UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO

GS-2025- 105803 -DEATA-ESPCO-3.1

Soledad, 27 de octubre de 2025

Señor mayor
OSCAR ALEXANDER PRIETO CRUZ
Jefe Unidad Prestadora de Salud Atlántico (e)
Avenida Circunvalar 24-145 Barrio El Parque
Soledad – Atlántico

ASUNTO: informe de supervisión del Contrato No. 104-8-20480-25

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO ___X___O FINAL _____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**12/09/2025**	**Hasta**	**30/09/2025**

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 comunicación oficial No.GS-2025-089124-DEATA de fecha 12 de septiembre de 2025, el señor mayor JOHON SANTANDER HERNANDEZ HERRERA, obrando en calidad de ordenador del gasto de la Unidad Prestadora de Salud Atlántico, nombró como supervisor del contrato del asunto a la señora patrullera YULIETH ANDREA CORREA MARTNIEZ.

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

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

1. Informe de supervisión del mes de SEPTIEMBRE 2025 o del periodo correspondido entre 12-09-2025 hasta 30-09-2025 presentado mediante comunicado oficial en trámite.

Información del contrato

Contrato No.	104-8-20480-25
Objeto del Contrato	SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICO Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA LA ATENCION DE LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL QUE COMPRENDE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO.
Contratista	CEMINSUMOS S.A.S
Representante legal	MARLEN YANETH GOMEZ SANCHEZ
Valor inicial del contrato	$1.625.053.996,13
Valor adiciones del contrato	N/A
Valor total del contrato	$1.625.053.996,13
Plazo de ejecución inicial	UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	12/09/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente)	31/10/2025
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

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

Se adelanta la actividad de supervisión sin novedad en cuanto a su ejecución, cumpliendo con las condiciones establecidas, tales como oportunidad de suministro de insumos.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
REGISTRO INVIMA: El CONTRATISTA, certificó la totalidad de los registros INVIMA de los elementos ofertados. Para el insumo ofertado que no está sujeto a la regulación del INVIMA, presenta certificación de no obligatoriedad del INVIMA que valide esta excepción.	SI	N/A

CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y/O ACONDICIONAMIENTO CCAA El CONTRATISTA acredita el cumplimiento de las condiciones técnico sanitarias de capacidad de Almacenamiento y/o Acondicionamiento para dispositivos médicos según la Norma vigente en concordancia con el Decreto 3770 de 2004 "*Por el cual se reglamentan el régimen de registros sanitarios y la vigilancia sanitaria de los reactivos de diagnóstico in vitro para exámenes de especímenes de origen humano.", Decreto 4725 de 2005 "por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano*." Resolución 132 de 2006 "Por la cual se adopta el Manual de Condiciones de Almacenamiento y/o Acondicionamiento para Reactivos de Diagnóstico In Vitro" y la Resolución 4002 de 2007 "Por la cual se adopta el Manual de Requisitos de Capacidad de Almacenamiento y/o Acondicionamiento para Dispositivos Médicos" los oferentes deberán anexar los siguientes documentos: - **Si el oferente es fabricante deberá anexar:** Copia del Concepto Técnico de las Condiciones Sanitarias Expedido por el INVIMA o Copia de Certificado del cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura BPM vigente; expedido por el INVIMA. - **Si el oferente es Importador deberá anexar:** El certificado vigente de capacidad de almacenamiento y acondicionamiento CCAA expedido por el INVIMA. - **Si el oferente distribuidor deberá anexar:** Acta de inspección de Vigilancia y Control higiénico sanitaria expedida por autoridad competente (Secretaría de Salud Departamental, Distrital o Municipal, donde conste que cumple con los requisitos exigidos para este tipo de establecimientos. **En caso de contar con más de uno de estos criterios; anexó la documentación correspondiente que le aplica.**	SI	N/A
CONDICIONES DEL SERVICIO ENTREGA DE LOS INSUMOS: Teniendo en cuenta el grupo (e ítems) adjudicados, el CONTRATISTA se compromete a remitir los elementos al almacén, ubicado en la Unidad Prestadora de Salud Atlántico municipio de Soledad, Avenida Circunvalar No. 45-124. Previa coordinación con el supervisor. La entrega de los equipos se realizará, de lunes a viernes en el horario de 08:00 horas a 12:00 horas y de 14:30 Horas a 18:00 Horas. Para la entrega del bien; el CONTRATISTA, se comprometerá a hacerlo en un término no mayor a ocho (8) días calendario. En caso de que este tiempo no sea posible cumplirlo, deberá informar de forma inmediata al supervisor del contrato, las causas y motivos por los cuales no se hace la entrega de este bien; y, establecer un mecanismo de contingencia asumido por el CONTRATISTA, previo conocimiento del supervisor, con el fin de no afectar la prestación de los servicios. **Nota:** los gasto que se efectúen por entrega, cambio por defecto y demás, serán responsabilidad del oferente y futuro contratista; sin cargo adicionales.	SI	N/A

El CONTRATISTA se compromete a garantizar que las fechas de vencimiento de los insumos de la presente contratación será mínimo de un (1) año, contado a partir de la fecha de entrega de los mismos. Para el caso de los desinfectantes será mínimo de dieciocho (18) meses contado a partir de la fecha de entrega de los mismos.	SI	N/A
El CONTRATISTA deberá Informar al supervisor de contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un cincuenta 50%, un setenta (70%), un noventa (90%) y un cien (100%) por ciento, o cuando el supervisor lo requiera.	SI	N/A
El CONTRATISTA se compromete a cumplir con la entrega de los insumos medico quirúrgicos; ajustándose a los criterios de calidad y seguridad exigidos por la descripción técnica y compatible con el equipo requerido. Así mismo; deberá garantizar que los ítems ofertados serán entregados en empaque resistente a la contaminación con el fin de evitar deterioro en el almacenaje y en la manipulación del mismo.	SI	N/A
El CONTRATISTA compromete a realizar el respectivo cambio y reposición; en un plazo de (08) días calendario por otro con iguales características, para el evento en que se presenten los siguientes criterios y en dichos eventos se entenderá que el dispositivo médico no ha sido recibido a satisfacción hasta que se haga su reposición: Averías en el momento de la entrega Dispositivos entregados con fechas de vencimiento inferior a 01 año; contados desde la fecha de la entrega de los mismos. Elementos entregados y que no corresponden a lo contratado en descripción y/o cantidad. Defectos técnicos de calidad graves y críticos que inhabiliten el insumo para uso humano. Devolución de dispositivos médicos próximos a cumplir sus últimos 6 (seis) meses de vida útil. Deterioro físico del embalaje o el empaque primario y/o secundario, que pueda comprometer la calidad del producto entregado. El cambio se solicitará por parte del supervisor del contrato.	SI	N/A
El CONTRATISTA se compromete por escrito que los elementos suministrados cumplen con las condiciones de buenas prácticas en materia ambiental.	SI	N/A
El CONTRATISTA se compromete, a mantener las condiciones ofertadas en su propuesta, durante la vigencia del contrato, manteniendo los precios establecidos en su propuesta durante la ejecución del contrato	SI	N/A
El CONTRATISTA certifica que a su cargo están los costos de transporte, movilización, seguros, fletes, que se causen con motivo del traslado de los dispositivos médicos o material médico quirúrgico hasta el lugar de entrega. De igual manera el contratista asumirá el costo en los eventos de cambio del insumo o equipo biomédico.	SI	N/A
El CONTRATISTA se obliga a canalizar toda comunicación relacionada con la ejecución del contrato a través del SUPERVISOR DEL CONTRATO.	SI	N/A
El CONTRATISTA dispondrá de una persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades, quejas, programaciones para la entrega del bien y en general. De ello deberá informar a la Jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Atlántico mediante documento escrito, una vez le sea entregada la respectiva carta de inicio del contrato.	SI	N/A
EL CONTRATISTA deberá presentar la facturación correspondiente al mes causado; dentro de los cinco (5) días hábiles del mes siguiente, en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Atlántico	SI	N/A

organizada de acuerdo con la normatividad descrita en la ley general de archivo, Ley 594 de julio 14 de 2000 DEMÁS NORMAS QUE LA SUSTITUYAN O MODIFIQUEN. En esta Facturación debe aparecer el Número de Contrato vigente al que se carga la cuenta, cumpliendo con los requisitos legales vigentes en original y dos copias. Los bienes cobrados deben ser relacionados con la tarifa ofertada. Soportes de los bienes facturados. Anexar a la factura, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas) y RAS.		
El CONTRATISTA adjudicatario del **GRUPO 3,** en calidad de apoyo tecnológico proporciona sin costo adicional para la entidad ***una INCUBADORA LECTURA RAPIDA***: Para indicadores biológicos para esterilización a vapor asistido a vacío entre 121 y 134 grados centígrados de lectura rápida no más de 1 (una) hora.	SI	N/A
ESTE ITEM N/A	SI	N/A
El CONTRATISTA certificó que cuenta con la capacidad logística y de personal para cumplir con el objeto del contrato, para lo cual, deberá contar con la infraestructura, y los medios logísticos para la prestación del servicio. Que se compromete atender las solicitudes o los requerimientos realizados en un tiempo máximo de cinco (5) días calendario incluyendo fines de semanas y festivos después del requerimiento emitido por el supervisor del contrato; por lo cual, con el fin de tener una comunicación directa con el adjudicatario de acuerdo a la necesidad de los elementos requeridos, es imprescindible que se cuente con un intermediario que pueda solucionar de forma ágil y oportuna dichos requerimientos en el tiempo establecido en el presente pliego de condiciones. Por lo anterior; el CONTRATISTA deberá informar por escrito; indicando la persona de enlace, que se encargará de resolver aquellos eventos relacionados con los elementos, así como de todas las actividades que se presenten durante la ejecución del contrato, para garantizar la oportunidad de respuesta, deberá relacionar los datos de la personal enlace así: Nombre_____ Teléfonos_____ Correo electrónico_____	SI	N/A
El CONTRATISTA acreditó su experiencia a través de contra inscritos en el RUP, cuyo objeto sea en contratos iguales o simila al objeto del presente proceso, y su sumatoria sea igual o superi cincuenta por ciento (50%) del valor estimado equivalentes SMMLV, con empresas públicas o privadas, para lo cual se ter en cuenta únicamente la experiencia acreditada y reportada e registro único de proponentes.	SI	N/A
El CONTRATISTA certificó el inicio y la implementación del Siste De Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, el manual SGSST del lugar donde se prestará el servicio, para así cumplimiento del decreto 1072 de 2015 y sus complementarios.	SI	N/A
EL CONTRATISTA presenta Certificado no superior a tres me emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobr Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Ges de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste calificación que se encuentre en una escala de valora "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificació evidencias a disposición (para el caso de consorcio o unio temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total d Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durant ejecución del contrato.	SI	N/A

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA:

No se recibieron factura durante el mes de septiembre.

3 AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (19) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (30) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4 TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO realizará el pago dentro de los treinta (30) 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 ATLANTICO pagará 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.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: CEMINSUMOS S.A.S
BANCO: DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA: CUENTA DE AHORRO DAMAS
NÚMERO DE CUENTA: 076200134336
OFICINA: SUCURSAL LAS CEIBAS

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	1,625,053,996.13	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	1,625,053,996.13	100.00

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**

4.2 Entrada de Bienes: No Aplica

5 **RECOMENDACIONES: Ninguna**

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_____
Subintendente **YULIETH ANDREA CORREA MARTINEZ**
Supervisor Contrato No. 104-8-20480-25
Correo electrónico: yulieth.correa5837@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3133806089