el proceso de ejecución del contrato	SI	NINGUNA
9	El CONTRATISTA deberá cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de parafiscales respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.	SI	NINGUNA
10	EL CONTRATISTA se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.	SI	NINGUNA
11	EL CONTRATISTA se compromete a cumplir con los amparos requeridos (póliza de Seguros), garantía de cumplimiento, calidad y las que la institución requiera o la normatividad vigente lo establezca.	SI	NINGUNA
12	Estarán a cargo del CONTRATISTA los costos de transporte, movilizacion, seguros, fletes, que se causen con motivo del cumplimiento objeto del contrato. Estos costos se entenderán incorporados al valor total del contrato, incluyendo los impuestos.	SI	NINGUNA
13	EL CONTRATISTA se compromete a presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco días del mes siguiente en la vantanilla única central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 1	SI	NINGUNA

14	**EL CONTRATISTA** deberá presentar la facturación electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el decreto 358 de 5 marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la resolución N° 000042 del 5 mayo de 2020; dicha facturación o representación grafica de la factura será recepcionada en el correo electrónico disan.upb-ccips@policia.gov.co **Nota:** el cumplimiento de la facturación electrónica se dara en los términos del articulo 1.6.1.4.3 sujetos no obligados a expedir factura de venta y/o documento equivalente del decreto 358 del 5 marzo de 2020. Del mismo modo deberá dar aplicabilidad del articulo N° 15 de la ley 1966 del 11 de julio de 2019 "por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones " la Resolucion Numero 000042 del 05/05/2020 "por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como titulo valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistema de facturación" y la resolución N° 1557 del 27 de septiembre de 2023 "´por la cual se reglamenta el mecanismo único de validación de Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS como soporte de la factura electrónica de venta en salud y se dictan otras disposiciones.	SI	NINGUNA
15	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	NINGUNA
16	Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.	SI	NINGUNA
17	Confidencialidad: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la	SI	NINGUNA

	necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.		
18	Cumplimiento de normatividad: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.	SI	NINGUNA
19	El suministro de toda la información relacionada con el paciente: historia clínica, sus respectivos anexos, consentimientos informados, resultados de estudios paraclínicos, etc, inclusive cuando exista proceso judicial de por medio, que involucre la participación de la red externa en la atención en salud del usuario.	SI	NINGUNA
20	La revisión de los casos de eventos adversos y su sujeción a glosas. En caso de faltar a la anterior obligación considerar el incumplimiento del contrato, sin prejuicio de las quejas que se alleguen a la supersalud.	SI	NINGUNA
21	Validar durante la ejecución del contrato que ninguno de sus empleados o colaboradores, presente antecedentes judiciales, fiscales o disciplinarios y que no tenga medidas correctivas de ninguna clase, tampoco inhabilidad de condena por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años.	SI	NINGUNA
22	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.	SI	NINGUNA

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

EL SERVICIO DEBERÁ PRESTARSE BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES PACIENTE PEDIÁTRICO

ITEM	SERVICIOS	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1	**VENTILACIÓN MECÁNICA**	**MODOS DE VENTILACIÓN:** ➢ Ventilación controlada por volumen ➢ Ventilación controlada por presión ➢ Ventilación con presión positiva continua en la vía aérea ➢ Ventilación con presión positiva continua en la vía aérea + presión soporte	SI	NINGUNA

		➢ Ventilación no invasiva ➢ Ventilador para soporte ventilatorio de tipo domiciliario ➢ Ciclado en variable de fase volumen y presión ➢ Ajustes de parámetros básicos como modo, frecuencia, volumen corriente, presión de insuflación, fracción de oxígeno, sensibilidad, PEEP. ➢ Monitoreo de variables de paciente como volumen, frecuencia, volumen minuto ➢ Monitoreo gráfico y numérico del paciente ➢ Alarmas de desconexión, frecuencia alta, volumen bajo o fuga, falla eléctrica ➢ Fuente de alimentación de oxigeno con flujómetro o manómetro de alta presión de tal forma que se asegure funcionamiento de la unidad neumática del ventilador ➢ Batería de respaldo que soporte fallas en el suministro eléctrico ➢ Circuito desechable ➢ Manguera de conexión a fuente de oxigeno ➢ Mantenimiento preventivo y calibración de ventilador Manómetro de alta presión **PARÁMETROS DE VENTILACIÓN** ➢ Volumen corriente 50 ml a 1 litro ➢ Frecuencia respiratoria entre 1-50 rpm ➢ Fracción inspirada de oxigeno entre 21 - 100% Presión inspiratoria o control de presión entre 0-40 cm H2O. ➢ Presión positiva al final de la espiración entre 0-30 cm H2O ➢ Presión soporte entre 0 -30 cm H2O ➢ Relación inspiración espiración 1:2 ➢ Activación automática de protección en apnea ➢ Compensación de fugas la cual debe garantizar la ventilación en paciente con traqueostomía sin neumotaponador.		
	MONITOREO	➢ Presión inspiratoria máxima ➢ Volumen corriente espirado/espontaneo	SI	NINGUNA
	EQUIPOS	➢ Capnógrafo ➢ Monitor que registre oximetría ➢ Oxímetro de pulso portátil ➢ Succionador portátil para manejo de vía aérea. Incluye sonda de succión abierta ➢ Balón Válvula mascarilla (AMBU) y esterilización cada 15 días o según necesitad por riesgo de contaminación. ➢ Thresold inspiratorio y espiratorio	SI	NINGUNA

		➢ Cánula de traqueostomía fenestrada con neumotaponador No. 7 para cambio cada 3 meses, por contaminación o según considere médico tratante. ➢ Batería interna o externa de mínimo dos (02) horas o las suficientes de duración para cada paciente, que garantice el funcionamiento de los equipos cuando la red eléctrica suspenda el flujo de la misma.		
		➢ Indicaciones luminosas y audible según prioridad	SI	NINGUNA
	ALARMAS	➢ Presión alta en vía aérea ➢ Presión baja en vía aérea ➢ Desconexión ➢ Baja presión de oxigeno ➢ Batería Baja ➢ Falla en red eléctrica ➢ Back up apnea	SI	NINGUNA
	ACCESORIOS	➢ Manguera para suministro de gases ➢ Si se requiere monitoreo para suministro de gases	SI	NINGUNA
	INSUMOS	➢ Insumos de manejo y EPP	SI	NINGUNA

EL SERVICIO DEBERA PRESATRSE BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES PACIENTE PEDIATRICO				
ITEM	**SERVICIOS**	**ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMAS**	**CUMPLIO**	**OBSERVACIONES**
2	**VENTILACIÓN MECÁNICA**	MODOS DE VENTILACIÓN ➢ Ventilación controlada por volumen ➢ Ventilación controlada por presión ➢ Ventilación con presión positiva continua en la vía aérea ➢ Ventilación con presión positiva continua en la vía aérea + presión soporte ➢ Ventilación no invasiva ➢ Ventilador para soporte ventilatorio de tipo domiciliario ➢ Ciclado en variable de fase volumen y presión ➢ Ajustes de parámetros básicos como modo, frecuencia, volumen corriente, presión de insuflación, fracción de oxígeno, sensibilidad, PEEP. ➢ Monitoreo de variables de paciente como volumen, frecuencia, volumen minuto ➢ Monitoreo gráfico y numérico del paciente ➢ Alarmas de desconexión, frecuencia alta, volumen bajo o fuga, falla eléctrica ➢ Fuente de alimentación de oxigeno con flujómetro o manómetro de alta presión de tal forma que se asegure funcionamiento de la unidad neumática del ventilador	SI	NINGUNA

		➢ Batería de respaldo que soporte fallas en el suministro eléctrico ➢ Circuito desechable ➢ Manguera de conexión a fuente de oxigeno ➢ Mantenimiento preventivo y calibración de ventilador ➢ Manómetro de alta presión **PARÁMETROS DE VENTILACIÓN** ➢ Volumen corriente 50 ml a 1 litro ➢ Frecuencia respiratoria entre 1-50 rpm ➢ Fracción inspirada de oxigeno entre 21 -100% Presión inspiratoria o control de presión entre 0-40 cm H2O. ➢ Presión positiva al final de la espiración entre 0-30 cm H2O ➢ Presión soporte entre 0 -30 cm H2O ➢ Relación inspiración espiración 1:2 ➢ Activación automática de protección en apnea Compensación de fugas la cual debe garantizar la ventilación en paciente con traqueostomía sin neumotaponador.		
	MONITOREO	➢ Presión inspiratoria máxima ➢ Volumen corriente espirado/espontaneo	SI	NINGUNA
	EQUIPOS	➢ Capnógrafo ➢ Monitor que registre oximetría ➢ Oxímetro de pulso portátil ➢ Succionador portátil para manejo de vía aérea. Incluye de sonda de succión abierta. ➢ Balón Válvula mascarilla (AMBU) y esterilización cada 15 días o según necesitad por riesgo de contaminación. ➢ Thresold inspiratorio y espiratorio ➢ Cánula de traqueostomia fenestrada con neumotaponador No. 7 para cambio cada 3 meses, por contaminación o según considere de médico tratante. ➢ Batería interna o externa de mínimo dos (02) horas o las suficientes de duración para cada paciente, que garantice el funcionamiento de los equipos cuando la red eléctrica suspenda el flujo de la misma.	SI	NINGUNA
	ALARMAS	➢ Indicación luminosa y audible según prioridad ➢ Presión alta en vía aérea ➢ Presión baja en vía aérea ➢ Desconexión ➢ Baja presión de oxigeno ➢ Batería baja ➢ Falla en red eléctrica ➢ Back up apnea	SI	NINGUNA
	ACCESORIOS	➢ Manguera para suministro de gases ➢ Si se requiere manómetro para suministro de gases	SI	NINGUNA
	INSUMOS	➢ Insumos de manejo y EPP	SI	NINGUNA

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

No se adelantó ninguna novedad de relevancia

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (60) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (30) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

3. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud Nª 1 pagará el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista en la ciudad de Bogotá, D.C., en pagos mensuales con base en la facturación soportada presentada por el contratista durante los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a la prestación de los servicios, dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles, siguientes a la presentación de la factura comercial respectiva en la ventanilla única central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud Nª 1, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes y que la Dirección del Tesoro Nacional sitúe los correspondientes recursos del PAC autorizado a la institución. En consecuencia no obstante la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual.

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 del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con: relación general de pacientes atendidos, detallando el número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel listado discriminando número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado, según modelo anexo. Se debe anexar copia de la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente.

Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, anexo 5 de la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, Ley 1438 de 2011 y demás normas que las aclaren o modifiquen.

Si el proveedor está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 05 de marzo de 2020, en concordancia con lo dispuesto en la Resolución Nº 000042 del 05 de mayo de 2020.

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, acompañada de la orden médica que soporta la solicitud. Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.

Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días hábiles de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta LOS 60 DIAS HÁBILES SIGUIENTES.

La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días calendario posterior 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.

Documentos requeridos:

- *Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.*
- *Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.*
- *Copia de la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente.*
- *Autorización del servicio en original*
- *Orden médica.*
- *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 lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.*

PARÁGRAFO 1: AUDITORIA DE CUENTAS

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 No.1, tramitará la cuenta acompañada del Recibo a Satisfacción, para que se realice la auditoria, como se indica en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

PARÁGRAFO 2: OBJECIONES Y GLOSAS

En el evento que se presenten glosas en las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad en lo establecido en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

PARÁGRAFO 3: CONCILIACIÓN DE GLOSAS.

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 caso tal de reiterarse la Glosa se procederá 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 No.1, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

CAUSALES DE NO PAGO
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.

Las contempladas en la Resolución 3047 de 2008, Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las modifiquen o adicionen.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: HEALTH & LIFE IPS SAS
BANCO: BANCO DE BOGOTÁ
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 015095508

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
Valor total del contrato	$ 142.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$ 131.360.154,00	92,50%
Valor total facturado	$ 57.361.335,00	40,39%

Valor facturado pendiente de pago	$ 73.998.819,00	52,11%
Valor pagado	$ 57.361.335,00	40,39%
Valor pendiente de entrega	$ 10.639.846,00	7,5%

a. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo

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. 2 del 25/08/2025	$ 73.998.819,00	DEL 01/08//2025 A 30/08/2025	$ 73.998.819,00	PBG186314 PBG185321 PBG186322	Pendiente	Pendiente	Pendiente

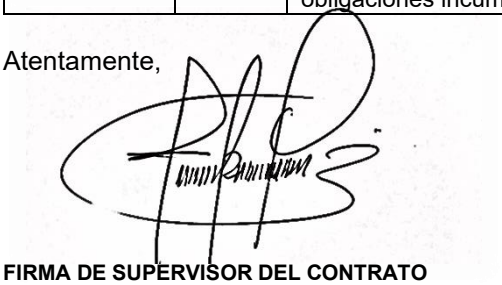
4. RECOMENDACIONES

No se tiene recomendaciones como supervisor al ordenador del gasto.

5. 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 DE SUPERVISOR DEL CONTRATO
GRADO Y NOMBRE JUAN RICARDO GOMEZ MOLOINA
CARGO Responsable Programa Medico Domiciliario POMED
Supervisor Contrato No.81-7-20187-25
Correo electrónico: brian.escobedo@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3113388464