GS-2025-237604-DEVAL

Santiago de Cali, 26 DICIEMBRE 2025

Señor teniente coronel
IVAN DARIO RUIZ VELASCO
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°4.
Cali

ASUNTO: informe de supervisión del contrato 66-7-20173-2025

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _X__O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**14/11/2025**	**Hasta**	**30/11/2025**

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 016886 del 14/11/2025, el señor teniente coronel IVAN DARIO RUIZ VELASCO, obrando en calidad de jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°4, nombró como supervisor del contrato del asunto al líder del laboratorio clínico Espco Deval.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** mensual
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:** 1
  - Informe de supervisión del mes Noviembre GS-2025-237604-DEVAL
  - **Información del contrato u orden de compra**

Contrato No	66-7-20173-2025
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LABORATORIO BASICOS Y ESPECIALIZADOS, PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO EN LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA

	JURISDICCIÓN DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 4
Contratista	CONTRATISTA UNION TEMPORAL LABORATORIO VALLE DEL CAUCA
Representante legal	NOHEMY CRUZ GOMEZ
Valor inicial del contrato	**$257.500.000** DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS
Valor adiciones del contrato	N/A
Valor total del contrato u orden de compra	**$257.500.000 DOSCIENTOS** CINCUENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS
Plazo de ejecución inicial	6 meses Y 17 días
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	14/11/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	30/05/2026
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
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:

La entidad ha cumplido con las actividades asignadas, tales como cargue de minutas, adiciones, reducciones al aplicativo SECOP II, verificación de garantías y cartas de inicio de los diferentes contratos.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social, parafiscales, y las demás obligaciones pactadas en el contrato de prestación de servicios No 66-7-20179-2024	SI	NINGUNA

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TECNICAS

ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
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, informar novedades sobre procedimientos; tratamientos, quejas, y en general para la atención de los usuarios; que tenga poder de toma de decisiones. Esta línea telefónica será de manejo por parte de los auditores y personal del Laboratorio Clínico del Establecimiento de Sanidad Policial Complementario en Salud Clinica Deval. SI Si tiene cumple con el coordinador	SI	CUMPLIO CON LAS ACTIVIDADES MENSUALES.
El contratista solo prestará los servicios objeto del contrato a los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional, presentando los siguientes documentos: Ø Documento de i Ø Orden de servicio auto	SI	CUMPLIO CON LAS ACTIVIDADES MENSUALES.
El Contratista permitirá el acceso y la supervisión en general del Jefe de Sanidad, de los funcionarios del Grupo de Garantía de la Calidad y líder del laboratorio clínico como supervisor del contrato, con el fin de coordinar y analizar la atención al usuario y/o las auditorias necesarias para el mejoramiento del servicio, al igual que la Auditoria concurrente que definirá la pertinencia de la atención	SI	CUMPLIO CON LAS ACTIVIDADES MENSUALES.
Atender a los usuarios sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano 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, la moral y las buenas costumbres..	SI	CUMPLIO CON LAS ACTIVIDADES MENSUALES.
El contratista debe garantizar infraestructura física adecuada y de fácil acceso para la atención de los usuarios de la Policía Nacional que cuente con: sala de espera, recepción, consultorios de procedimientos y toma de ayudas diagnósticas, debidamente habilitada ante el Instituto Departamental de Salud..	SI	CUMPLIO CON LAS ACTIVIDADES MENSUALES.
Sostener los precios durante el plazo de ejecución del contrato.	SI	CUMPLIO CON LAS ACTIVIDADES MENSUALES.

El contratista se comprometerá a brindar un servicio de calidad, con resultados confiables, en caso de presentarse un resultado no acorde a la patología del paciente que sea comprobado por un laboratorio de referencia, la firma que obtenga el contrato será responsable.	SI	CUMPLIO CON LAS ACTIVIDADES MENSUALES.

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

PARA EL MES DE NOVIEMBRE LA ENTDAD NO REALIZA FACTURACION DEBIDO QUE PARA PASAR LA FACTURA SE DEBE ANEXAR LOS RESULTADOS DE LOS EXAMENES LOS CUALES ESTABAN EN PROCESO, LA FACTURACION SE REALIZARIA PARA EL MES DE DICIEMBRE

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

4

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido **(17)** días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando **(180)** días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

5 TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca, cancelara el valor del Contrato que se suscriba como producto del presente proceso de selección en pagos al contratista que sea seleccionado de acuerdo al producto y a la calidad de los mismos en la ciudad de Cali, o según Como se ejecute el contrato según Tracto Sucesivo mensualmente. Por el monto relacionado con la selección definida si es uno o varios contratistas, en el respectivo periodo, dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendarios siguientes a la presentación de la cuenta de cobro y/o factura comercial en original y dos copias, que deberá ser radicada en la ventanilla única de la oficina central de cuentas dentro de los primeros cinco (05) días hábiles de cada mes, anexando certificación de pagos parafiscales. El RECIBO A SATISFACCIÓN (RAS) expedido por el supervisor del contrato, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional. No obstante, la aprobación de los cupos de PAC no será impedimento para la ejecución del objeto contractual.

NOTA: Las facturas que se radiquen por fuera del término anteriormente señalado se entenderán como radicadas en el mes siguiente. Para mayor información al respecto, se podrá comunicar a la línea telefónica No. 6605795, Oficina Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca.

REQUISITOS PARA EL PAGO. - 1.- El CONTRATISTA deberá cumplir los requisitos señalados en el Estatuto Tributario. 2.- Una vez recepcionada la cuenta en la ventanilla única de Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca se procederá a realizar los trámites correspondientes para su respectivo pago. 3.- El CONTRATISTA deberá presentar la cuenta de cobro y/o factura correspondiente a los servicios prestados en el mes Inmediatamente anterior. 4. La cuenta de cobro y/o factura debe ser a nombre de la Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca. 5- Las cuentas presentadas para pago deben llegar sin ganchos de grapadora, con legajador plástico y la perforación para legajar debe ser a un costado de la cuenta de cobro y/o factura (No en la parte superior de la misma) de conformidad a la ley General de archivo. 6-. Todas las cuentas de cobro y/o facturas deben tener un recibido a satisfacción por parte del supervisor del contrato.

PRESENTACIÓN DE CUENTAS. EL CONTRATISTA deberá presentar la cuenta de cobro y/o factura comercial correspondiente a los servicios prestados en el mes inmediatamente anterior, cada mes. El CONTRATISTA informa mediante el formulario denominado “datos básicos beneficiario cuenta” y certificación

bancaria, que es titular de la **Cuenta AHORROS Nro.: 19926203 del BANCO DE OCCIDENTE** en la cual se procederá a realizar las consignaciones correspondientes al pago del presente contrato.

Si el Contratista una vez iniciada la ejecución del presente contrato, requiere cambiar la información de la cuenta, éste debe presentar al Ordenador del Gasto solicitud por escrito acompañada de la nueva certificación bancaria y el formulario "datos básicos beneficiario cuenta". En cumplimiento a lo anterior, solo el Ordenador del Gasto autoriza el cambio de la cuenta bancaria, en la jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: UNION TEMPORAL LABORATORIO VALLE DEL CAUCA
BANCO: BANCO DE OCCIDENTE
TIPO DE CUENTA: AHORROS
NUMERO DE CUENTA: 19926203

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	$ 257.500.000	100%
Valor total de las entregas	0	0%
Valor total facturado	0	0%
Valor facturado pendiente de pago	0	0%
Valor pagado	0	0%
Valor pendiente de entrega	$ 257.500.000	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
0	0	0	0	0	0	0	0

4.2 Entrada de Bienes *(verificar que los bienes hayan ingresado a los estados contables, si aplica)*

5. RECOMENDACIONES

N/A

6. CONCLUSIONES

El contratista cumplió con lo	**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

establecido en las cláusulas contractuales		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 INGRID ANGULO CAICEDO
Lider Servicio Laboratorio Clinico
No. 66-7-20173-2025
Correo electrónico: ingrid.angulo5004@correo.policia.gov.co